



Fabrine Cobucci de Souza

Avaliação da assistência colaborativa ao trabalho de parto e parto por enfermeiras em hospitais privados brasileiros

Rio de Janeiro

2020

Fabrine Cobucci de Souza

Avaliação da assistência colaborativa ao trabalho de parto e parto por enfermeiras em hospitais privados brasileiros

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de Concentração: Epidemiologia Geral
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosa Maria Soares Madeira Domingues

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S729a Souza, Fabrine Cobucci de.
Avaliação da assistência colaborativa ao trabalho de parto e parto por enfermeiras em hospitais privados brasileiros / Fabrine Cobucci de Souza. -- 2020.
114 f.: il. color.; tab.
Orientadora: Rosa Maria Soares Madeira Domingues.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.
1. Avaliação em Saúde. 2. Hospitais Privados. 3. Enfermagem Obstétrica. 4. Trabalho de Parto. 5. Parto Normal. I. Título.

CDD – 23.ed. – 610.73678

Fabrine Cobucci de Souza

Avaliação da assistência colaborativa ao trabalho de parto e parto por enfermeiras em hospitais privados brasileiros

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de Concentração: Epidemiologia Geral

Aprovada em: 04 de março de 2020.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira

Prof^a. Dr^a. Ana Cláudia Figueiró
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Aggeu Magalhães

Prof^a. Dr^a. Rosa Maria Soares Madeira Domingues (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

Sou uma mulher privilegiada por estar cercada de pessoas tão especiais. Por isso, a conclusão deste trabalho não seria possível sem as mesmas.

Meus sinceros agradecimentos à minha família pela confiança, incentivo e apoio de sempre. Em especial aos meus pais e meu irmão, pela compreensão e respeito às minhas escolhas e pela presença mesmo que à distância; e aos meus tios Evaristo, Lúcia e Maria José pela acolhida no Rio, por todo cuidado e amparo.

De coração, à Rosa, minha orientadora, sempre muito atenciosa, sincera, prestativa e presente. Obrigada pela paciência e por toda contribuição na dissertação, por ser inspiração e defender uma obstetrícia baseada em evidências. Sou eternamente grata!

Aos professores da ENSP pelas ricas contribuições durante as aulas e pelo conhecimento compartilhado. E aos funcionários da mesma, pela dedicação e cordialidade em atender às solicitações.

Aos colegas de mestrado e doutorado, por dividirem comigo momentos cansativos e estressantes, mas também alegres e divertidos. Obrigada pelos estudos em grupo, pelas conversas e risadas.

Às professoras Maria e Ana, por aceitarem participar da minha banca e pelas sugestões oportunas feitas nas etapas de qualificação e defesa.

Agradeço às novas amigas, Luciana e Pauliana. Muitíssimo obrigada pela disponibilidade, ajuda e paciência para esclarecer minhas dúvidas e demandas.

Agradeço aos colegas da equipe Parto Ecológico pela parceria e confiança. É muito bom estar perto de profissionais tão competentes, sérios e que respeitam a individualidade das mulheres.

A todos os meus amigos, pelas trocas e momentos alegres, de afeto, harmonia e descontração. E em especial, à Diana e Alessandra, que dividem comigo as dificuldades e alegrias de ser enfermeira obstétrica. Obrigada pela relação de confiança e amizade sincera.

Agradeço à Alair por me ajudar a enfrentar os desafios da vida e a me entender melhor.

Acima de tudo, sou grata à Deus, aos que me inspiram a ser uma pessoa e profissional melhor, às oportunidades apresentadas a mim e àqueles que lutam por uma assistência digna às mulheres e bebês.

RESUMO

O estudo “Nascer Saudável” é uma pesquisa avaliativa cujo objetivo é avaliar a implantação e os efeitos do Projeto Parto Adequado (PPA), desenvolvido através de uma intervenção multifacetada, implantada em hospitais privados brasileiros. Esta dissertação tem por objetivo avaliar a adequação da assistência ao trabalho de parto e parto vaginal por enfermeiras em hospitais privados brasileiros, atividade prevista no PPA. A análise incluiu 12 hospitais privados selecionados de forma intencional, dentre os 23 que receberam a intervenção PPA. A coleta de dados foi realizada de março a agosto de 2017 através de questionário de entrevista hospitalar com a puérpera e formulário de extração de dados do prontuário hospitalar, usando o aplicativo REDCap. Foi realizada uma avaliação normativa, utilizando como parâmetro as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) do Brasil. As análises foram realizadas segundo classificação da mulher em população “piloto” (alvo do PPA) ou “não piloto” (não alvo do PPA), com estimativa da adequação da assistência ao trabalho de parto no modelo colaborativo e a assistência ao parto vaginal prestada por enfermeira. Em todas as análises bivariadas foi utilizado o teste chi-quadrado para verificar diferenças entre proporções por meio do programa estatístico R versão 3.6.1 para amostras complexas. Foram entrevistadas 4.882 mulheres. Do total de mulheres com trabalho de parto, mais de 50% receberam assistência no modelo colaborativo e menos de 3% dos partos vaginais foram assistidos por enfermeiras. Foram avaliadas 29 práticas assistenciais. Todas as práticas benéficas, exceto oferta de dieta, posição no parto e não separação mãe-bebê na primeira hora de vida, apresentaram desempenho satisfatório. Dentre as práticas prejudiciais ou com uso excessivo/inadequado, enema, tricotomia e manobra de Kristeller apresentaram desempenho satisfatório; amniotomia, cardiotocografia e episiotomia desempenho intermediário; infusão intravenosa, cateterização venosa, analgesia, ocitocina e transferência de sala na hora do parto, insatisfatório. Verificou-se maior uso de práticas benéficas em mulheres atendidas em modelo colaborativo na população piloto, tanto em relação às assistidas por médicos na população não piloto, quanto às assistidas no modelo colaborativo na população não piloto. Os resultados sugerem avanços na adequação da assistência ao trabalho de parto e parto vaginal em hospitais privados submetidos à intervenção PPA, porém alguns aspectos devem ser aprimorados como a maior valorização do trabalho da enfermagem, em especial, na assistência ao parto vaginal. Palavras-chave: Avaliação em saúde. Hospitais privados. Enfermagem obstétrica. Trabalho de parto. Parto normal.

ABSTRACT

The “Healthy Birth” study is an evaluative research whose objective is to evaluate the implementation and effects of the Adequate Childbirth Project (PPA), developed through a multifaceted intervention, implemented in Brazilian private hospitals. This dissertation aims to evaluate the adequacy of assistance to labor and vaginal birth by nurses in Brazilian private hospitals, an activity provided for in the PPA. The analysis included 12 private hospitals selected intentionally, among the 23 that received the PPA intervention. Data collection was carried out from March to August 2017 through a hospital interview questionnaire with the puerperal woman and a data extraction form from the hospital record, using the REDCap application. A normative evaluation was carried out, using the recommendations of the World Health Organization (WHO) and the Brazilian Ministry of Health (MoH) as parameters. The analyzes were carried out according to the classification of women in “pilot” (PPA target) or “non-pilot” (non-PPA target) population, with an estimate of the adequacy of labor assistance in the collaborative model and the vaginal birth assisted by nurse. In all bivariate analyzes, the chi-square test was used to verify differences between proportions using the statistical program R version 3.6.1 for complex samples. 4,882 women were interviewed. Of the total number of women in labor, more than 50% received assistance in the collaborative model and less than 3% of vaginal births were assisted by nurses. 29 care practices were evaluated. All beneficial practices, except diet, position adopted during childbirth and no mother-baby separation during the first hour of life, presented satisfactory performance. Among the harmful practices or those with excessive/inappropriate use, enema, trichotomy and Kristeller maneuver presented satisfactory performance; amniotomy, cardiotocography and episiotomy intermediate performance; intravenous infusion, venous catheterization, analgesia, oxytocin and transfer to another room for birth care, unsatisfactory. There was a greater use of beneficial practices in women assisted in the collaborative model in the pilot group, both in relation to those assisted by doctors in the pilot group, and those assisted in the collaborative model in the non-pilot group. The results suggest advances in the adequacy of assistance to labor and vaginal birth in private hospitals submitted to PPA intervention. However, some aspects must be improved, such as the greater valorization of nursing work, especially in the assistance to vaginal births. Key-words: Health evaluation. Hospitals Private. Obstetric Nursing. Labor Obstetric. Natural Childbirth.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - Modelo Lógico do Projeto Parto Adequado	30
Figura 2 - Modelo lógico-operacional do direcionador "reorganização do modelo assistencial"	31
Figura 3 - Fluxograma da população incluída na análise	51
Quadro 1 - Distribuição dos hospitais de acordo com o critério de seleção.....	36
Quadro 2 - Boas práticas na atenção ao trabalho de parto e parto segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde.....	41
Quadro 3 - Critérios, medidas e padrão de julgamento para análise da adequação da assistência ao trabalho de parto e parto vaginal por enfermeiras	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção de mulheres segundo população piloto e não piloto, presença de trabalho de parto, assistência em trabalho colaborativo, parto vaginal e parto vaginal assistido por enfermeira nos 12 hospitais participantes do estudo “Nascer Saudável”. Brasil, 2017.	52
Tabela 2 - Características das mulheres segundo população internada nos hospitais privados. Brasil, 2017.....	53
Tabela 3 - Adequação das práticas assistenciais durante o TP em mulheres da população piloto, assistidas em modelo colaborativo, segundo relato da puérpera e registro em prontuário.	55
Tabela 4 - Práticas assistenciais em mulheres da população piloto que apresentaram parto vaginal assistido por enfermeira.	56
Tabela 5 - Práticas assistenciais durante o trabalho de parto colaborativo, em mulheres da população piloto e não piloto, considerando trabalho colaborativo segundo registro no prontuário. Brasil, 2017.....	57
Tabela 6 - Práticas assistenciais durante o trabalho de parto colaborativo, em mulheres da população piloto e não piloto, considerando trabalho colaborativo segundo entrevista com a mulher. Brasil, 2017.	58
Tabela 7 - Práticas assistenciais durante o trabalho de parto segundo modelo de assistência por médico ou em trabalho colaborativo, considerando trabalho colaborativo segundo registro no prontuário. Brasil, 2017.....	59
Tabela 8 - Práticas assistenciais durante o trabalho de parto segundo modelo de assistência por médico ou em trabalho colaborativo, considerando trabalho colaborativo segundo entrevista com a mulher. Brasil, 2017.....	60
Tabela 9 - Práticas assistenciais no parto vaginal assistido por enfermeiro e por médico. Brasil, 2017.....	61

Tabela 10 - Características das mulheres da população piloto, atendidas por médico ou em trabalho colaborativo, considerando trabalho colaborativo segundo registro no prontuário. Brasil, 2017.....61

Tabela 11 - Características das mulheres da população piloto, atendidas no trabalho de parto por médico ou em trabalho colaborativo, considerando trabalho colaborativo segundo entrevista com a mulher. Brasil, 2017.....63

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

ABENFO	Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTG	Cardiotocografia
HIAE	Hospital Israelita Albert Einstein
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
MS	Ministério da Saúde
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral  Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atno Integral  Saúde da Mulher
PPA	Projeto Parto Adequado
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SUS	Sistema nico de Saúde
TP	Trabalho de Parto
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo geral.....	16
3.2 Objetivos específicos.....	16
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
4.1 Políticas de saúde da mulher: de 1980 até os dias atuais.....	17
4.2 Panorâmima do parto e nascimento no Brasil.....	18
4.3 A questão da cesariana no Brasil e no mundo.....	20
4.4 Enfermagem obstétrica e obstetrizes.....	25
4.5 Estratégias de redução das cesarianas e melhoria da qualidade da atenção ao parto no setor suplementar.....	28
4.6 Avaliação em saúde.....	32
5 MATERIAIS E MÉTODOS.....	36
5.1 Procedimento amostral.....	36
5.2 Cálculo do tamanho amostral.....	37
5.3 Sujeitos do estudo.....	37
5.4 Critérios de exclusão.....	38
5.5 Formulários de coleta de dados e treinamento da equipe.....	38
5.6 Período do estudo.....	39
5.7 Coleta de dados.....	39
5.8 Análise dos dados.....	40
6 ASPECTOS ÉTICOS.....	51
7 RESULTADOS.....	52
8 DISCUSSÃO.....	66
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	78
ANEXO 1 – Questionário de entrevista hospitalar com a puérpera.....	86
ANEXO 2 – Formulário de extração de dados de prontuário hospitalar.....	105
ANEXO 3 – Parecer do comitê de ética da ENSP/Fiocruz.....	112

1 INTRODUÇÃO

No período entre os anos de 1970 a 2000, aconteceram rápidas mudanças no Brasil em termos de desenvolvimento socioeconômico, urbanização, assistência médica e de saúde da população (PAIM et al., 2011; VICTORA et al., 2011a, 2011b). O país, predominantemente rural, passou para uma sociedade com mais de 80% da população residente nas áreas urbanas; as taxas de fertilidade caíram de, aproximadamente, 06 para 02 filhos por mulher, assim como a taxa de mortalidade infantil (114 por 1.000 nascidos vivos em 1970 a 19,3 por 1.000 nascidos vivos em 2007), aumentando a expectativa de vida ao nascer em cerca de 5 anos por década. Outros avanços incluem o aumento da frequência escolar e a diminuição da taxa de analfabetismo (33,7% em 1970 para 10,0% em 2008) e redução da pobreza (68% em 1970 para 31% em 2008) (PAIM et al., 2011; VICTORA et al., 2011a, 2011b).

Uma das maiores conquistas no campo da saúde foi a criação, em 1988, de um sistema nacional de saúde, o SUS (Sistema Único de Saúde), garantindo o direito à assistência médica nos níveis primário, secundário e terciário (BRASIL, 1988; PAIM et al., 2011). Esse sistema, de acesso universal e igualitário, tem financiamento público, podendo as instituições privadas participar de forma complementar, mediante contrato de direito público ou convênio (BRASIL, 1988). A ampliação do acesso aos serviços de saúde resultou em cobertura praticamente universal da assistência pré-natal e ao parto hospitalar (BRASIL, 2017a).

Porém, apesar das melhorias nos determinantes sociais (pobreza, educação das mulheres, urbanização e fertilidade) e de acesso às ações de saúde, ainda existem grandes desafios para a melhoria dos indicadores de saúde maternos, tais como a elevada razão de mortalidade materna, e a frequência alta de abortamentos ilegais, partos prematuros e cesarianas (VICTORA et al., 2011a; LEAL et al., 2012).

No Brasil, a quase totalidade dos nascimentos ocorre em ambiente hospitalar, caracterizado por crescentes intervenções no processo de parto e nascimento, muitas vezes desnecessárias e até mesmo prejudiciais, transformando o fisiológico em patológico (PATAH; MALIK, 2011; BRASIL, 2014). O rápido aumento no uso da tecnologia para iniciar, acelerar, regular e monitorar esse processo levou frequentemente à adoção de intervenções inadequadas, desnecessárias e às vezes perigosas (DINIZ; CHACHAM, 2004).

As taxas de cesariana aumentaram sistematicamente no país desde a década de 1970 e, atualmente, mais da metade das mulheres brasileiras é submetida à cirurgia cesariana (BRASIL, 2017b). Entretanto, as taxas de cesariana diferem entre os setores públicos e privados,

alcançando quase 90% dos partos neste último, não sendo determinada apenas por fatores clínicos, mas por determinantes sociais, econômicos e pela forma de organização da assistência obstétrica (DINIZ; CHACHAM, 2004; RIBEIRO, 2017; DOMINGUES et al., 2019).

No setor privado, o atendimento ao pré-natal e ao parto é realizado geralmente por um único médico de escolha da mulher, existindo a possibilidade de agendamento de uma cesariana, conforme desejo da mesma e/ou indicação do obstetra (DINIZ; CHACHAM, 2004; DIAS et al., 2008; DOMINGUES et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2015). Além disso, o número de partos assistidos por enfermeiras obstétricas e obstetizas neste setor ainda é muito baixo (GAMA et al., 2016).

Diante desse cenário, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde (MS) responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil (BRASIL, 2017c), vem desenvolvendo ações sistemáticas para melhorar a qualidade da atenção obstétrica e neonatal, tendo como principal desafio a redução da proporção de cesarianas no setor privado de saúde (BRASIL, 2008). Uma dessas ações é o Projeto Parto Adequado (PPA), uma intervenção multifacetada, baseada na ciência da melhoria, desenvolvido em hospitais privados que aderiram de forma voluntária à esse projeto de intervenção (BRASIL, 2016a).

Uma das estratégias adotadas pelo PPA é a maior inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao trabalho de parto e parto (TORRES et al., 2014; GAMA et al., 2016; RIBEIRO, 2017), pois as evidências científicas disponíveis demonstram que os modelos de assistência envolvendo esses profissionais associam-se à maior satisfação das mulheres e menores taxas de intervenções, especialmente de cesarianas sem indicação clínica (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013; VOGT; SILVA; DIAS, 2014; WHO, 2013; SANDALL et al., 2016; RIBEIRO, 2017).

Após a implantação do PPA, desenvolveu-se uma pesquisa avaliativa denominada “Nascer Saudável”, com o objetivo de verificar o grau de implantação dos modelos de atenção ao parto e nascimento em hospitais participantes do PPA, avaliar a variação dos seus efeitos, comparar a efetividade dos diferentes modelos de atenção ao parto e nascimento propostos, avaliar o custo-efetividade desses modelos satisfatoriamente implantados e identificar barreiras e facilitadores para a implementação do PPA (TORRES et al., 2018).

Um dos aspectos avaliados pela pesquisa “Nascer Saudável”, e que será abordado neste projeto, é a adequação da assistência prestada por profissionais de enfermagem no modelo colaborativo e na assistência ao parto vaginal em relação aos protocolos assistenciais vigentes.

2 JUSTIFICATIVA

O modelo de assistência ao parto liderado por enfermeiras obstétricas está associado a menores taxas de cesariana, ao menor uso de intervenções obstétricas e à maior satisfação das mulheres, sem apresentar resultados perinatais adversos, sendo o financiamento do sistema de saúde primordial para a implementação desse modelo (SANDALL et al., 2016).

No Brasil, a assistência ao trabalho de parto e parto por enfermeiras obstétricas é ainda pequena, de apenas 16,2%, considerando-se apenas os partos vaginais (GAMA et al., 2016), e a ampliação da participação deste profissional na assistência obstétrica poderia resultar em melhoria dos desfechos perinatais e na redução das taxas de cesariana.

Uma opção viável para a inserção da enfermagem na assistência obstétrica hospitalar é o modelo de atenção colaborativo, caracterizado pela integração da atuação do médico e da enfermeira obstétrica na equipe de atenção ao trabalho de parto e parto. Nesse modelo, a enfermeira obstétrica é responsável pela assistência integral às mulheres de risco habitual, assegurada a possibilidade de referência imediata ao médico obstetra em casos de complicações; já a assistência às mulheres de alto risco é feita em parceria com o médico obstetra devido ao maior risco de complicações clínicas e/ou obstétricas durante o trabalho de parto e parto (VOGT; SILVA; DIAS, 2014).

O PPA é uma intervenção multifacetada que tem por objetivo o aumento da qualidade da atenção ao parto nos serviços de saúde privados brasileiros, sendo a implantação da assistência ao trabalho de parto e parto pela enfermagem obstétrica, com suporte médico sempre que necessário, uma das estratégias recomendadas de organização do cuidado obstétrico para promover o parto normal fisiológico (BRASIL, 2016a).

Torna-se, portanto, indispensável avaliar se a intervenção PPA resultou na ampliação do cuidado prestado pela enfermagem no setor privado e se essa assistência está sendo adequada considerando as normas do MS (BRASIL, 2016b) e as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 1996). A identificação de inadequações na assistência de enfermagem poderá orientar estratégias futuras de aprimoramento do modelo de assistência ao parto, especialmente no setor privado, fornecendo evidências científicas para a elaboração de políticas públicas capazes de promover um parto e nascimento saudáveis.

Deste modo, as perguntas deste projeto de pesquisa são: qual é a proporção da assistência ao trabalho de parto colaborativo e parto vaginal por enfermeiras (incluindo enfermeiras obstétricas e obstetrites) em doze hospitais privados brasileiros que aderiram ao

PPA? Qual é a adequação da assistência ao trabalho de parto colaborativo e parto vaginal por enfermeiras considerando-se as boas práticas recomendadas pelo MS e OMS? Existe diferença na proporção de mulheres atendidas em modelo colaborativo nas populações expostas (população piloto) e não expostas (população não piloto) à intervenção PPA? Existe diferença na adequação da assistência prestada em modelo colaborativo nas populações piloto e não piloto? Na população piloto, existe diferença na adequação da assistência prestada por equipes que incluam a enfermagem quando comparada a equipes constituídas apenas por médicos? Na população piloto, existe diferença na adequação da assistência ao parto vaginal prestada por médicos e por enfermeiras?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a adequação da assistência ao trabalho de parto no modelo colaborativo e ao parto vaginal por enfermeira em hospitais privados brasileiros

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a proporção de mulheres com trabalho de parto assistido em modelo colaborativo e a proporção de parto vaginal assistido por enfermeira, segundo população piloto e não piloto, por hospital;
- Avaliar a adequação das práticas assistenciais no trabalho de parto em mulheres assistidas no modelo colaborativo e na assistência ao parto vaginal por enfermeira, na população piloto;
- Comparar a adequação das práticas assistenciais no trabalho de parto em mulheres assistidas no modelo colaborativo, segundo população piloto e não piloto;
- Comparar a adequação das práticas assistenciais no trabalho de parto em mulheres assistidas no modelo colaborativo e no modelo médico, segundo população piloto;
- Comparar a adequação das práticas assistenciais na assistência ao parto vaginal por médico e por enfermeira na população piloto.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER: DE 1980 ATÉ OS DIAS ATUAIS

As ações voltadas à saúde das mulheres e crianças no Brasil tiveram início no século XX (LEAL et al., 2018). Anteriormente à criação do SUS, foi elaborado pelo MS, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com ênfase em aspectos da saúde reprodutiva, mas com propostas de ações dirigidas à atenção integral das necessidades prioritárias da população feminina (BRASIL, 2004a; LEAL et al., 2018). Para além do campo da saúde, o PAISM pode ser considerado um produto da mobilização das mulheres brasileiras pelo reconhecimento da cidadania e de direitos e por acesso aos postos de decisão no espaço público (BRASIL, 2004).

Em torno de um consenso de que a assistência obstétrica precisava melhorar em todos os aspectos (acesso, acolhimento, qualidade, resolutividade), o MS tomou a decisão de lançar uma estratégia onde a questão da humanização e dos direitos aparecessem como o princípio estruturador e instituiu em junho de 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cujo objetivo principal era instituir procedimentos adequados para a atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2000, 2014).

Cerca de 20 anos depois da elaboração do PAISM, em 2004, o MS lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com preocupação em melhorar a atenção obstétrica, o acesso ao planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e à violência sexual e doméstica, entre outras. Tal política propôs a ampliação e qualificação da atenção integral à saúde da mulher em todo o país (BRASIL, 2004a). No mesmo ano foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal para o enfrentamento da problemática que envolve a morte materna e a neonatal no Brasil através da execução de um conjunto de ações articuladas, das diferentes esferas de governo, pela qualificação da atenção obstétrica e neonatal e que não podem dispensar a atuação da sociedade civil organizada (BRASIL, 2004b).

Outras ações importantes no campo da saúde das mulheres brasileiras e que merecem destaque são: a elaboração da Lei do Acompanhante, em 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; e a Lei da Vinculação à Maternidade, em 2007, que dispõe sobre o direito da

gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência, ambas no âmbito do SUS (BRASIL, 2005, 2007).

Em 2011, a Rede Cegonha se constituiu com o objetivo de garantir acesso, acolhimento e resolutividade na atenção ao parto e nascimento, ao crescimento e desenvolvimento da criança até os 24 meses e acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011). Suas ações, voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência, prevê o transporte seguro e a implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento.

O lançamento das Diretrizes Nacionais sobre a realização de Cesarianas, em 2015, e do Parto Normal, em 2016, baseadas nas diretrizes do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) do sistema nacional de saúde do Reino Unido constituem documentos fundamentais para guiar a prática à assistência obstétrica e neonatal no Brasil (NICE, 2014; BRASIL, 2015a, 2016b).

4.2 PANORÂMICA DO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL

Dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) apontam que ocorreram no Brasil cerca de 3 milhões de nascimentos em 2017, envolvendo quase 6 milhões de pessoas, ou seja, parturientes e seus filhos ou filhas. Aproximadamente 98% desses nascimentos ocorrem em estabelecimentos hospitalares, sendo 20% em serviços privados (DOMINGUES et al., 2014).

Os modelos de assistência ao parto na rede pública e privada têm diferentes características entre si que envolvem questões como: forma de remuneração dos profissionais de saúde, tipo de financiamento do sistema, constituição de equipe assistencial, local de ocorrência do parto, conflitos de interesses, reserva de mercado de trabalho, entre outras (WAGNER, 2001; PATAH; MALIK, 2011).

No setor público, a organização é semelhante à de muitos países europeus, pois o parto é realizado por um profissional vinculado à instituição hospitalar, remunerado por carga de trabalho, e não por produção de serviços (PATAH; MALIK, 2011), enquanto no setor privado o atendimento ao pré-natal e ao parto é realizado geralmente por um único médico de escolha da mulher (VOGT et al., 2011). Essa diferença na organização dos serviços de maternidade públicos e privados exerce papel preponderante na escolha pelo tipo de parto, tanto pela parturiente quanto pelo profissional que atende ao parto e influencia a qualidade da assistência obstétrica (DINIZ; CHACHAM, 2004).

Nas maternidades do SUS, a indicação de uma cesariana é geralmente realizada mediante diagnóstico de intercorrências durante a gestação ou trabalho de parto, havendo possibilidade limitada de agendamento da cesárea a pedido da mulher, enquanto no setor privado, existe a possibilidade de agendamento de uma cesariana, conforme desejo da mulher e/ou indicação do obstetra (DOMINGUES et al., 2014). Entretanto, em ambos os setores, o modelo de atenção ao parto é marcado pela supervalorização da tecnologia, sistema hierarquizado, rotinas rígidas, responsabilidade e autoridade estritamente médica, além do uso excessivo de intervenções clínicas e menor protagonismo feminino (PATAH; MALIK, 2011; VICTORA et al., 2011a, 2011b; TORRES, 2014).

Dados do estudo “Nascer no Brasil”, inquérito realizado em 2011-2012, com cerca de 24 mil mulheres, mostraram que aproximadamente 40% das gestantes de risco habitual foram submetidas ao uso de ocitocina e à ruptura artificial de membranas ovulares para aceleração do trabalho de parto, 56% foram submetidas à episiotomia e quase 40% à manobra de Kristeller (LEAL et al, 2014).

A ocitocina é um hormônio secretado pela neuro-hipófise responsável pelas contrações uterinas e sua forma sintética pode ser administrada, via endógena, para induzir ou acelerar o trabalho de parto (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018). De acordo com Guyton et al. (2006) fatores mecânicos, como a ruptura intencional das membranas que envolvem o feto (procedimento conhecido como amniotomia) podem aumentar a contratilidade uterina devido à distensão e irritação do colo uterino pela cabeça do bebê. Já a episiotomia consiste na incisão do períneo para ampliar o canal do parto, sendo amplamente utilizada a partir do século XX, porém atualmente sabe-se que seu uso rotineiro não é recomendado (WHO, 2018). Segundo a OMS, em 1996, a manobra de Kristeller (prática em que o profissional de saúde aplica força sobre a barriga da mulher na tentativa de expulsar o feto) ainda era considerada uma prática que deveria ser usada com cautela devido ausência de estudos que apoiasse a sua recomendação (WHO, 1996; HOFMEYR et al., 2017). Porém, devido à ausência de estudos que comprovem o benefício dessa prática, além de estudos, mesmo que escassos, de que a mesma seja um fator de risco de morbidade materna e neonatal, o MS e a OMS, não recomendam o seu uso (BRASIL, 2016b; HOFMEYR et al., 2017; WHO, 2018).

Mulheres com maior escolaridade e parto financiado pelo setor privado apresentaram proporção mais elevada de cesariana, uso de analgesia e de realização de episiotomia, embora tenham sido menos expostas ao uso de ocitocina (LEAL et al., 2014).

O uso de ocitocina durante o trabalho de parto foi mais frequente entre as usuárias do setor público e nas gestantes de menor escolaridade, os mesmos grupos que apresentaram menor frequência do uso de analgesia obstétrica, reforçando a prática do parto doloroso, que pode trazer como consequência o temor do parto vaginal e o aumento do prestígio da cesariana entre as mulheres brasileiras (LEAL et al., 2014).

A não utilização de procedimentos recomendados, assim como a utilização de procedimentos desnecessários, não recomendados e/ou obsoletos e que podem causar dano são considerados violência obstétrica (OMS, 2014). Portanto, o excesso de intervenções no parto e nascimento assim como a utilização de práticas não recomendadas apontam para um modelo assistencial marcado por intervenções desnecessárias e muitas vezes prejudiciais, expondo mulheres e crianças a iatrogenias (LEAL et al., 2014; LANSKY et al., 2019). Esse modelo de atenção também é responsável pelo aumento contínuo das taxas de cesariana, observada tanto nos serviços públicos quanto nos privados (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016).

4.3 A QUESTÃO DA CESARIANA NO BRASIL E NO MUNDO

Com base nos dados de 121 países, a análise de tendências mostrou que, entre 1990 e 2014, a taxa de cesariana média global aumentou 12,4% (de 6,7% para 19,1%) com uma taxa média anual de crescimento de 4,4% (BETRAN et al., 2016). Em vários países da Europa, como Bélgica, França, Reino Unido e Holanda observa-se essa tendência crescente das taxas de cesárea (PATAH; MALIK, 2011). Entretanto, os maiores aumentos absolutos ocorreram na América Latina e no Caribe (de 22,8% para 42,2%) (BETRAN et al., 2016).

No Brasil, o aumento das taxas de cesariana começou a ser observado nos anos 1970 e, em 2014, a cesariana se tornou o modo de nascimento mais comum, chegando a 56,7% de todos os nascimentos ocorridos no país (85% no setor privado e 40% nos serviços públicos) (PATAH; MALIK, 2011; TORRES et al., 2014). Revisão sistemática procurou identificar a taxa ideal de cesariana a nível populacional e concluiu que valores acima de 15% não estão associados à redução da mortalidade materna, neonatal e infantil (BETRAN et al., 2015).

Entretanto, a própria OMS reconhece que as características da população podem afetar a taxa máxima de cesariana e propõe uma forma de cálculo para estimar esse valor ajustado (SOUZA et al., 2016). Considerando essas características, principalmente o elevado número de mulheres com operações cesarianas anteriores, a taxa de referência ajustada para a população

brasileira seria de 25-30%, metade, portanto, dos valores atuais observados (BRASIL, 2015a; OMS, 2015).

Embora as taxas de cesariana no serviço público brasileiro estejam acima daquelas recomendadas pela OMS, com valores superiores a 40%, é na rede suplementar de saúde que as distorções encontradas na assistência obstétrica se manifestam ainda com maior intensidade, apresentando valores duas vezes maior que no serviço público, de quase 90% (BRASIL, 2008; NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016).

Uma das estratégias recomendada pela OMS para avaliação e monitoramento das taxas de cesariana é a classificação de Robson. Segundo essa proposta, as mulheres são classificadas em 10 grupos baseados no tipo de gestação (única ou múltipla), paridade (primípara ou não), idade gestacional (pré-termo ou termo), apresentação fetal (cefálica, pélvica ou córmica) e tipo de trabalho de parto (espontâneo, induzido, sem trabalho de parto) (ROBSON, 2001).

No Brasil, os grupos com maior impacto na taxa total de cesarianas são o grupo 2 de Robson (mulheres nulíparas, apresentação cefálica, gestação única, ≥ 37 semanas, trabalho de parto induzido ou cesárea eletiva), o grupo 5 (múltipara com uma ou mais cesáreas prévias, gestação única, apresentação cefálica, ≥ 37 semanas), e o grupo 10 (todas as gestações únicas pré-termo e apresentação cefálica), representando mais de 70% das cirurgias realizadas (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016).

No setor privado, Nakamura-Pereira et al. (2016), não observaram diferenças nas taxas de cesariana em mulheres com alto risco obstétrico (92,8%) quando comparadas às de baixo risco obstétrico (86,3%), com exceção do grupo 10, sugerindo um uso excessivo da cesariana em mulheres com assistência médica privada.

Na saúde suplementar, a decisão pela via de nascimento é influenciada não só por fatores culturais (favorável à medicalização do parto e medo da dor do parto normal), socioeconômicos e obstétricos, mas especialmente, pela forma de pagamento do parto (direto ou por meio de planos de saúde), sendo a cesariana mais frequente mesmo em situações em que não existe indicação clínica, entre mulheres com faixa etária, renda e escolaridade mais elevadas, nulíparas e com pré-natal realizado em serviços privados (PATAH; MALIK, 2011; DOMINGUES et al., 2014; LEAL et al., 2014; VALE et al., 2015; FERRARI; CARVALHAES; PARADA, 2016; NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016). Além desses fatores, estudo realizado em uma maternidade privada do Brasil encontrou associação entre cesariana e conveniência médica e aspectos relacionados à hotelaria hospitalar (maternidade-hotel). Nesse estudo, a prevalência de cesarianas foi 8 vezes maior para mulheres que tiveram acompanhamento pré-natal e

assistência ao parto realizadas pelo mesmo médico. Entre as mulheres de baixo risco obstétrico, que não foram assistidas pelo mesmo médico no pré-natal e no parto, e que entraram em trabalho de parto, a prevalência de cesarianas foi de 4,1% (TORRES et al., 2014).

Nos EUA, as cesarianas a pedido aumentaram 42% entre 1999 e 2002, o que motivou a realização de uma conferência sobre esse tema pelo Instituto Nacional de Saúde (NIH) para analisar riscos e benefícios dessa prática (PATAH; MALIK, 2011). Um estudo de revisão sistemática apontou que a preferência global por cesariana foi de 15,6%, sendo as maiores proporções encontradas em países da América Latina e países de renda média, entre mulheres múltiparas e mulheres com cesárea prévia (MAZZONI et al., 2011).

Segundo Domingues et al. (2014), existe grande variação na preferência das mulheres segundo paridade e local de ocorrência do parto. Estudos mostram proporção maior de mulheres brasileiras com preferência inicial pela cesariana na fonte de pagamento privado com aumento da frequência de decisão por esse tipo de parto no final da gestação (DOMINGUES et al., 2014; RIBEIRO, 2017). A decisão pela cesariana é ainda maior entre mulheres múltiparas comparada às primíparas (58,8% vs 36,1%) do setor privado, ressaltando-se uma proporção mais elevada entre mulheres com cesariana anterior (73,2%) onde mais de 90% dessas mulheres mantiveram a decisão por uma cesariana no final da gestação (DOMINGUES et al., 2014). Ribeiro (2017) mostrou que a proporção de cesariana foi cerca de 3 vezes maior do que o desejado inicialmente em ambos os setores, público e privado.

Aspectos não clínicos, como a forma de organização da assistência ao parto, afetam a preferência inicial das mulheres além de serem determinantes do excesso de cesarianas no setor suplementar. Ainda que as mulheres do setor público mantenham preferência baixa pela cesariana, não são apoiadas na sua opção pelo parto vaginal. O modelo de assistência em ambos os setores torna o parto vaginal uma experiência dolorosa, tornando o medo da dor do parto a principal razão referida pelas mulheres para a preferência pela cesariana no início da gestação. (TORRES, 2014; DOMINGUES et al., 2014, 2019).

Deve-se ressaltar que, quando realizada por indicações médicas, a cesariana é uma cirurgia segura e essencial para a saúde materna e infantil. Entretanto, quando realizada sem uma justificativa pode agregar riscos desnecessários sem que haja um benefício claro. Desde a década de 1980, o fenômeno do aumento exagerado das indicações de cesarianas tem sido foco de atenção por causa do aumento da morbimortalidade materna e perinatal, dos custos

associados com o procedimento e pela ausência de impacto nas taxas de perimortalidade (BERNARDO et al., 2014; BETRAN et al., 2016).

No Brasil, um aspecto que tem sido ressaltado recentemente é a relação entre cesarianas e nascimentos prematuros e termos precoces (37 a 38 semanas gestacionais). Estudo transversal, utilizando dados do SINASC, verificou que municípios com taxas maiores ou iguais a 80% de cesariana apresentaram proporções 21,5% maiores de nascimentos prematuros e 64,3% maiores de nascimentos precoces, em comparação aos municípios com taxas menores a 30% de cesariana (BARROS et al., 2018).

Dados do estudo Nascer no Brasil demonstraram que os recém-natos termos precoce, quando comparados àqueles nascidos com 39 a 40 semanas, apresentaram risco aumentado para a maioria dos desfechos infantis adversos analisados (necessidade de oxigenoterapia, internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), óbito neonatal e menor prevalência de amamentação na primeira hora de vida e de amamentação exclusiva durante a internação), especialmente entre cesarianas eletivas, que devem ser evitadas antes de 39 semanas de gestação em gestações saudáveis (LEAL et al., 2017b).

Estudos internacionais corroboram com esses resultados. Na Holanda, uma coorte retrospectiva, incluindo todas as cesarianas eletivas de gestações únicas a termo (> 20 mil cesáreas) encontrou um risco significativamente maior para desfecho primário composto (mortalidade neonatal até o 28º dia de vida e/ou morbidade neonatal) em nascimentos de gestações menores que 39 semanas (WILMINK et al., 2010). Nos Estados Unidos, os resultados de uma coorte indicam que os nascimentos com menos de 39 semanas estão associados a um risco aumentado de desfechos respiratórios adversos, ventilação mecânica, sepse, hipoglicemia, internação na UTIN e hospitalização por 5 dias ou mais (TITA et al., 2009).

Essas evidências fizeram com que organismos internacionais não recomendassem a realização de cesarianas planejadas, em situações de risco habitual, a pedido da mulher, antes de 39 semanas ((NICE, 2011; SPONG, 2013), recomendação adotada também pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) brasileiro em 2016 (BRASIL, 2016c).

Em relação aos desfechos maternos primários, as evidências apontam que as mulheres submetidas a cesarianas (eletiva ou intraparto, sem indicação médica) tem maior risco de morte, internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), transfusão sanguínea, histerectomia e *near miss* materno comparado ao parto vaginal espontâneo (SOUZA et al., 2010; DOMINGUES et al., 2016; ESTEVES-PEREIRA et al., 2016). De acordo com a OMS, *near miss* materno refere-

se a uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave que ocorreu durante a gravidez, o parto ou em até 42 dias após o término da gravidez (OMS, 2011).

Recentemente, estudo de revisão sistemática encontrou associação entre cesariana e aumento da probabilidade de subfertilidade quando comparado ao parto vaginal e os resultados para a gravidez subsequente à cesariana foram: maior chance de ter placenta prévia, placenta acreta, descolamento placentário, ruptura uterina, histerectomia e hemorragia anteparto; aumento do risco de aborto espontâneo, gravidez ectópica e natimorto (KEAG; NORMAN; STOCK, 2018).

Desde a década de 1980, a OMS tem feito recomendações sobre práticas a serem adotadas durante a assistência perinatal, visando reduzir o uso de intervenções desnecessárias, dentre elas a cesariana (WHO, 1985). Em 1996, essas práticas foram classificadas, segundo as evidências científicas disponíveis na época, em quatro tipos (Práticas que são comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas; Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; e Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado) (WHO, 1996). Essa classificação, e as recomendações decorrentes, foram amplamente divulgadas pelo MS em publicação própria, visando a garantia do melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no SUS (BRASIL, 2001).

Em 2018, a OMS publicou nova diretriz com um conjunto de recomendações globais atualizadas para o atendimento seguro às mulheres grávidas através do uso apropriado de intervenções, incluindo a cesariana. Os formuladores dessas recomendações afirmam que para entender como proporcionar cuidados perinatais adequados, é fundamental considerar os fatores sociais, emocionais e psicológicos envolvidos nesse processo e para torná-las viáveis, são necessárias profundas transformações na estrutura dos serviços de saúde, acompanhadas de modificações nas atitudes das equipes e pela redistribuição de recursos físicos e humanos (WHO, 2018).

Segundo as recomendações da OMS (WHO, 1996) e do MS (BRASIL, 2016), vários aspectos importantes relacionados à assistência ao trabalho de parto e parto devem ser respeitados, incluindo a ambiência, garantindo um local confortável, acolhedor e que respeite a privacidade e segurança da gestante e do bebê; a forma de comunicação não violenta, atenciosa e menos autoritária entre a equipe de saúde e a gestante e seus familiares; o suporte contínuo

através de métodos não farmacológicos de alívio da dor, informações convenientes, presença do acompanhante e suporte emocional; e o uso de tecnologias que favoreçam a evolução fisiológica do trabalho de parto e parto e o bem estar materno e fetal (BRASIL, 2008, 2014; WHO, 2018).

Desde os primeiros documentos da OMS, há referência ao tipo de profissional envolvido na assistência ao trabalho de parto e parto, com o incentivo à maior participação de enfermeiras obstétricas e obstetizas (WHO, 1985, WHO, 1996; WHO, 2018).

4.4 ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E OBSTETRIZES

Enfermeira obstétrica é o profissional legalmente habilitado e capacitado para atender gestantes durante o pré-natal, parto e puerpério, assim como o recém-nascido. Para isto, no Brasil, é necessário cursar graduação em enfermagem e após o término do curso obter o título de especialista através da realização de pós-graduação lato sensu em obstetrícia ou da certificação e titulação de especialista em Enfermagem Ginecológica, Obstétrica e Neonatal, mediante a realização de concurso organizado pela Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiros Obstetras (Abenfo). Obstetiza é o profissional graduado em obstetrícia, curso oferecido desde 2005 pela Universidade de São Paulo (USP), estando igualmente apto para prestar tal assistência.

A assistência ao trabalho de parto e parto por enfermeiras obstétricas e obstetizas é recomendada pela OMS e pelo MS por estar associada à redução das taxas de cesariana e das intervenções obstétricas, ao maior uso das boas práticas no trabalho de parto e parto, e por não apresentar resultados adversos (OMS, 2014; BRASIL, 2014; TORRES et al., 2014; GAMA et al., 2016; SANDALL et al., 2016).

No modelo de atenção ao parto brasileiro, mulheres são submetidas a excessivas intervenções durante o trabalho de parto e parto, tais como inserção de cateter venoso, amniotomia, posição litotômica, manobra de Kristeller, administração de ocitocina e episiotomia, mas esses procedimentos são menos empregados quando a assistência é prestada por enfermeiras obstétricas (VOGT; SILVA; DIAS, 2014; GAMA et al., 2016). Em maternidades onde as enfermeiras atuam na assistência ao parto, também se observa menor proporção de cesarianas (GAMA et al., 2016).

A importância dos serviços de enfermagem e obstetrícia no fortalecimento do sistema de saúde é primordial, segundo a OMS (WHO, 2013). Além da OMS, a Organização dos

Estados Americanos (OEA) e o MS do Brasil recomendam maior participação da enfermeira obstétrica e da obstetrix, considerando a importância de acompanhar o trabalho de parto, aprimorar a assistência ao parto normal e diminuir as taxas de cesariana (OEA, 2010; BRASIL, 2016b; WHO, 2018).

No Brasil, enfermeiras obstétricas e obstetrizes podem prestar assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e aos recém-nascidos segundo a legislação vigente. A Lei n.º 7.498/86 e o Decreto n.º 94.406/87 regulamentam o exercício da profissão de enfermagem, onde está estabelecido no inciso II do Art. 11 a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e a execução do parto sem distocia (BRASIL, 1986, 1987). Na década de 1990, foi aprovada a Portaria n.º 163/98 e a Resolução n.º 223/99, que dissertam sobre as atribuições e competências da enfermeira obstétrica e da obstetrix; além disso, em 2015 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) lançou a Resolução n.º 477, que dispõe sobre a atuação de enfermeiras na assistência às gestantes, parturientes e puérperas (BRASIL, 1998a, 1999, 2015b).

Dentre as medidas do MS para incentivar a incorporação da enfermagem obstétrica na saúde destacam-se a inclusão, a partir de 1998, da remuneração do procedimento de assistência ao parto vaginal realizado por enfermeira obstétrica na tabela do SUS; o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos através do PHPN; o estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal liderados por enfermeiras obstétricas; e o incremento na formação profissional com a Rede Cegonha (BRASIL, 1998b, 2000, 2011).

Considerando a participação da enfermagem na atenção ao parto, os modelos de cuidados podem ser classificados como 1) “modelo tradicional”, que é o modelo centrado no médico obstetra, sem participação ativa da enfermagem; 2) “assistência liderada por enfermeiras obstétricas e obstetrizes”, quando estas profissionais são responsáveis pela atenção à mulher durante o pré-natal até o parto, sendo encontrado no Brasil nos Centros de Parto Normal; e 3) “modelo colaborativo”, quando os cuidados são compartilhados e o profissional principal muda dependendo da situação clínica da mulher, sendo a enfermeira responsável pela assistência às mulheres de risco habitual, assegurada a possibilidade de referência imediata ao médico obstetra em casos de complicações, um modelo comum em países como a Inglaterra (VOGT, 2014; SANDALL et al., 2016).

No Brasil, um estudo comparou os resultados da assistência prestada no modelo colaborativo e no modelo tradicional, encontrando resultados positivos do modelo colaborativo, com menor uso de ocitocina, ruptura artificial de membranas ovulares, episiotomia e maior utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor (VOGT et al., 2014).

Entretanto, apesar das evidências científicas, da legislação vigente e das recomendações nacionais e internacionais, a participação da enfermagem na atenção ao parto no Brasil é ainda pequena e o modelo colaborativo pouco explorado como estratégia de melhoria da assistência ao parto no contexto brasileiro.

Resultados de um estudo nacional mostraram que dos 48% de partos via vaginal ocorridos em serviços públicos e privados, 16,2% foram assistidos por enfermeiras no período de 2011 a 2012 (GAMA et al., 2016). As regiões Norte e Sudeste registraram a maior frequência de assistência ao parto por enfermeiras, mas por razões distintas. Enquanto na região Norte a maior participação das enfermeiras está relacionada à maior ocorrência de partos não hospitalares, assistidos também por parteiras tradicionais, e à falta de profissionais médicos, na região Sudeste a maior atuação da enfermagem é decorrente da implantação de processos de humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal, principalmente nas capitais do estado, desde a década de 1990, com a inclusão das enfermeiras obstétricas no modelo de atenção ao parto como uma das estratégias adotadas (VOGT et al., 2011; TORRES, 2014; GAMA et al., 2016; BRASIL, 2017b).

Para produzir verdadeiro impacto na assistência, a OMS recomenda que os países devam ter, no mínimo, uma parteira qualificada para cada 125 nascimentos ao ano. Levando em conta essa estimativa, o Brasil deveria dispor de ao menos 23.000 enfermeiras obstétricas ou obstetrizes (OMS, 2005; NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013). O número desses profissionais no país não é conhecido, mas, em 2017, a ABENFO deu início à coleta de dados da pesquisa Força de Trabalho em Enfermagem Obstétrica no Brasil com o objetivo de examinar a força de trabalho nos serviços de saúde materna e neonatal, visando contribuir para a elaboração de políticas públicas e para o fortalecimento da Enfermagem Obstétrica no país (COFEN, 2017).

4.5 ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DAS CESARIANAS E MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO AO PARTO NO SETOR SUPLEMENTAR

A ANS vem desenvolvendo ações sistemáticas visando a implementação de estratégias que melhorem a qualidade da atenção obstétrica e neonatal, tendo como principal desafio a redução da proporção de cesarianas no setor privado de saúde (BRASIL, 2008). Tais estratégias tem sido direcionadas aos profissionais, objetivando a redução das intervenções clínicas desnecessárias; às mulheres, através de orientações adequadas que lhe assegurem autonomia e empoderamento; e, por último, às instituições, por meio de intervenções estruturais, por exemplo, implementação de diretrizes, protocolos, auditorias e do trabalho colaborativo entre enfermeiras obstétricas e médicos na atenção ao parto (BRASIL, 2008; TORRES, 2014).

Segundo dados do estudo Nascer no Brasil, mais de 80% das mulheres assistidas pelo setor privado apresentaram cesarianas anteparto, ou seja, antes do início do trabalho de parto, com uso muito baixo, de apenas 3,5%, da indução do parto, predominando a preferência pela cesariana eletiva (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016). Nesse setor, há também predomínio do grupo 5 de Robson, ou seja, de mulheres com cesariana prévia. Dessa forma, a principal estratégia para a redução das cesarianas no sistema de saúde suplementar brasileiro é evitar a primeira cesariana, permitindo que as gestantes entrem em trabalho de parto e recebam um cuidado e acompanhamento individualizado e seguro, cuja efetividade esteja baseada em evidências científicas (DOMINGUES et al., 2014; RIBEIRO, 2017).

Deste modo, novas regras foram regulamentadas pela ANS visando reduzir as taxas de cesarianas, estimular o parto normal na rede privada e informar as gestantes sobre os riscos representados pela realização da cesárea sem indicação clínica, para a gestação atual e as subsequentes (RIBEIRO, 2017).

A Resolução Normativa da ANS nº 368, de 2015, dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar (BRASIL, 2015c). No ano seguinte, em 2016, a ANS apresentou a Resolução nº 398, que dispõe sobre a obrigatoriedade de credenciamento de enfermeiros obstetras e obstetrites por operadoras de planos privados de assistência à saúde e hospitais que constituem suas redes e sobre a obrigatoriedade de os médicos entregarem a nota de orientação à gestante, visando o esclarecimento da mesma em relação aos riscos e benefícios da cesariana e do parto normal (BRASIL, 2016d).

Também em 2015, após demanda apresentada ao Ministério Público pelo movimento de mulheres de São Paulo, pleiteando ações para a redução das taxas de cesariana nos hospitais

privados brasileiros, e com vistas à melhoria da atenção ao parto e nascimento, a ANS, o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), com o apoio do MS, desenvolveram o Projeto Parto Adequado (PPA). Esse projeto envolveu a elaboração de um programa de mudança do modelo de atenção ao parto, com estratégias baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, a ser desenvolvido em diversas fases, inicialmente com estudos piloto, para então prosseguir com avaliação exploratória e, finalmente, redundar em uma intervenção definitiva sobre o problema (BRASIL, 2016a).

O projeto, com início em abril de 2015, tem por objetivo identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar. Essa iniciativa visa ainda oferecer às mulheres e aos bebês o cuidado eficiente, ao longo da gestação, durante todo o trabalho de parto e pós-parto, considerando a estrutura e o preparo da equipe multiprofissional, a medicina baseada em evidência e as condições socioculturais e afetivas da gestante e da família (BRASIL, 2016a).

Na Fase 1, também denominada “piloto”, o projeto contou com a adesão de 35 hospitais e 19 operadoras de planos de saúde. Nessa fase, cada hospital definiu quem seria sua população-alvo, ou seja, a população de gestantes prioritária para as ações do projeto. Estima-se que, ao longo de 18 meses de implantação da fase 1 do PPA, cerca de 10 mil cesarianas desnecessárias foram evitadas. A Fase 2 teve início em maio de 2017 e foi desenvolvida ao longo de dois anos, até maio de 2019. O número de hospitais e operadoras de todo o país que aderiram ao PPA se ampliou, sendo incluídos os candidatos que atenderam aos pré-requisitos estabelecidos (90 hospitais privados e 62 operadoras) (ANS, 2018a, 2018b, 2018c). Nessa segunda fase, a população-alvo, em todos os hospitais, foi a mesma, composta pelas mulheres pertencentes aos grupos 1 a 4 de Robson. A meta da fase 2 do PPA é alcançar 40% de partos vaginais na população-alvo do projeto (ANS, 2018b).

O PPA é uma intervenção multifacetada e suas estratégias são baseadas em evidências científicas internacionais e em duas experiências bem-sucedidas para a redução de cesarianas em hospitais privados brasileiros (BOREM et al., 2015; CHAILLET; DUMONT, 2007; TORRES et al., 2014). É uma intervenção complexa, com relações de autoridade de caráter difuso e número relevante de atividades que mobilizam diversos atores interdependentes, os quais agem em função de lógicas diferentes. Além disso, o PPA engloba contextos político, social, econômico, cultural, institucional, organizacional e técnico, e apresenta relações causais

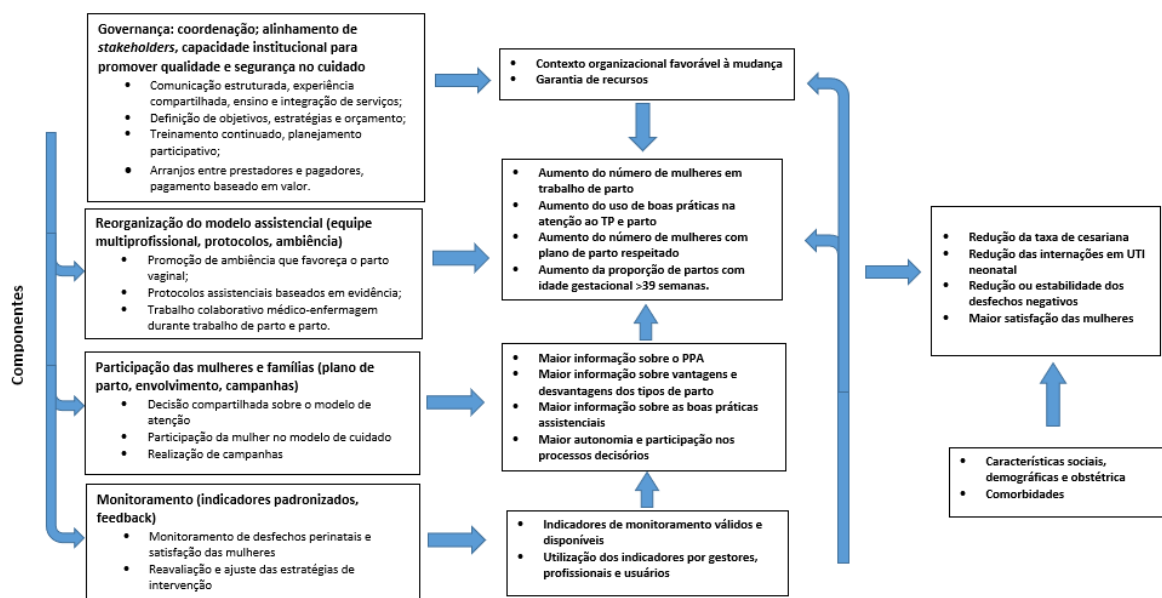
complexas, das quais depende a lógica da intervenção (CHAMPAGNE et al, 2011b). Tais características justificam a modelização sistêmica, igualmente complexa, do PPA.

No contexto desta intervenção temos: uma cultura pró-cesariana e, ao mesmo tempo, uma pressão social para redução das cesarianas no setor suplementar de saúde; ação regulatória da ANS com foco na qualidade e segurança do paciente; enfermagem obstétrica com experiência na atenção ao parto; novos arranjos para contratos e pagamento da equipe médica; qualidade e segurança do paciente como prioridades da gestão hospitalar; envolvimento e acompanhamento dos resultados da intervenção pela equipe de gestão do hospital e das operadoras de saúde (DOMINGUES et al., 2019).

As estratégias do PPA são organizadas em quatro direcionadores voltados para 1) governança institucional, 2) reorganização do modelo assistencial, 3) participação das mulheres e famílias e 4) monitoramento de indicadores, conforme demonstrado na Figura 1.

O direcionador “reorganização do modelo assistencial” prevê a adequação do ambiente para favorecer a evolução fisiológica do trabalho de parto e a implantação de protocolos assistenciais visando garantir que a decisão pela cesariana seja baseada em critérios clínicos. Prevê ainda o estabelecimento de uma equipe multiprofissional, com a inclusão de enfermeiras atuando em modelo colaborativo com os médicos na assistência ao trabalho de parto e parto (Figura 1).

Figura 1. Modelo Lógico do Projeto Parto Adequado



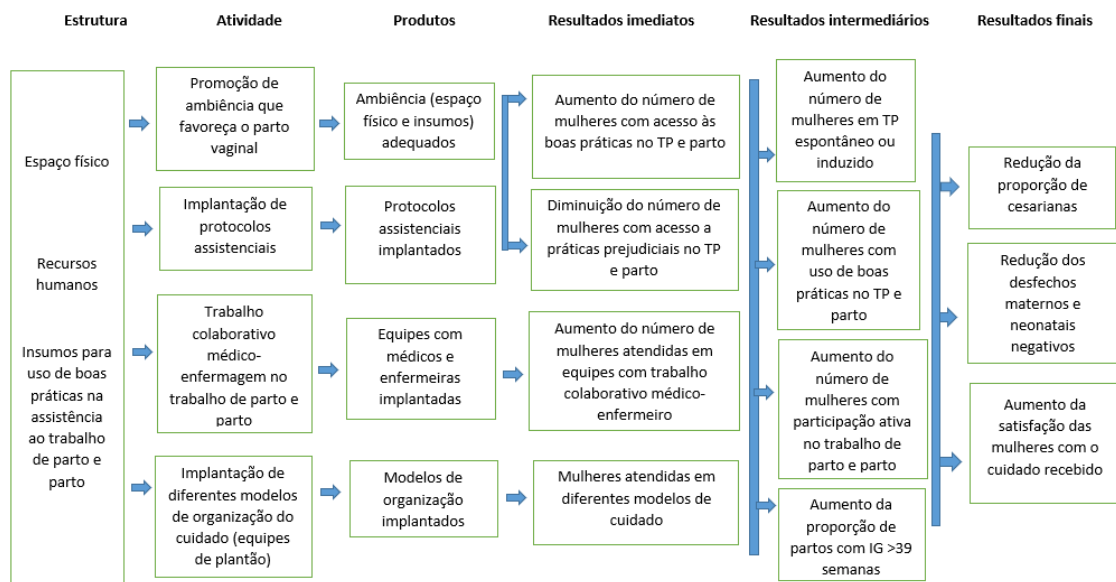
“Projeto Parto Adequado” - Projeto de melhoria da qualidade, intervenção multifacetada. Objetivo: Melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento. Meta: Aumentar o percentual de partos vaginais para 40% até novembro de 2016. Contexto: Cultura pró cesariana x pressão

social para redução das cesarianas no setor suplementar de saúde; ação regulatória da ANS com foco na qualidade e na segurança do paciente; enfermagem obstétrica com experiência na atenção ao parto; novos arranjos para contratos e pagamento da equipe médica; Qualidade e segurança do paciente como prioridades da gestão hospitalar; envolvimento e acompanhamento dos resultados da intervenção pela equipe de gestão do hospital e das operadoras de saúde.

Fonte: DOMINGUES et al., 2019.

Considerando o direcionador “reorganização do modelo assistencial”, foi possível elaborar um modelo que descrevesse suas atividades, recursos e resultados (Figura 2).

Figura 2. Modelo lógico-operacional do direcionador "reorganização do modelo assistencial"



Fonte: autoria própria

4.6 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Avaliar é uma forma remota de presumir sobre ou determinar a qualidade, extensão ou intensidade de uma intervenção. É uma ação humana habitual conectada, na maioria das vezes, a dois fatores: intuição e opinião (FIGUEIRÓ et al, 2010; CHAMPAGNE et al., 2011a; DUBOIS et al, 2011).

Pode-se dizer que:

avaliar consiste fundamentalmente em: emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes [...] de modo a que os diferentes atores envolvidos

[...] estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam constituir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE et al, 2011a, p.44).

Uma intervenção é um sistema organizado de ação que visa, em determinado ambiente e durante certo período, modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação-problema e pode ser de dois tipos: simples e complexa. Um programa, tratamento, protocolo, uma técnica ou tecnologia, política, organização ou mesmo uma avaliação, são exemplos de intervenções. O julgamento concebido em relação à intervenção pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (FIGUEIRÓ et al., 2010; CHAMPAGNE et al, 2011a).

Figueiró et al. (2010) afirmam que toda e qualquer avaliação parta do princípio de que deve contribuir para a tomada de decisão dos responsáveis pela intervenção, comprometendo-se com a sua melhoria e, finalmente, com a qualidade de vida do usuário do serviço de saúde. Segundo Champagne et al (2011a), a avaliação visa a produzir informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, mas também possui uma dimensão normativa, quando visa a emitir um julgamento e instrumental ou utilitária quando se propõe a melhorar determinada situação.

Para qualquer tipo de avaliação, o planejamento para uma avaliação de sucesso é um processo complexo que requer uma análise do contexto político, sobre quais objetivos podem ou não ser cumpridos e modos apropriados de investigação (MARK et al, 2000). O contexto da avaliação determinará a escolha da abordagem e o método que convém escolher para a avaliação. Tal abordagem avaliativa começa por uma série de questões relacionadas aos dois tipos de avaliação, a pesquisa avaliativa e a apreciação normativa (CHAMPAGNE et al. 2011a).

Quando se pretende avaliar uma intervenção, independentemente do tipo de avaliação escolhida, é necessário conhecê-la e descrevê-la claramente. É impossível desvincular os efeitos de uma intervenção dos processos e dos meios de implantação envolvidos e que são anteriores aos resultados. Portanto, para reconstruir o objeto a ser avaliado e evitar erros nos resultados da avaliação, utiliza-se a modelização da intervenção, cuja profundidade da abordagem depende da complexidade da intervenção (BEZERRA et al., 2012).

A modelização é uma etapa fundamental para a definição da intervenção que se pretende avaliar. É uma ferramenta que possibilita explicitar os vínculos entre uma intervenção e seus recursos, atividades e efeitos e constitui um instrumento de comunicação relevante, pois permite

apresentar uma intervenção de forma esquemática. A modelização de uma intervenção pode servir de guia para a apreciação normativa (CHAMPAGNE et al, 2011b).

Segundo Champagne et al (2011a), a pesquisa avaliativa analisa a conformidade dos diferentes componentes de uma intervenção com o objetivo de verificar a pertinência, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência da mesma, considerando as relações existentes entre a intervenção e o contexto que envolve esse processo, podendo ser dividida em seis tipos de análise que exigem métodos de pesquisa específicos.

A análise estratégica determina a pertinência de uma intervenção, ou seja, verifica se os objetivos da intervenção são coerentes com os problemas encontrados. E para esta análise é necessário definir o problema, seguido pela escolha dos objetivos e, por último, estabelecer as parcerias estratégicas (CHAMPAGNE et al. 2011c). Seguindo a análise estratégica está a análise lógica, responsável por determinar o mérito do modelo teórico em que a intervenção se baseia e analisar a validade do modelo operacional. Ou seja, o avaliador deve verificar se os meios para alcançar os objetivos são adequados (CHAMPAGNE et al. 2011d). O terceiro tipo de análise é a de produção que estuda a produtividade e qualidade, ou seja, avalia se os recursos utilizados estão sendo eficientes de modo a aperfeiçoar a quantidade e a qualidade dos serviços realizados (FARAND, 2011). A avaliação econômica relaciona os custos e os efeitos de diferentes intervenções objetivando determinar a aplicação mais eficiente e, na saúde, as decisões devem ser baseadas em equidade e liberdades individuais, além da eficiência (BROUSSELLE et al., 2011).

Enfim, tem-se a análise dos efeitos e a análise da implantação. A análise dos efeitos consiste em determinar se os efeitos observados resultam de fato da intervenção e se distingue da apreciação normativa, pois se interessa pelo conjunto dos efeitos possíveis de uma intervenção, enquanto a apreciação normativa se interessa apenas pelos efeitos desejados; o propósito da análise dos efeitos é a relação de causalidade entre serviços e efeitos, enquanto a apreciação normativa se limita a comparar os efeitos observados com os resultados esperados. A análise de implantação busca relacionar uma intervenção, seus componentes e contexto, ou seja, objetiva avaliar de que maneira, dentro de um contexto particular, a intervenção produz mudanças. E, enquanto a avaliação normativa mede a diferença, a análise de implantação se propõe a entender as causas dessa diferença (CHAMPAGNE et al., 2011e, 2011f).

A avaliação normativa, que será utilizada neste estudo, consiste em apreciar uma intervenção, ou seja, emitir um julgamento, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos,

com critérios e normas existentes. É a atividade mediante a qual se procura verificar se uma intervenção corresponde às expectativas (CHAMPAGNE et al., 2011g; FIGUEIRÓ et al., 2010). Os principais desafios desse tipo de avaliação dizem respeito à força do vínculo causal postulado entre as estruturas, processos e resultados e à escolha das normas e critérios adequados (LEAL et al., 2017a).

O objeto da avaliação normativa refere-se ao que será observado exatamente e as normas é o valor aceitável do critério em determinado contexto. A escolha da norma depende do objetivo da avaliação, do cliente, da filosofia em que se baseia a intervenção, entre outros, por isso é importante saber onde procurá-la já que existem várias fontes (leis, regulamentos, especialistas, observação de práticas, literatura especializada etc.) (CHAMPAGNE et al., 2011g).

O procedimento de elaborar, esclarecer, negociar e aplicar critérios para determinar o valor (ou mérito) do objeto avaliado faz parte de um exercício metodológico que deve ser cuidadoso e transparente. Critério é o indicador mensurável, a dimensão-padrão, em função da qual a realidade do objeto da avaliação receberá um julgamento (ALFOLDI, 2006; ESHER et al., 2012). Na avaliação normativa cinco critérios permitem responder às perguntas avaliativas: a apreciação da conformidade, que será utilizada neste estudo, tem o objetivo de comparar a maneira como uma intervenção se desenvolve com o que estava previsto durante sua concepção, pretende-se modificar ou ajustar a intervenção; a apreciação da cobertura tem por objetivo verificar se a intervenção alcança a clientela prevista; a apreciação da qualidade tem como objetivos a acessibilidade, coordenação e integralidade dos serviços; a apreciação dos custos que consiste em prestar contas sobre a previsão inicial dos custos da intervenção; e a apreciação dos efeitos (metas) consiste em comparar os resultados obtidos e os esperados (CHAMPAGNE et al., 2011g).

Para avaliar é preciso critérios. A matriz de critérios e julgamento é uma ferramenta utilizada em forma de tabela ou quadro, que permite a estruturação e visualização dos critérios estabelecidos (ALFOLDI, 2006). A elaboração da matriz inclui a representação formal de ideias e conhecimentos, a seleção e padronização dos critérios que contribuem para objetivar a avaliação através da introdução de níveis (ALFOLDI, 2006). A validade das conclusões de uma avaliação normativa se relaciona diretamente com a pertinência e a exatidão das normas e critérios selecionados (CHAMPAGNE et al., 2011g).

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa denominada “Nascer Saudável”, que tem por objetivo avaliar a implantação e os efeitos da intervenção PPA (TORRES et al., 2018). No direcionador “reorganização do modelo assistencial” da intervenção PPA, uma das atividades previstas é a assistência ao trabalho de parto e parto vaginal por enfermeiras obstétricas e obstetizes, através de um modelo de atenção denominado modelo colaborativo, que será objeto de estudo da presente análise, por meio de uma avaliação normativa.

5.1 PROCEDIMENTO AMOSTRAL

Para o estudo Nascer Saudável, foi definida uma amostra por conveniência incluindo 12 hospitais privados dentre os 23 hospitais privados que receberam a intervenção PPA (dos 35 hospitais inicialmente selecionados para participar do projeto, apenas 23 foram considerados hospitais piloto da intervenção e receberam a intervenção completa). Para a seleção desses hospitais, considerou-se três critérios que hipoteticamente poderiam ter afetado o grau de implantação do PPA:

1. Localização do hospital de acordo com a macrorregião geográfica (Sul / Sudeste / Centro-Oeste e Norte / Nordeste). O Brasil é um país continental com diferenças regionais sociais e culturais relevantes. As regiões Sul / Sudeste / Centro-Oeste são as regiões mais ricas do país e apresentam as maiores taxas de cesariana, enquanto as regiões Norte / Nordeste são as menos desenvolvidas e apresentam os piores indicadores de saúde;
2. Tipo de hospital (hospitais pertencentes ou não a empresas de planos de saúde). Hospitais pertencentes a operadoras de seguro de saúde têm mais autonomia para implementar mudanças, pois são gerenciados e financiados de forma independente. Em hospitais privados que não pertencem a empresas de seguro de saúde, o financiamento é feito por meio de planos de saúde ou por pagamento direto dos indivíduos que procuram atendimento. Isso pode levar a conflitos de interesse e impedir mudanças;
3. Desempenho hospitalar: de acordo com dados administrativos fornecidos pelo conselho de coordenação do PPA, foram selecionados hospitais que relataram resultados bons e ruins no alcance dos objetivos do PPA.

A combinação desses critérios resultou em oito grupos (estratos) de hospitais. Foi selecionado um maior número de hospitais nos estratos com maior número de hospitais

participantes do PPA. Em dois estratos, não houve hospitais com intervenção do PPA. Em um estrato (regiões Norte ou Nordeste / hospitais não pertencentes à seguradora / mau desempenho) havia apenas um hospital, não incluído nesta pesquisa avaliativa devido à sua localização e dificuldades na seleção e treinamento do entrevistador. Permaneceram, portanto, cinco grupos de hospital, cuja distribuição encontra-se no Quadro 1.

Quadro 1. Distribuição dos hospitais de acordo com o critério de seleção

Região	Tipo de hospital	Desempenho do Hospital	Número de hospitais com PPA	Número de hospitais incluído no estudo
Norte/ Nordeste	Hospitais pertencentes à seguradoras	Bom	2	1
		Ruim	0	0
	Hospitais não pertencentes à seguradoras	Bom	0	0
		Ruim	1	0
Sul/Sudeste/ Centro-oeste	Hospitais pertencentes a empresas de seguro de saúde	bom	3	2
		Ruim	1	1
	Hospitais não pertencentes a companhias de seguro de saúde	bom	11	6
		Ruim	5	2

Fonte: TORRES et al., 2018

5.2 CÁLCULO DO TAMANHO AMOSTRAL

Calculou-se o tamanho da amostra, por hospital, considerando-se prevalência de cesariana de 50% e poder de 80% para detectar uma redução de 10% na taxa de cesariana com um nível de significância de 5%. Para isso foi planejada uma amostra de 400 mulheres por hospital, ou seja, 4800 mulheres (400 x 12).

5.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Em cada hospital, foram consideradas elegíveis todas as puérperas que apresentaram um parto hospitalar de um recém-nascido vivo (qualquer idade gestacional e peso ao nascer) ou um

natimorto (com idade gestacional ≥ 22 semanas e / ou peso ao nascer ≥ 500 g), assim como o(a) Diretor (a) da unidade hospitalar ou coordenador (a) do projeto Parto Adequado

5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não foram consideradas elegíveis as mulheres que apresentaram parto antes da admissão no hospital; mulheres com extrema dificuldade de comunicação, como estrangeiros que não conseguem entender o português; mulheres surdas; mulheres com doenças mentais ou neurológicas com comprometimento cognitivo grave; e mulheres com interrupção da gestação por determinação judicial.

5.5 FORMULÁRIOS DE COLETA DE DADOS E TREINAMENTO DA EQUIPE

Foram utilizados quatro instrumentos de coleta: questionário de entrevista com o gestor, questionário de entrevista hospitalar com a puérpera (Anexo 1), formulário de extração de dados de prontuário hospitalar (Anexo 2) e questionário de entrevista telefônica com a mulher após a alta hospitalar.

Todos os instrumentos utilizados eram formulários eletrônicos, usando o aplicativo REDCap, e foram desenvolvidos exclusivamente para o projeto Nascer Saudável. Os questionários eletrônicos permitem revisões internas, diminuindo o número de erros de digitação e arquivamento, como espaços em branco ou não aplicáveis, bem como o preenchimento de números inválidos (como datas, idade, idade gestacional, etc.). Além disso, o acesso on-line ao banco de dados permite o monitoramento em tempo real do trabalho de campo.

Entrevistadores, supervisores e coordenadores participaram de treinamentos teóricos e práticos que duraram cinco dias e abordaram os deveres de supervisor e entrevistador, o processo de seleção das puérperas, preenchimento de formulários, envio de dados eletrônicos utilizando a plataforma REDCap, considerações éticas, realização de entrevistas e confidencialidade das informações. Foram criados manuais de instruções para o preenchimento do formulário, que também incluiu a definição de todas as variáveis.

Foi realizado um estudo piloto, antes do início do trabalho de campo, em uma das maternidades participantes do PPA não incluídas nesta pesquisa avaliativa. Durante o estudo

piloto, os questionários foram testados e ajustados, refinando os aspectos logísticos do trabalho de campo.

5.6 PERÍODO DO ESTUDO

A coleta de dados foi realizada de março de 2017 a agosto de 2017 (6 a 8 meses após a implementação completa da intervenção PPA). Devido às variações no tamanho dos hospitais, o tempo necessário para a coleta de dados variou de 1 a 4 meses, dependendo do número total de nascimentos por mês em cada hospital participante. Isso resultou em uma diferença de 4 meses entre o primeiro e o último hospital no preenchimento da coleta de dados.

5.7 COLETA DE DADOS

No início do trabalho de campo, o supervisor responsável por cada hospital entrevistou o diretor do hospital ou o chefe de obstetrícia ou de enfermagem do centro obstétrico. A entrevista centrou-se na estrutura e nos processos do hospital, levando em conta os quatro direcionadores do PPA.

Entrevistadores treinados, 90% dos quais eram enfermeiras obstétricas ou obstetizes, conduziram a coleta de dados com as puérperas. Todas as mulheres que foram admitidas para o parto após o início do trabalho de campo e que preencheram os critérios de elegibilidade foram convidadas a participar do estudo, até que 400 participantes fossem entrevistadas em cada hospital. Nascimentos que ocorreram nos fins de semana e feriados foram incluídos.

As mulheres foram entrevistadas pessoalmente - pelo menos 6 horas após um parto vaginal e 12 horas após uma cesariana - depois de terem lido e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. Esta entrevista incluiu perguntas sobre identificação materna; condição socioeconômica; história obstétrica prévia; dados antropométricos maternos; cuidados pré-natais; doenças e medicação durante a gestação, parto e nascimento; e avaliação dos cuidados recebidos pela mulher e pelo recém-nascido.

Também foram extraídos dados de prontuários de mulheres e neonatos após a alta hospitalar, incluindo cartões de pré-natal e exames de ultrassonografia. Coletou-se informações referentes ao pré-natal, admissão hospitalar, parto/nascimento, cuidados com o bebê, uso de medicação e intervenção. Em caso de internação prolongada os dados foram coletados no 28º dia de internação neonatal e 42º dia de internação da mulher. Em caso de transferência

hospitalar, as informações foram coletadas dos prontuários de onde a puérpera e/ou recém-nascidos foram liberados.

Em uma segunda entrevista, com duração aproximada de 3 minutos, as mulheres foram contatadas por telefone entre 43 e 60 dias após o nascimento, para obtenção de informações sobre: infecções maternas, hemorragia, re-hospitalização e morte; em relação ao lactente - problemas respiratórios, infecções, icterícia, re-hospitalização, amamentação e morte. A mesma equipe de entrevistadores que coletou dados no hospital realizou as entrevistas telefônicas. Buscou-se realizar a entrevista telefônica prioritariamente com as mulheres, porém, no caso de impossibilidade, as perguntas foram respondidas por um parente próximo ou companheiro.

5.8 ANÁLISE DOS DADOS

Nesta análise foram utilizadas informações obtidas na entrevista com a puérpera realizada no hospital, dados do cartão de pré-natal e dados do prontuário hospitalar.

As análises foram realizadas segundo classificação da mulher em população “piloto” (população alvo do PPA) ou “não piloto” (população não alvo do PPA). Na primeira fase do PPA, cada hospital definiu sua população alvo da intervenção, que estamos denominando população piloto, conforme descrição abaixo:

Hospitais 1, 2, 3, 7, 9 e 10: mulheres com admissão e parto pelo plantão.

Hospitais 4 e 8: mulheres pertencentes aos grupos 1 a 4 de Robson (nulíparas e múltiparas sem cesariana prévia, com gestações únicas, a termo, em apresentação cefálica).

Hospital 5: mulheres primíparas e múltiparas, sem cesariana prévia, admitidas pelo plantão.

Hospitais 6 e 12: mulheres primíparas.

Hospital 11: mulheres pertencentes aos grupos 1 a 4 de Robson e partos vaginais acompanhados pelo plantão.

Na primeira etapa da análise de dados, foi realizada a descrição da proporção de mulheres pertencentes à população piloto e não piloto em cada hospital, bem como da proporção de mulheres que apresentou trabalho de parto, das que foram acompanhadas no trabalho de parto por enfermeiras ou obstetrias (modelo colaborativo), a proporção de partos vaginais, e a proporção de partos vaginais assistidos por enfermeiras.

Para o cálculo da proporção de mulheres atendidas em trabalho colaborativo, foi considerado como numerador o número de mulheres com assistência ao trabalho de parto

realizado por enfermeiras, de forma isolada e/ou em colaboração com a equipe médica, em relação ao total de mulheres que apresentaram trabalho de parto. Foram consideradas duas fontes para a informação referente ao trabalho colaborativo, a obtida na entrevista com a mulher e a informação registrada em prontuário, que serão apresentadas separadamente para todos os indicadores calculados. Para o cálculo da proporção de mulheres com assistência ao parto vaginal por enfermeiras, será considerado como numerador o número de mulheres com parto vaginal assistido por enfermeiras em relação ao total de mulheres com parto vaginal.

Na segunda etapa, foi realizada a descrição das características das mulheres da população piloto com trabalho de parto, e sua comparação com as características das demais mulheres atendidas nos 12 hospitais (mulheres da população piloto que não apresentaram trabalho de parto e mulheres da população não piloto).

As características verificadas foram: características demográficas (idade, cor da pele autorreferida), socioeconômicas (escolaridade, classe econômica, situação conjugal, trabalho remunerado), obstétricas (gestação de risco, classificação segundo grupos de Robson) e de assistência à gestação atual (conhecimento prévio sobre o PPA, preferência pelo tipo de parto no início da gestação, mudança da preferência pelo tipo de parto, informações e orientações recebidas sobre vantagens e desvantagens de cada tipo de parto). Foi considerada gestação de risco quando a mulher apresentou uma das seguintes condições durante a gestação: síndromes hipertensivas (hipertensão crônica, hipertensão na gestação, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP), diabetes gestacional e não gestacional, diagnóstico de infecção no momento da admissão hospitalar, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, doença cardíaca, hepática ou renal crônica.

Na terceira etapa da análise foi estimada a adequação da assistência ao trabalho de parto no modelo colaborativo e a assistência ao parto vaginal prestada por enfermeira, com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%), nas mulheres da população piloto, utilizando como parâmetro as recomendações da OMS (WHO, 1996) e do MS (BRASIL, 2016b).

Na quarta etapa, foi verificado se haviam diferenças na adequação das boas práticas na assistência ao trabalho de parto em mulheres atendidas em modelo colaborativo na população piloto e não piloto.

Na quinta etapa, foram analisadas apenas as mulheres da população piloto, comparando-se as práticas assistenciais em mulheres assistidas por enfermeiras, de forma isolada ou no

modelo colaborativo, em relação àquelas atendidas apenas por profissionais médicos, durante o trabalho de parto ou no parto vaginal.

Por último, foram comparadas as características demográficas, socioeconômicas, obstétricas e da gestação atual das mulheres da população piloto, que tiveram trabalho de parto, acompanhadas apenas por médicos ou no modelo colaborativo, para verificar se haviam diferenças no perfil da população que pudessem ter afetado as práticas assistenciais.

Em todas as análises bivariadas foi utilizado o teste chi-quadrado, com nível de significância de 0,05, para verificar diferenças entre proporções.

Para análise dos dados foi utilizado o programa estatístico R versão 3.6.1 de 2019 (R Core Team, 2019). Foi utilizada análise para amostras complexas com inclusão do efeito de desenho e feita ponderação dos dados pelo inverso da probabilidade de seleção, já que os hospitais têm número de partos diferente e as mulheres tiveram probabilidades de seleção diferente em cada hospital, dado que o número de entrevista por hospital foi fixo.

Para avaliação da adequação das práticas assistenciais, foram utilizadas as recomendações da OMS e do MS brasileiro. O Quadro 2 foi elaborado com base na classificação em quatro categorias de práticas comuns na condução do parto vaginal da OMS, porém com algumas adaptações desenvolvidas a partir de evidências científicas atualizadas e publicadas pelo MS, reclassificando e incorporando novas práticas às recomendações anteriores (WHO, 1996; BRASIL, 2016b). Dessa forma, práticas para as quais não havia evidência científica no documento da OMS de 1996 foram reclassificadas a partir das evidências apresentadas no documento do MS de 2016, permanecendo apenas uma prática no grupo “Práticas sem evidência científica”.

Quadro 2. Boas práticas na atenção ao trabalho de parto e parto segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde.

PRÁTICA ASSISTENCIAL	Documento OMS (1996)	Documento MS (2016)	Avaliação neste estudo
PRÁTICAS BENÉFICAS			
Reavaliação do risco gestacional no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto	SIM	NÃO	NÃO
Se a mulher tem um plano de parto escrito, ler e discutir com ela.	SIM	SIM	SIM
Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento	SIM	SIM	NÃO
Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto	SIM	SIM	SIM
Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto	SIM	SIM	SIM
Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto	SIM	SIM	SIM

Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto	SIM	SIM	SIM
Fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem	SIM	SIM	SIM
Métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto	SIM	SIM	SIM
Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente	SIM	SIM	NÃO
Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e descontaminação adequada de materiais reutilizáveis durante todo o trabalho de parto e parto	SIM	SIM	NÃO
Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta	SIM	SIM	NÃO
Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do Parto	SIM	SIM	SIM
Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto	SIM	SIM	SIM
Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, por exemplo pelo uso do partograma da OMS	SIM	SIM	SIM
Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue	SIM	SIM	SIM
Condições estéreis ao cortar o cordão	SIM	NÃO	NÃO
Prevenir hipotermia do bebê	SIM	NÃO	NÃO
Estimular as mulheres a ter contato pele-a-pele imediato com a criança logo após o nascimento.	SIM	NÃO	SIM
Estimular o início precoce do aleitamento materno, idealmente na primeira hora de vida	SIM	SIM	SIM
Examinar rotineiramente a placenta e as membranas ovulares	SIM	SIM	NÃO
Uso da técnica de “mãos sobre” (proteger o períneo e flexionar a cabeça fetal) ou da técnica de “mãos prontas” (com as mãos sem tocar o períneo e a cabeça fetal, mas preparadas para tal) para facilitar o parto espontâneo	NÃO	SIM	NÃO
Tração controlada do cordão após sinais de separação placentária e secção do cordão	NÃO	SIM	NÃO
Realizar o clampeamento do cordão umbilical entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contraindicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal	NÃO	SIM	NÃO
A profilaxia da oftalmia neonatal deve ser realizada de rotina nos cuidados com o recém-nascido	NÃO	SIM	NÃO
Todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica	NÃO	SIM	NÃO
Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido.	NÃO	SIM	SIM
PRÁTICAS PREJUDICIAIS			
Uso rotineiro de enema	SIM	SIM	SIM
Uso rotineiro de tricotomia	SIM	SIM	SIM
Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto	SIM	SIM	SIM
Cateterização venosa profilática de rotina	SIM	SIM	SIM
Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto	SIM	SIM	SIM
Exame retal	SIM	SIM	NÃO
Uso de pelvimetria por raios-X	SIM	NÃO	NÃO
Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos	SIM	SIM	SIM
Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto	SIM	SIM	SIM
Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto	SIM	SIM	NÃO

Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto	SIM	SIM	NÃO
Uso de comprimidos orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias	SIM	SIM	NÃO
Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto	SIM	SIM	NÃO
Lavagem rotineira do útero depois do parto	SIM	NÃO	NÃO
Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do Parto	SIM	SIM	NÃO
A estimulação elétrica transcutânea não deve ser utilizada em mulheres em trabalho de parto estabelecido	NÃO	SIM	NÃO
Amniotomia precoce de rotina (romper a bolsa d'água) no primeiro período do trabalho parto	NÃO	SIM	SIM
A manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto	NÃO	SIM	SIM
PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA			
Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante o terceiro estágio do parto-dequitação	SIM	NÃO	NÃO
PRÁTICAS UTILIZADAS DE FORMA INADEQUADA			
Parto operatório	SIM	SIM	NÃO
Uso liberal ou rotineiro de episiotomia	SIM	SIM	SIM
Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto	SIM	SIM	NÃO
Cateterização da bexiga	SIM	NÃO	NÃO
Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto	SIM	SIM	SIM
Exames vaginais repetidos e frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços	SIM	SIM	NÃO
Controle da dor por agentes sistêmicos/analgesia peridural	SIM	SIM	SIM
Monitoramento eletrônico fetal	SIM	SIM	SIM
Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto	SIM	SIM	SIM
Utilização de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao parto	SIM	SIM	NÃO
Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina	SIM	SIM	SIM

Fonte: adaptado de OMS (1996) e BRASIL (2016b)

Para todas as práticas para as quais dispomos de informação foram analisados os indicadores descritos no quadro 2. O denominador dos indicadores relativos ao trabalho de parto é o total de mulheres que tiveram trabalho de parto espontâneo ou induzido. Para os indicadores relativos ao parto vaginal, o denominador é o total de mulheres que tiveram parto vaginal.

Ambas as informações - diagnóstico de trabalho de parto e tipo de parto - foram obtidas no prontuário hospitalar. Para os indicadores respeito ao plano de parto e uso de anestesia na sutura perineal, o denominador incluiu apenas mulheres que poderiam ter recebido a intervenção constante no numerador (mulheres que elaboraram plano de parto e mulheres com episiotomia ou com necessidade de sutura perineal, respectivamente).

Algumas práticas classificadas em diferentes categorias são complementares. Por exemplo, ter recebido dieta (prática benéfica) ou ter ficado em jejum (prática prejudicial), medem o mesmo aspecto da prática assistencial. O mesmo ocorre para liberdade de

movimentação e sobre adoção de posições não supinas. Nesses casos, optamos em medir apenas o indicador que afere a prática considerada benéfica.

Alguns itens avaliados no estudo como componentes da satisfação com o atendimento hospitalar foram usados como proxy para as boas práticas recomendadas pela OMS (1996) e MS (2016b). Questionou-se à mulher se a sua intimidade foi respeitada durante o exame físico e atendimento, sendo esta pergunta utilizada como proxy do critério “respeito à privacidade”. As questões sobre o tempo disponível para fazer perguntas sobre questões relacionadas à saúde ou tratamento e a clareza com que os profissionais de saúde deram informações foram usadas como proxy de “informação”; e o respeito dos profissionais durante a internação para o parto e a possibilidade de participar junto com a equipe de saúde das decisões sobre o trabalho de parto e parto foram usadas como proxy de “apoio empático”.

Para a avaliação da adequação da assistência ao trabalho de parto no modelo colaborativo, da assistência ao parto vaginal por enfermeira, e da adequação das práticas assistenciais utilizadas durante o cuidado ao trabalho de parto e parto vaginal, foi utilizado como padrão de avaliação: “satisfatória”, se $\geq 75\%$; “intermediário”, se na faixa de 50 a 74%; “insatisfatória”, se na faixa de 25 a 49%; e “muito insatisfatória”, se inferior a 25% (Quadro 3). No caso de práticas prejudiciais, o padrão utilizado foi contrário, ou seja, “muito insatisfatória”, se $\geq 75\%$; “insatisfatória”, se na faixa de 50 a 74%; “intermediário”, se na faixa de 25 a 49%; e “satisfatória”, se inferior a 25% (Quadro 3).

Quadro 3. Critérios, medidas e padrão de julgamento para análise da adequação da assistência ao trabalho de parto e parto vaginal por enfermeiras

Assistência ao trabalho de parto			
Critério	Medidas	Fonte	Parâmetro
Práticas benéficas			
Presença de acompanhante no TP	Proporção de parturientes em trabalho de parto que tiveram um acompanhante no TP	Presença de acompanhante = entrevista com a mulher	$\geq 75\%$ = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório
Dieta	Proporção de parturientes em trabalho de parto à qual foi oferecida dieta	Dieta = entrevista com a mulher	$\geq 75\%$ = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório

Liberdade de posição e movimentação	Proporção de parturientes em trabalho de parto que referiram ter liberdade de movimentação	Liberdade de posição e movimentação = entrevista com a mulher	≥75% = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório
Uso de partograma	Proporção de parturientes em trabalho de parto com partograma com ao menos um registro de dilatação e/ou BCF	Partograma com registro = prontuário hospitalar	≥75% = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório
Métodos não farmacológicos (MNF) para alívio da dor	Proporção de parturientes em trabalho de parto que referiram uso de algum método não farmacológico para alívio da dor (chuveiro, banheira, bola, massagem, banquinho, cavalinho, outros)	Uso de MNF = entrevista com a mulher	≥75% = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório
Plano de parto	Proporção de parturientes em trabalho de parto que tiveram o plano de parto respeitado	Plano de parto respeitado = entrevista com a mulher; Denominador = mulheres em TP que referiram ter feito plano de parto (Fonte: TP = prontuário hospitalar; plano de parto elaborado = entrevista com a mulher)	≥75% = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório
Assistência ao parto vaginal			
Critério	Medidas	Fonte	Parâmetro
Práticas benéficas			
Presença de acompanhante durante o parto vaginal	Proporção de parturientes que tiveram um acompanhante no parto	Presença de acompanhante no parto = entrevista com a mulher	≥75% = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório
Posição adotada no parto vaginal	Proporção de parturientes que referiram posições não supinas durante o parto vaginal	Posição adotada no parto vaginal = entrevista com a mulher	≥75% = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório

Anestesia durante a sutura do períneo (pós episiotomia ou laceração)	Proporção de puérperas que receberam anestesia durante a sutura do períneo	Numerador: anestesia durante a sutura. Fonte = prontuário hospitalar; Denominador: número de mulheres que receberam episiotomia ou que precisaram de sutura. Fonte = prontuário hospitalar	≥75% = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório
Ocitocina profilática	Proporção de puérperas que receberam ocitocina profilática no pós-parto imediato	Ocitocina profilática = prontuário hospitalar	≥75% = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório
Contato pele a pele	Proporção de puérperas que referiram contato pele a pele imediato com o bebê	Contato pele a pele imediato = entrevista com a mulher	≥75% = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório
Amamentação	Proporção de puérperas que referiram ter amamentado o bebê na sala de parto	Amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido = entrevista com a mulher	≥75% = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório
Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento	Proporção de puérperas que referiram encaminhamento para o quarto acompanhadas pelo recém-nascido	Não separação mãe-bebê = entrevista com a mulher	≥75% = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório
Privacidade *	Proporção de parturientes em trabalho de parto que considerou bom ou excelente a maneira como sua intimidade foi respeitada	Respeito à privacidade = entrevista com a mulher	≥75% = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório
Tempo disponível dos profissionais *	Proporção de parturientes em trabalho de parto que considerou bom ou excelente o tempo disponível dos profissionais para fazer perguntas	Tempo = entrevista com a mulher	≥75% = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório

Clareza das informações*	Proporção de puérperas que considerou bom ou excelente a clareza com que as informações foram fornecidas	Clareza = entrevista com a mulher	≥75% = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório
Respeito dos profissionais*	Proporção de parturientes em trabalho de parto que considerou bom ou excelente o respeito recebido pelos profissionais	Respeito = entrevista com a mulher	≥75% = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório
Participação no processo de decisão *	Proporção de parturientes em trabalho de parto que considerou bom ou excelente a possibilidade de participar junto com a equipe de saúde das decisões sobre o seu trabalho de parto	Participação das decisões = entrevista com a mulher	≥75% = satisfatório; 50-74% = intermediário; 25 a 49% = insatisfatório < 25% = muito insatisfatório
Assistência ao trabalho de parto			
Critério	Medidas	Fonte	Parâmetro
Práticas prejudiciais ou com uso excessivo/inadequado			
Infusão intravenosa	Proporção de parturientes em trabalho de parto que foram submetidas à infusão intravenosa	Infusão intravenosa = prontuário hospitalar	≥75% = muito insatisfatório 50-74% = insatisfatório; 25 a 49% = intermediário; < 25% = satisfatório
Cateterização venosa	Proporção de parturientes em trabalho de parto que foram submetidas à colocação de acesso venoso	Cateterização venosa = prontuário hospitalar	≥75% = muito insatisfatório 50-74% = insatisfatório; 25 a 49% = intermediário; < 25% = satisfatório
Amniotomia precoce	Proporção de parturientes em trabalho de parto que referiram amniotomia	Amniotomia = entrevista com a mulher	≥75% = muito insatisfatório 50-74% = insatisfatório; 25 a 49% = intermediário; < 25% = satisfatório
Enema	Proporção de parturientes em trabalho de parto que foram submetidas à lavagem intestinal	Enema antes do parto = prontuário hospitalar	≥75% = muito insatisfatório 50-74% = insatisfatório;

			25 a 49% = intermediário; < 25% = satisfatório
Tricotomia	Proporção de parturientes em trabalho de parto que foram submetidas à tricotomia	Tricotomia antes do parto = prontuário hospitalar	≥75% = muito insatisfatório 50-74% = insatisfatório; 25 a 49% = intermediário; < 25% = satisfatório
Transferência para outra sala	Proporção de parturientes em trabalho de parto que referiram mudar para outra sala no momento do parto	Transferência de sala = entrevista com a mulher	≥75% = muito insatisfatório 50-74% = insatisfatório; 25 a 49% = intermediário; < 25% = satisfatório
Monitoramento eletrônico fetal	Proporção de parturientes em trabalho de parto que realizou exame de cardiocotografia (CTG) no TP	Monitoramento eletrônico fetal = prontuário hospitalar	≥75% = muito insatisfatório 50-74% = insatisfatório; 25 a 49% = intermediário; < 25% = satisfatório
Ocitocina	Proporção de parturientes em trabalho de parto que foi submetida à infusão de ocitocina no TP	Ocitocina = entrevista com a mulher e prontuário hospitalar	≥75% = muito insatisfatório 50-74% = insatisfatório; 25 a 49% = intermediário; < 25% = satisfatório
Analgesia	Proporção de parturientes em trabalho de parto que foi submetida à analgesia no TP	Analgesia = prontuário hospitalar	≥75% = muito insatisfatório 50-74% = insatisfatório; 25 a 49% = intermediário; < 25% = satisfatório
Assistência ao parto vaginal			
Critério	Medidas	Fonte	Parâmetro
Práticas prejudiciais ou com uso excessivo/inadequado			
Manobra de Kristeller (pressão no fundo de útero)	Proporção de parturientes que referiram ter recebido pressão no fundo do útero	Manobra de Kristeller = entrevista com a mulher	≥75% = muito insatisfatório 50-74% = insatisfatório; 25 a 49% = intermediário; < 25% = satisfatório
Episiotomia	Proporção de parturientes que receberam episiotomia	Episiotomia = prontuário hospitalar	≥75% =

			muito insatisfatório 50-74% = insatisfatório; 25 a 49% = intermediário; < 25% = satisfatório
--	--	--	---

*informações coletadas apenas um momento na entrevista, sem referência ao período da assistência.

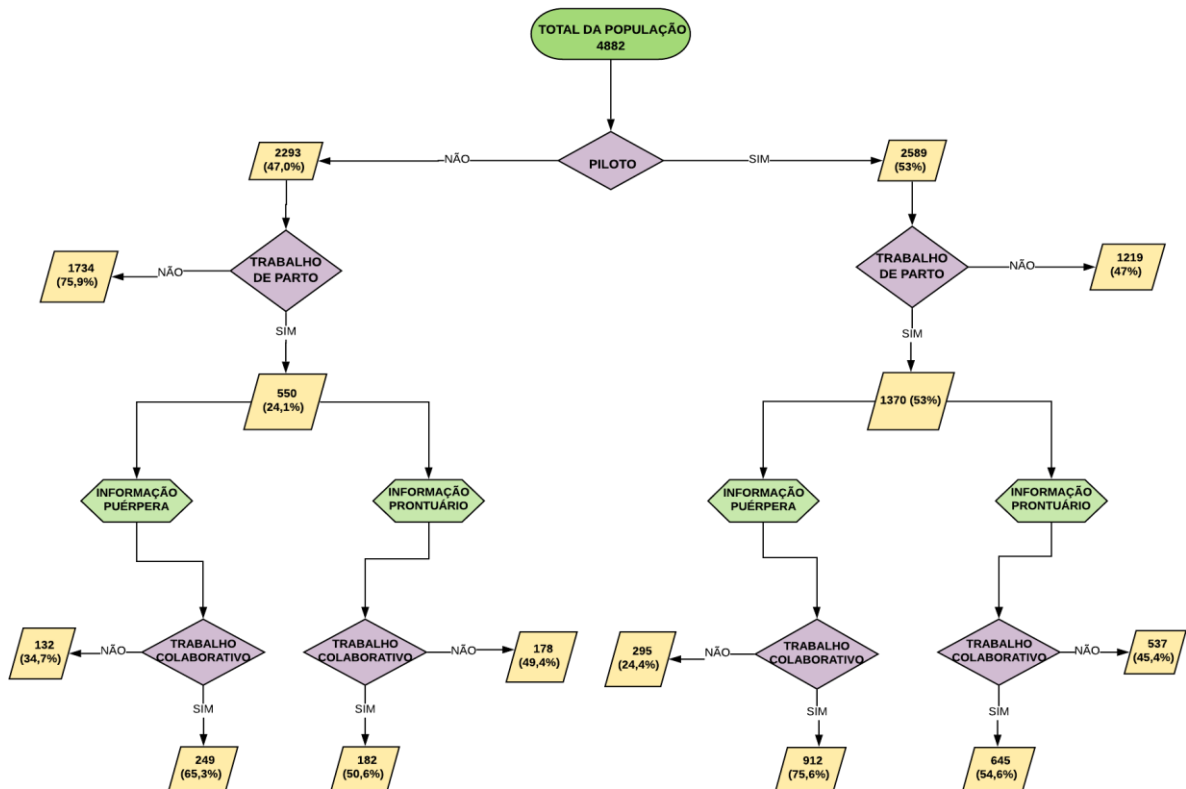
6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 196/96. O comitê de ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (CEP / ENSP) aprovou este estudo sob o protocolo de pesquisa CAAE: 1.761.027 (data de aprovação: 16 de janeiro de 2017). Antes de iniciar a entrevista, o entrevistador leu em voz alta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e recebeu o consentimento por escrito do entrevistado. O participante recebeu uma cópia contendo todos os detalhes da pesquisa.

7 RESULTADOS

Foram entrevistadas 4.882 mulheres, sendo 53% da população piloto e 47% da população não piloto. Das mulheres da população piloto, 52,9% entraram em trabalho de parto espontâneo ou induzido, sendo esse valor de 24,1% para a população não piloto. Dentre as mulheres com trabalho de parto, 75,6% da população piloto, e 65,3% da população não piloto, referiram ter sido acompanhadas por médicos e enfermeiras em trabalho colaborativo segundo relato da mulher. Quando considerada a informação registrada em prontuário, esse valor foi de 54,6% para a população piloto e 50,6% para a população não piloto. Ressalta-se que houve perda da informação referente ao profissional que acompanhou o trabalho de parto, tanto segundo relato da puérpera, quanto segundo o registro em prontuário, para ambas as populações, sendo a maior perda para informação de prontuário da população não piloto (34,5%). A figura 3 apresenta o fluxograma da população incluída nesta análise.

Figura 3. Fluxograma da população incluída na análise



Fonte: autoria própria

Devido ao peso amostral, houve variação de 153 (hospital 2) a 1.117 (hospital 11) mulheres entrevistadas em cada unidade hospitalar. A proporção de população piloto variou de 10,8% a 72,7% entre os hospitais, sendo o maior valor observado no hospital em que todas as mulheres admitidas pelo plantão eram consideradas população piloto. A proporção de mulheres com trabalho de parto espontâneo ou induzido variou de 40,9% a 72,2% na população piloto e de 4,5% a 31,8% na população não piloto. Segundo relato da mulher, a proporção de mulheres assistidas em trabalho colaborativo na população piloto variou de 14,5% a 94,8%, e na população não piloto de 8,7% a 94,1%. Segundo informação registrada em prontuário, esses valores variaram de 0 a 95,3% e 4 a 100%, respectivamente. No total, 32,6% da população piloto e 11,9% da população não piloto tiveram parto vaginal, com variação de 20,1% a 55,7% na população piloto e de 5,1% a 23,2% na população não piloto. Do total de partos vaginais, 2,2% foi assistido por enfermeira na população piloto e 0,7% na população não piloto, com variação de 0 a 13,4% na população piloto e 0 a 3,2% na população não piloto. (Tabela 1).

Tabela 1. Proporção de mulheres segundo população piloto e não piloto, presença de trabalho de parto, assistência em trabalho colaborativo, parto vaginal e parto vaginal assistido por enfermeira nos 12 hospitais participantes do estudo “Nascer Saudável”. Brasil, 2017.

Hospital	n	Proporção da população		Proporção da população com TP*		Proporção de trabalho colaborativo** na população com TP				Proporção da população com parto vaginal		Proporção de parto vaginal assistido por enfermeira	
		Piloto	Não piloto	Piloto	Não piloto	Relato puérpera		Registro prontuário		Piloto	Não piloto	Piloto	Não piloto
						Piloto	Não piloto	Piloto	Não piloto				
1	225	29,6	70,4	63,3	25,9	90,6	63,6	95,2	87,5	34,4	10,8	2,4	0,0
2	153	10,8	89,2	56,8	19,4	37,5	35,3	0,0	6,7	31,3	5,8	0,0	0,0
3	293	32,5	67,5	72,2	17,5	55,4	35,7	1,5	5,9	55,7	5,1	0,0	0,0
4	220	57,4	42,6	60,5	31,8	14,5	8,7	4,2	4,0	43,5	17,9	1,0	3,2
5	191	45,2	54,8	71,4	18,3	94,8	94,1	94,8	92,9	53,0	9,8	1,0	0,0
6	571	62,4	37,6	42,1	29,4	35,7	29,4	2,7	6,4	20,1	16,3	2,0	0,0
7	329	51,9	48,1	64,6	20,6	83,7	71,4	14,3	10,5	37,8	7,7	0,0	0,0
8	618	55,0	45,0	56,4	27,0	90,8	91,5	88,2	97,8	38,8	9,1	1,1	0,0
9	329	72,7	27,3	54,2	4,5	87,9	75,0	68,9	100	32,4	21,6	13,4	0,0
10	328	45,8	54,3	53,6	22,2	78,3	67,7	44,0	48,1	33,3	10,6	1,6	0,0
11	1117	57,5	42,5	50,9	26,2	83,3	78,4	63,1	55,4	29,0	10,4	0,0	0,0
12	508	59,1	40,9	40,9	29,9	90,1	89,6	95,3	81,5	26,6	23,2	3,2	2,6
TOTAL	4882	53,0	47,0	53,0¹	24,1¹	75,6²	65,3²	54,6³	50,6³	32,6¹	11,9¹	2,2⁴	0,7⁴

*TP = trabalho de parto.

**Trabalho colaborativo = trabalho de parto assistido por enfermeira ou enfermeira e médico.

¹ p<0,001; ² p=0,001; ³ p=0,241; ⁴ p=0,163, teste estatístico qui-quadrado.

Definição da população piloto:

Hospitais 1, 2, 3, 7 e 10 = admissão e parto pelo plantão

Hospitais 4 e 8 = grupos 1 a 4 de Robson

Hospital 5 = primíparas e múltíparas sem cicatriz, admitidas pelo plantão

Hospitais 6 e 12 = primíparas

Hospital 9 = admissão pelo plantão

Hospital 11 = grupos 1 a 4 de Robson, partos vaginais realizados pelo plantão

A Tabela 2 apresenta uma comparação das características das mulheres incluídas na análise da adequação do trabalho colaborativo (população piloto com trabalho de parto) em relação às demais mulheres internadas nos hospitais do estudo (população não piloto e população piloto sem trabalho de parto). As mulheres não incluídas na análise apresentavam idade mais elevada, eram pertencentes a classes econômicas mais altas, viviam em maior proporção com companheiro e apresentavam gestações de risco em maior proporção. Já as mulheres da população piloto com trabalho de parto tinham maior preferência pelo parto vaginal no início da gestação e apresentaram menos mudança de preferência pelo tipo de parto ao longo da gestação. Quando comparados os grupos de Robson, verifica-se diferenças nas proporções nos grupos 1 e 3, mais frequentes na população piloto com trabalho de parto, e nos grupos 2, 5 a 10, mais frequentes no grupo das demais mulheres internadas. Não foram observadas diferenças significativas para as variáveis cor da pele, escolaridade, trabalho remunerado, informação recebida sobre riscos e benefícios dos tipos de parto e conhecimento prévio sobre o PPA.

Tabela 2. Características das mulheres segundo população internada nos hospitais privados. Brasil, 2017.

Características da mulher	População piloto com TP			Demais mulheres internadas			p-valor**
	n = 1370*	%	IC 95%	n= 3512*	%	IC 95%	
Características sócio-demográficas							
Idade							
< 20 anos	42	3,1	(2,1; 3,9)	41	1,2	(0,8; 1,5)	<0,001
De 20 a 34 anos	980	71,5	(69,1 ;73,9)	2131	60,7	(59,0 ;62,3)	
De 35 anos ou mais	348	25,4	(23,1 ;27,7)	1339	38,1	(36,5 ;39,7)	
Cor da pele							
Branca	911	66,5	(64,0; 69,0)	2394	68,2	(66,6 ;69,7)	0,208
Preta	75	5,5	(4,2 ;6,6)	154	4,4	(3,7 ;5,0)	
Parda	334	24,4	(22,1 ;26,6)	875	24,9	(23,5 ;26,3)	
Amarela	49	3,6	(2,5 ;4,5)	83	2,4	(1,8 ;2,8)	
Indígena	1	0,1	(-0,01 ;0,2)	3	0,1	(-0,01 ;0,2)	
Escolaridade							
Ensino Fundamental	62	4,6	(3,4 ;5,6)	145	4,1	(3,4 ;4,8)	0,224
Ensino Médio	565	41,5	(38,9 ;44,1)	1315	37,6	(35,9 ;39,2)	
Ensino Superior	365	26,8	(24,4 ;29,1)	1064	30,4	(28,8 ;31,9)	
Pós-graduação	369	27,1	(24,7 ;29,4)	974	27,8	(26,3 ;29,3)	
Classe econômica							
Classe A	362	26,4	(24,0 ;28,7)	1049	29,9	(28,3 ;31,3)	0,014
Classe B	730	53,3	(50,6 ;55,9)	1923	54,8	(53,1 ;56,4)	
Classe C	272	19,9	(17,7 ;21,9)	532	15,1	(13,9 ;16,3)	

Classe D	6	0,4	(0,0 ;0,7)	8	0,2	(0,0; 0,3)	
Situação Conjugal							
Vive com companheiro	1245	91,4	(89,9 ;92,9)	3009	94,1	(93,3 ;94,9)	<0,001
Trabalho remunerado	1102	80,9	(78,7 ;82,9)	2756	78,8	(77,4 ;80,1)	0,189
Gestação de risco	203	14,8	(12,9 ;16,7)	864	24,6	(23,1 ;26,0)	<0,001
Características obstétricas							
Classificação de Robson							
Grupo 1. Nulíparas, feto único, cefálico, > 37 semanas e TP espontâneo	718	52,4	(49,7 ;55,0)	99	2,8	(2,2 ;3,3)	<0,001
Grupo 2. Nulíparas, feto único, cefálico, > 37 semanas e TP induzido ou cesárea antes do TP	252	18,4	(16,3 ;20,4)	1.251	35,6	(34,0 ;37,2)	
Grupo 3. Multíparas, sem cesárea anterior, feto único, cefálico, > 37 semanas e TP espontâneo	182	13,3	(11,4 ;15,0)	68	1,9	(1,4 ;2,3)	
Grupo 4. Multíparas, sem cesárea anterior, feto único, cefálico, > 37 semanas, TP induzido ou cesárea antes do TP	50	3,6	(2,6 ;4,6)	140	4,0	(3,3 ;4,6)	
Grupo 5. Cesárea anterior, feto único, cefálico, > 37 semanas	53	3,8	(2,8 ;4,8)	1.166	33,2	(31,6 ;34,7)	
Grupo 6-9. Toda nulípara e multípara com feto único e pélvico + toda gestação múltipla + toda gestação com feto em situação transversa ou oblíqua	40	2,9	(2,0 ;3,8)	447	12,7	(11,6 ;13,8)	
Grupo 10. Toda gestação única, cefálica, < 36 semanas (incluindo cesárea anterior)	76	5,5	(4,3 ;6,7)	342	9,7	(8,7 ;10,7)	
Perfil assistencial							
Informação: parto vaginal x cesariana	971	71,1	(68,6 ;73,4)	2560	72,9	(71,4 ;74,4)	0,408
Conhecimento prévio sobre PPA	484	35,4	(32,8 ;37,8)	1124	32,0	(30,4 ;33,5)	0,071
Preferência tipo de parto no início da gestação							
Parto vaginal	1112	81,2	(79,1 ;83,2)	1653	47,1	(45,4 ;48,7)	<0,001
Cesariana	189	13,8	(11,9 ;15,6)	1502	42,8	(41,1 ;44,4)	
Sem preferência	69	5,0	(3,8 ; 6,1)	355	10,1	(9,1 ;11,1)	
Mudança de decisão ao longo da gestação	144	11,1	(9,4 ;12,8)	602	19,1	(17,7 ;20,4)	<0,001

*os n de cada variável podem variar devido a missing.

**teste qui-quadrado de Pearson

TP = Trabalho de parto.

Demais mulheres internadas = população piloto sem TP e população não piloto.

A tabela 3 apresenta as estimativas e respectivos intervalos de confiança da adequação das práticas assistenciais no trabalho de parto em mulheres da população piloto com trabalho colaborativo, definido segundo relato da puérpera ou registro em prontuário. Todas as práticas consideradas benéficas segundo as recomendações da OMS (WHO, 1996) e do MS (BRASIL, 2016) apresentaram desempenho satisfatório, com exceção do critério “oferta de dieta”, que no modelo colaborativo segundo informação da puérpera apresentou desempenho intermediário.

Dentre as práticas prejudiciais ou com uso excessivo/inadequado, os critérios “enema” e “tricotomia” apresentaram parâmetros satisfatórios no modelo colaborativo; “amniotomia” e “cardiotocografia fetal durante o trabalho de parto” apresentaram parâmetros intermediários; enquanto “infusão intravenosa”, “cateterização venosa”, “analgesia”, “ocitocina” e “transferência para outra sala” apresentaram parâmetros insatisfatórios.

Tabela 3. Adequação das práticas assistenciais durante o TP em mulheres da população piloto, assistidas em modelo colaborativo, segundo relato da puérpera e registro em prontuário.

Práticas assistenciais durante TP	Trabalho colaborativo na população piloto com TP			
	Relato puérpera		Registro prontuário	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Práticas Benéficas				
Presença de acompanhante	98,7	(97,9; 99,4)	98,3	(97,3; 99,3)
Oferta de dieta	68,3	(65,3; 71,3)	74,5	(71,0; 77,9)
Oferta de movimentação	91,4	(89,6; 93,2)	94,0	(92,1 ;95,9)
Uso de partograma	83,9	(81,2; 86,6)	85,9	(82,7 ;88,5)
Uso de métodos não farmacológicos	73,4	(70,5 ;76,2)	73,5	(70,0 ;76,9)
Plano de parto respeitado*	92,9	(88,8; 96,9)	93,9	(89,5 ;98,2)
Privacidade				
Bom/Excelente	96,3	(95,0; 97,5)	96,1	(94,6 ;97,6)
Tempo disponível dos profissionais				
Bom/Excelente	93,1	(91,4; 94,7)	93,6	(91,7; 95,5)
Clareza das informações				
Bom/Excelente	93,5	(91,9; 95,1)	94,9	(93,1 ;96,5)
Respeito dos profissionais				
Bom/Excelente	96,6	(95,4; 97,7)	96,7	(95,3 ;98,1)
Participação no processo de decisão				
Bom/Excelente	93,4	(91,7 ;95,0)	93,3	(91,4 ;95,2)
Práticas Prejudiciais Ou Com Uso Excessivo / Inadequado				
Infusão intravenosa	51,4	(48,1 ;54,6)	49,5	(45,6 ;53,4)
Cateterização venosa	65,8	(61,2 ;70,3)	68,9	(63,9 ;73,9)
Amniotomia	40,0	(36,1 ;43,9)	41,1	(36,4 ;45,7)
Enema	0,1	(-0,1; 0,3)	0,0	-
Tricotomia	4,1	(2,7; 5,4)	3,6	(2,1 ;5,0)
Analgesia	62,5	(59,2 ;65,7)	64,7	(60,9 ;68,3)
Ocitocina	60,4	(57,20 ;63,6)	60,3	(56,5 ;64,0)
CTG	36,1	(32,9; 39,2)	40,2	(36,4 ;44,0)
Transferência para outra sala	70,8	(67,2 ;74,4)	70,0	(65,7 ;74,2)

*Dentre as mulheres que fizeram plano de parto

TP = trabalho de parto

Trabalho colaborativo = trabalho de parto assistido por enfermeira ou enfermeira e médico

CTG = cardiografia fetal durante o trabalho de parto

Parâmetros:

Práticas benéficas:

≥75% = satisfatório

50-74% = intermediário

25-49% = insatisfatório

<25% = muito insatisfatório

Práticas prejudiciais ou com uso excessivo / inadequado:

≥75% = muito satisfatório

50-74% = insatisfatório

25-49% = intermediário

<25% = satisfatório

A tabela 4 apresenta as estimativas e respectivos intervalos de confiança da adequação das práticas assistenciais no parto vaginal em mulheres da população piloto assistidas por enfermeiras.

As práticas consideradas benéficas que alcançaram o parâmetro satisfatório foram: “presença de acompanhante”, “anestesia durante sutura do períneo”, “ocitocina profilática”, “contato pele a pele” e “amamentação na primeira hora de vida”. Os critérios “posição adotada no parto” e “não separação mãe-bebê na primeira hora de vida” foram avaliados como “muito

insatisfatório”. Em relação às práticas prejudiciais ou com uso excessivo/inadequado, a “manobra de Kristeller” apresentou adequação satisfatória, porém “episiotomia” se enquadrou no parâmetro intermediário.

Tabela 4. Adequação das práticas assistenciais em mulheres da população piloto que apresentaram parto vaginal assistido por enfermeira.

Práticas assistenciais durante o parto vaginal	%	Parto vaginal por enfermeira IC 95%
Práticas benéficas		
Presença de acompanhante	100,0	-
Posição no parto não supina	10,7	(-3,2 ;24,3)
Anestesia durante sutura do períneo	71,8	(44,9 ;115,0)
Ocitocina profilática	100,0	-
Contato pele a pele	69,5	(46,0 ;91,4)
Amamentação na primeira hora de vida	68,8	(46,0 ;91,4)
Não separação mãe-bebê na primeira hora de vida	15,5	(-0,5 ;33,8)
Práticas prejudiciais ou com uso excessivo / inadequado		
Manobra de Kristeller	10,7	(-3,2 ;24,3)
Episiotomia	24,7	(3,0 ;41,4)
Parâmetros:		
Práticas benéficas:		
≥75% = satisfatório		
50-74% = intermediário		
25-49% = insatisfatório		
<25% = muito insatisfatório		
Práticas prejudiciais ou com uso excessivo / inadequado:		
≥75% = muito satisfatório		
50-74% = insatisfatório		
25-49% = intermediário		
<25% = satisfatório		

As tabelas 5 e 6 apresentam a comparação entre as práticas assistenciais em mulheres da população piloto e não piloto assistidas pelo modelo colaborativo. Segundo registro no prontuário para definição de trabalho colaborativo, mulheres da população piloto apresentaram maior proporção de avaliação positiva em relação ao “respeito pelos profissionais” e menor proporção de “enema”, enquanto mulheres da população não piloto apresentaram menor proporção de “amniotomia” (tabela 5). Segundo informação da mulher para definição de trabalho colaborativo, houve maior proporção de “oferta de dieta”, “uso de partograma”, de “métodos não farmacológicos de alívio da dor” e de “uso de ocitocina” na população piloto (tabela 6). Para ambas as informações, mulheres piloto apresentaram menor proporção de “tricotomia”. Não foram verificadas diferenças significativas em relação às demais práticas avaliadas. (tabela 5 e 6).

Tabela 5. Práticas assistenciais durante o trabalho de parto colaborativo, em mulheres da população piloto e não piloto, considerando trabalho colaborativo segundo registro no prontuário. Brasil, 2017.

Práticas assistenciais	Trabalho colaborativo segundo registro em prontuário						p-valor*
	Piloto			Não piloto			
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Práticas benéficas							
Presença de acompanhante	593	98,3	(97,3; 99,3)	149	94,6	(91,4 ;98,3)	0,110
Oferta de dieta	452	74,5	(71,0; 77,9)	111	69,7	(62,2 ;76,5)	0,324
Oferta de movimentação	567	94,1	(92,1 ;95,9)	146	93,9	(89,7 ;97,4)	0,937
Uso de partograma	419	85,9	(82,7 ;88,5)	123	89,6	(84,7 ;94,8)	0,325
Uso de métodos não farmacológicos	474	73,4	(70,0 ;76,9)	118	64,5	(57,9 ;71,7)	0,103
Fez plano de parto	116	17,9	(15,0; 20,9)	37	20,2	(14,4 ;26,1)	0,281
Plano de parto respeitado**	108	93,6	(89,5 ;98,2)	34	92,7	(83,1 ;100,6)	0,798
Privacidade							
Bom/excelente	619	96,2	(94,6 ;97,6)	176	96,4	(94,1 ;99,3)	0,859
Regular/ruim	25	3,8	(2,4; 5,3)	7	3,6	(1,0 ;6,6)	
Tempo disponível dos profissionais							
Bom/excelente	603	93,6	(91,7; 95,5)	169	93,0	(89,1 ;96,6)	0,792
Regular/ruim	41	6,4	(4,4 ;8,2)	13	7,0	(3,4 ;10,8)	
Clareza das informações							
Bom/excelente	611	94,9	(93,1 ;96,5)	171	94,0	(90,4 ;97,4)	0,490
Regular/ruim	33	5,1	(3,4; 6,8)	11	6,0	(2,5 ;9,5)	
Respeito dos profissionais							
Bom/excelente	622	96,7	(95,3 ;98,1)	170	93,5	(89,8 ;97,0)	0,017
Regular/ruim	21	3,3	(1,89 ;4,64)	12	6,5	(2,9 ;10,2)	
Participação no processo de decisão							
Bom/excelente	601	93,4	(91,4 ;95,2)	169	92,8	(89,1 ;96,6)	0,678
Regular/ruim	43	6,6	(4,7; 8,6)	13	7,2	(2,9 ;10,2)	
Práticas prejudiciais ou com uso excessivo / inadequado							
Infusão intravenosa	319	49,5	(45,6 ;53,4)	84	46,1	(38,9 ;53,4)	0,452
Cateterização venosa	224	68,9	(63,9 ;73,9)	71	72,5	(63,6 ;81,2)	0,675
Amniotomia							
Sim	176	41,0	(36,4 ;45,7)	35	29,8	(21,4 ;37,9)	<0,001
Não	98	23,0	(18,9 ;26,8)	25	21,2	(13,8 ;28,5)	
Rotura espontânea	154	36,0	(31,4 ;40,5)	58	49,0	(40,1 ;58,1)	
Enema	0	0,0	-	2	1,1	(-04 ;2,6)	0,006
Tricotomia	23	3,6	(2,1 ;5,0)	15	8,3	(4,2 ;12,2)	<0,001
Analgesia	417	64,6	(60,9 ;68,3)	101	55,4	(48,2 ;62,7)	0,222
Ocitocina	389	60,3	(56,5 ;64,0)	102	55,9	(48,8 ;63,2)	0,359
CTG	259	40,2	(36,4 ;44,0)	55	30,2	(21,7 ;40,4)	0,076
Transferência para outra sala	317	69,9	(65,7 ;74,2)	88	72,2	(63,5 ;79,5)	0,721

*método estatístico empregado: qui-quadrado de Pearson; ** dentre as mulheres que fizeram plano de parto

Trabalho colaborativo = trabalho de parto assistido por enfermeira ou enfermeira e médico segundo registro no prontuário.

CTG = cardiografia fetal durante o trabalho de parto

Tabela 6. Práticas assistenciais durante o trabalho de parto colaborativo, em mulheres da população piloto e não piloto, considerando trabalho colaborativo segundo entrevista com a mulher. Brasil, 2017.

Práticas assistenciais	Trabalho colaborativo segundo entrevista com a mulher						p-valor*
	Piloto			Não piloto			
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Práticas benéficas							
Presença de acompanhante	899	98,7	(97,9; 99,4)	240	96,5	(94,5 ;98,9)	0,159
Oferta de dieta	623	68,3	(65,2 ;71,3)	145	58,4	(52,1 ;64,3)	0,023
Oferta de movimentação	834	91,4	(89,6 ;93,2)	218	88,5	(84,6 ;92,5)	0,096
Uso de partograma	611	83,9	(81,2 ;86,6)	139	71,3	(64,9 ;77,6)	0,006
Uso de métodos não farmacológicos	669	73,4	(70,4 ;76,2)	158	63,5	(57,4 ;69,4)	0,002
Fez plano de parto	155	17,0	(14,5 ;19,4)	30	12,2	(8,0 ;16,0)	0,316
Plano de parto foi respeitado **	144	92,9	(88,8 ;96,9)	26	87,1	(74,5 ;98,8)	0,160
Privacidade							
Bom/Excelente	874	96,3	(95,0 ;97,4)	241	96,9	(94,6 ;98,9)	0,624
Regular/Ruim	34	3,7	(2,5 ;4,9)	8	3,1	(1,0 ;5,4)	
Tempo disponível dos profissionais							
Bom/Excelente	848	93,1	(91,4 ;94,7)	234	94,0	(91,0 ;96,9)	0,713
Regular/Ruim	63	6,9	(5,2 ;8,5)	15	6,0	(3,0 ;8,9)	
Clareza das informações							
Bom/Excelente	852	93,5	(91,9 ;95,1)	233	93,7	(90,5 ;96,6)	0,956
Regular/Ruim	59	6,5	(4,8 ;8,0)	16	6,3	(3,3 ;9,4)	
Respeito dos profissionais							
Bom/Excelente	880	96,6	(95,4 ;97,7)	236	94,6	(92,0 ;97,5)	0,238
Regular/Ruim	31	3,4	(2,2 ;4,5)	13	5,4	(2,4 ;7,9)	
Participação no processo de decisão							
Bom/Excelente	847	93,4	(91,7 ;95,0)	230	93,2	(89,9 ;96,2)	0,917
Regular/Ruim	60	6,6	(5,0 ; 8,2)	17	6,8	(3,7 ;10,0)	
Práticas prejudiciais ou com uso excessivo / inadequado							
Infusão intravenosa	468	51,4	(48,1 ;54,6)	123	49,4	(43,1 ;55,6)	0,595
Cateterização venosa	271	65,8	(61,2 ;70,3)	70	69,2	(60,3 ;78,3)	0,608
Amniotomia	240	40,0	(36,0 ;43,9)	44	28,9	(21,8 ;36,3)	0,135
Enema	1	0,1	(-0,1; 0,3)	2	1,0	(-0,3 ;2,4)	0,135
Tricotomia	34	4,1	(2,7; 5,4)	19	9,5	(5,5 ;13,8)	<0,001
Analgesia	525	62,5	(59,2 ;65,7)	126	63,3	(56,6 ;70,0)	0,920
Ocitocina	530	60,4	(57,2 ;63,6)	118	53,1	(46,3 ;59,4)	0,055
CTG	329	36,1	(32,9; 39,1)	63	25,2	(19,9 ;30,7)	0,070
Transferência para outra sala	434	70,8	(67,2 ;74,4)	110	80,2	(73,0 ;86,4)	0,183

*Método estatístico empregado: qui-quadrado de Pearson.

** Dentre as mulheres que fizeram plano de parto.

Trabalho colaborativo = trabalho de parto assistido por enfermeira ou enfermeira e médico segundo registro no prontuário.

CTG = cardiografia fetal durante o trabalho de parto.

A comparação das práticas assistenciais no trabalho de parto em mulheres da população piloto assistidas em modelo colaborativo ou apenas por médicos evidenciou algumas diferenças significativas. Considerando a definição de trabalho colaborativo segundo registro em prontuário, mulheres no modelo colaborativo apresentaram maior proporção de “oferta de dieta” e de “movimentação” e “maior uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor” durante o trabalho de parto (tabela 7). Já para a definição de trabalho colaborativo segundo relato da puérpera, mulheres no modelo colaborativo apresentaram maior “uso de métodos não

farmacológicos para alívio da dor” e menor uso de “enema” (Tabela 8). Não foram verificadas diferenças significativas em relação às demais práticas avaliadas. (tabelas 7 e 8).

Tabela 7. Práticas assistenciais durante o trabalho de parto segundo modelo de assistência por médico ou em trabalho colaborativo, considerando trabalho colaborativo segundo registro no prontuário. Brasil, 2017.

Práticas assistenciais	Trabalho colaborativo			Médico			p-valor*
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Práticas benéficas							
Presença de acompanhante	593	98,3	(97,3; 99,3)	479	98,8	(97,7 ;99,7)	0,622
Oferta de dieta	452	74,5	(71,0; 77,9)	286	56,6	(52,3 ;60,9)	0,001
Oferta de movimentação	567	94,0	(92,1 ;95,9)	433	89,3	(86,5 ;92,0)	0,004
Uso de partograma	419	85,9	(82,7 ;88,5)	459	89,1	(86,4 ;91,8)	0,389
Uso de métodos não farmacológicos	474	73,5	(70,0 ;76,9)	332	61,8	(57,7 ;65,9)	<0,001
Fez plano de parto	116	18,0	(15,0; 20,9)	86	16,0	(12,9 ;19,1)	0,694
Plano de parto foi respeitado**	108	93,9	(89,5 ;98,2)	84	97,7	(94,5 ;100,8)	0,229
Privacidade							
Bom/excelente	619	96,1	(94,6 ;97,6)	512	96,8	(95,2 ;98,3)	0,530
Regular/ruim	25	3,9	(2,4; 5,3)	17	3,2	(1,7 ;4,7)	
Tempo disponível dos profissionais							
Bom/excelente	603	93,6	(91,7; 95,5)	502	94,5	(92,6 ;96,4)	0,617
Regular/ruim	41	6,4	(4,4 ;8,2)	29	5,5	(3,5 ;7,4)	
Clareza das informações							
Bom/excelente	611	94,9	(93,1 ;96,5)	495	93,2	(91,0 ;95,3)	0,315
Regular/ruim	33	5,1	(3,4; 6,8)	36	6,8	(4,6 ;8,9)	
Respeito dos profissionais							
Bom/excelente	622	96,7	(95,3 ;98,1)	518	97,6	(96,2 ;98,8)	0,481
Regular/ruim	21	3,3	(1,89 ;4,64)	13	2,4	(1,1 ;3,7)	
Participação no processo de decisão							
Bom/excelente	601	93,3	(91,4 ;95,2)	501	95,1	(93,2 ;96,9)	0,480
Regular/ruim	43	6,7	(4,7; 8,6)	26	4,9	(3,0 ;6,7)	
Práticas prejudiciais ou com uso excessivo / inadequado							
Infusão intravenosa	319	49,5	(45,6 ;53,4)	268	49,9	(45,6 ;54,1)	0,971
Cateterização venosa	224	68,9	(63,9 ;73,9)	148	55,2	(49,2 ;61,1)	0,165
Amniotomia							
Sim	176	41,1	(36,4 ;45,7)	140	38,7	(33,6 ;43,7)	0,905
Não	98	22,9	(18,9 ;26,8)	84	23,2	(18,8 ;27,5)	
Rotura espontânea							
Enema	0	0,0	-	8	1,5	(0,4 ;2,5)	0,191
Tricotomia	23	3,6	(2,1 ;5,0)	25	4,7	(2,8 ;6,4)	0,591
Analgesia	417	64,7	(60,9 ;68,3)	299	55,8	(51,5 ;59,9)	0,341
Ocitocina	389	60,3	(56,5 ;64,0)	299	55,8	(51,5 ;59,9)	0,501
CTG	259	40,2	(36,4 ;44,0)	157	29,2	(25,4 ;33,0)	0,200
Transferência para outra sala	317	70,0	(65,7 ;74,2)	249	67,5	(62,7 ;72,2)	0,775

*método estatístico empregado: qui-quadrado de Pearson.

** dentre as mulheres que fizeram plano de parto

Trabalho colaborativo = trabalho de parto assistido por enfermeira ou enfermeira e médico segundo registro no prontuário.

CTG: cardiocografia fetal durante o trabalho de parto

Tabela 8. Práticas assistenciais durante o trabalho de parto segundo modelo de assistência por médico ou em trabalho colaborativo, considerando trabalho colaborativo segundo entrevista com a mulher. Brasil, 2017.

Práticas assistenciais	Trabalho colaborativo			Médico			p-valor*
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Práticas benéficas							
Presença de acompanhante	899	98,7	(97,9; 99,4)	289	98,6	(97,3 ;99,9)	0,959
Oferta de dieta	623	68,3	(65,2 ;71,3)	165	55,9	(50,2 ;61,6)	0,092
Oferta de movimentação	834	91,4	(89,6 ;93,2)	256	87,1	(83,2 ;90,9)	0,102
Uso de partograma	611	83,9	(81,2 ;86,6)	219	81,1	(76,4 ;85,7)	0,229
Uso de métodos não farmacológicos	669	73,4	(70,4 ;76,2)	184	62,4	(56,8 ;67,9)	0,036
Fez plano de parto	155	17,0	(14,5 ;19,4)	48	16,3	(12,0 ;20,4)	0,855
Plano de parto respeitado **	144	92,9	(88,8 ;96,9)	48	100,0	-	0,355
Privacidade							
Bom/excelente	874	96,3	(95,0 ;97,4)	286	97,3	(95,4 ;99,1)	0,389
Regular/ruim	34	3,7	(2,5 ;4,9)	8	2,7	(0,8; 4,5)	
Tempo disponível dos profissionais							
Bom/excelente	848	93,1	(91,4 ;94,7)	281	95,6	(93,2 ;97,9)	0,163
Regular/ruim	63	6,9	(5,2 ;8,5)	13	4,4	(2,0 ;6,7)	
Clareza das informações							
Bom/excelente	852	93,5	(91,9 ;95,1)	275	93,2	(90,3 ;96,0)	0,922
Regular/ruim	59	6,5	(4,8 ;8,0)	20	6,8	(3,9; 9,6)	
Respeito dos profissionais							
Bom/excelente	880	96,6	(95,4 ;97,7)	288	98,0	(96,3 ;99,5)	0,439
Regular/ruim	31	3,4	(2,2 ;4,5)	6	2,0	(0,4; 3,6)	
Participação no processo de decisão							
Bom/excelente	847	93,4	(91,7 ;95,0)	282	95,9	(93,6 ;98,1)	0,146
Regular/ruim	60	6,6	(5,0; 8,2)	12	4,1	(1,8; 6,3)	
Práticas prejudiciais ou com uso excessivo / inadequado							
Infusão intravenosa	468	51,4	(48,1 ;54,6)	156	53,1	(47,3; 58,7)	0,868
Cateterização venosa	271	65,8	(61,2 ;70,3)	79	65,3	(6,8 ;73,7)	0,922
Amniotomia							
Sim	240	40,0	(36,0 ;43,9)	74	37,4	(30,6; 44,1)	0,337
Não	133	22,2	(18,8 ;25,4)	61	30,8	(24,3 ;37,2)	
Rotura espontânea							
Enema	1	0,1	(-0,1; 0,3)	7	2,7	(0,7; 4,7)	<0,001
Tricotomia	34	4,1	(2,7; 5,4)	11	4,3	(1,8 ;6,7)	0,973
Analgesia	525	62,5	(59,2 ;65,7)	166	64,1	(58,2 ;69,9)	0,845
Ocitocina	530	60,4	(57,2 ;63,6)	165	59,8	(54,0 ;65,5)	0,938
CTG	329	36,1	(32,9; 39,1)	87	29,5	(24,2 ;34,7)	0,333
Transferência para outra sala	434	70,8	(67,2 ;74,4)	125	66,8	(60,1; 73,5)	0,592

*método estatístico empregado: qui-quadrado de Pearson.

** dentre as mulheres que fizeram plano de parto

Trabalho colaborativo = trabalho de parto assistido por enfermeira ou enfermeira e médico segundo informação da mulher.

CTG: cardiocografia fetal durante o trabalho de parto

Em relação à assistência ao parto vaginal por enfermeiras e médicos na população piloto, houve semelhança na distribuição das práticas entre os dois profissionais, com exceção para a posição no parto, que apresentou proporção significativamente maior de posições não supinas no parto assistido pelo profissional médico, e para a realização de episiotomia, mais frequente em partos médicos (43,2% vs 24,7%, $p=0,021$). A manobra de Kristeller foi mais frequente no parto médico (24%), quando comparado à enfermeira (10,7%), embora não tenha apresentado significância estatística. (Tabela 9).

Tabela 9. Práticas assistenciais no parto vaginal assistido por enfermeiro e por médico. Brasil, 2017.

Práticas assistenciais	Parto vaginal						p-valor*
	Por enfermeiro			Por médico			
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Práticas benéficas							
Presença de acompanhante	18	100,0	-	797	98,1	(97,0 ;98,9)	0,826
Posição no parto							
Supina	17	89,3	(75,6 ;103,2)	583	71,1	(67,9 ;74,2)	0,022
Não supina	2	10,7	(-3,2 ;24,3)	237	28,9	(25,8 ;32,0)	
Anestesia durante sutura do períneo	4	71,8	(44,9 ;115,0)	155	51,8	(46,1 ;57,5)	0,426
Ocitocina profilática	18	100,0	-	673	81,7	(79,0 ;84,3)	0,389
Contato pele a pele	11	69,5	(46,0 ;91,4)	515	69,1	(65,7 ;72,3)	0,971
Amamentação na primeira hora de vida	11	68,8	(46,0 ;91,4)	493	63,2	(59,7 ;66,5)	0,655
Não separação mãe-bebê na primeira hora de vida	3	15,5	(-0,5 ;33,8)	325	40,2	(36,7 ;43,5)	0,078
Práticas prejudiciais ou com uso excessivo / inadequado							
Manobra de Kristeller	2	10,7	(-3,2 ;24,3)	197	24,0	(21,1 ;26,9)	0,146
Episiotomia	4	24,7	(3,0 ;41,4)	356	43,2	(39,8 ;46,5)	0,021

*método estatístico empregado: qui-quadrado de Pearson.

As tabelas 10 e 11 apresentam as características demográficas, sociais e obstétricas das mulheres da população piloto assistidas no trabalho de parto por profissional médico ou em trabalho colaborativo, definido segundo registro em prontuário (Tabela 10) ou relato da puérpera (Tabela 11). Considerando-se o registro em prontuário, as mulheres atendidas por profissional médico ou em trabalho colaborativo apresentavam distribuição estatisticamente diferente nos grupos de Robson, com maior proporção de mulheres dos grupos 2 e 4 no modelo colaborativo, e maior proporção de mulheres do grupo 1 no modelo médico (Tabela 10).

Considerando a definição de trabalho colaborativo segundo relato da puérpera, mulheres assistidas pelo modelo colaborativo possuíam maior conhecimento sobre o PPA (tabela 11). Não foram observadas diferenças significativas em relação às demais características avaliadas (tabelas 10 e 11).

Tabela 10. Características das mulheres da população piloto, atendidas por médico ou em trabalho colaborativo, considerando trabalho colaborativo segundo registro no prontuário.

Brasil, 2017.

Características da mulher	Trabalho colaborativo			Médico			p-valor*
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Características sócio-demográficas							
Idade							
< 20 anos	17	2,6	(1,4 ;3,7)	16	3,0	(1,5 ;4,4)	0,870
De 20 a 34 anos	464	71,9	(68,4 ;75,4)	392	73,1	(69,3 ;76,8)	
De 35 anos ou mais	164	25,5	(22,0 ;28,7)	128	23,9	(20,2 ;27,4)	
Cor da pele							
Branca	440	68,3	(64,6 ;71,8)	347	64,6	(60,5 ;68,6)	0,759
Preta	26	4,1	(2,5 ;5,5)	40	7,5	(5,2 ;9,6)	

Parda	153	23,7	(20,4 ;27,0)	134	25,0	(21,2 ;28,6)	
Amarela	25	3,9	(2,3 ;5,3)	15	2,8	(1,4 ;4,1)	
Indígena	1	0,1	(-0,1 ;0,4)	1	0,2	(-0,1 ;0,5)	
Escolaridade							
Ensino fundamental	25	3,9	(2,3 ;5,3)	30	5,6	(3,6 ;7,6)	0,809
Ensino médio	252	39,2	(35,4 ;42,9)	230	43,3	(39,1 ;47,5)	
Ensino superior	175	27,2	(23,7 ;30,6)	148	27,9	(24,0 ;31,6)	
Pós-graduação	191	29,7	(26,1 ;33,2)	123	23,2	(19,5 ;26,7)	
Classe econômica							
Classe A	215	33,3	(29,7 ;36,9)	109	20,3	(16,9 ;23,7)	0,275
Classe B	311	48,2	(44,3 ;52,0)	306	57,1	(52,9 ;61,2)	
Classe C	116	18,0	(15,0 ;20,9)	119	22,2	(18,6 ;25,7)	
Classe D	3	0,5	(-0,06; 0,9)	2	0,4	(-0,1 ;0,8)	
Situação conjugal							
Vive com companheiro	587	91,1	(88,9 ;93,3)	485	91,3	(88,9 ;93,7)	0,969
Trabalho remunerado	524	81,5	(78,4 ;84,4)	431	81,2	(77,8 ;84,4)	0,840
Gestação de risco	94	14,6	(11,8 ;17,3)	79	14,7	(11,7 ;17,7)	0,960
Características obstétricas							
Classificação de Robson							
Grupo 1. Nulíparas, feto único, cefálico, > 37 semanas e TP espontâneo	301	46,6	(42,7; 50,4)	308	57,4	(53,1 ;61,5)	0,031
Grupo 2. Nulíparas, feto único, cefálico, > 37 semanas e TP induzido ou cesárea antes do TP	153	23,7	(20,4 ;26,9)	79	14,7	(11,7 ;17,7)	
Grupo 3. Multíparas, sem cesárea anterior, feto único, cefálico, > 37 semanas e TP espontâneo	93	14,4	(11,6 ;17,1)	79	14,8	(11,7 ;17,7)	
Grupo 4. Multíparas, sem cesárea anterior, feto único, cefálico, > 37 semanas, TP induzido ou cesárea antes do TP	40	6,3	(4,3 ;8,0)	5	1,0	(0,1 ;1,7)	
Grupo 5. Cesárea anterior, feto único, cefálico, > 37 semanas	16	2,5	(1,2 ;3,6)	25	4,7	(2,8 ;6,4)	
Grupo 6-9. Toda nulípara e multípara com feto único e pélvico + toda gestação múltipla + toda gestação com feto em situação transversa ou oblíqua	8	1,2	(0,3 ;2,0)	13	2,4	(1,1 ;3,7)	
Grupo 10. Toda gestação única, cefálica, < 36 semanas (incluindo cesárea anterior)	35	5,4	(3,6 ;7,1)	27	4,9	(3,1 ;6,8)	
Perfil assistencial							
Informação: parto vaginal x cesariana	456	70,9	(67,4 ;74,4)	372	69,7	(65,7 ;73,5)	0,852
Conhecimento prévio sobre PPA	257	39,8	(36,0 ;43,6)	168	31,3	(27,4 ;35,2)	0,351
Preferência tipo de parto no início da gestação							
Parto normal	558	86,5	(83,8 ;89,1)	428	79,9	(76,4 ;83,2)	0,115
Cesariana	58	9,0	(6,7 ;11,2)	81	15,1	(12,0 ;18,1)	
Sem preferência	29	4,5	(2,9 ;6,1)	27	5,0	(3,1 ;6,8)	
Mudança de decisão ao longo da gestação	56	9,1	(6,8 ;11,3)	58	11,5	(8,7 ;14,2)	0,507

*método estatístico empregado: qui-quadrado de Pearson.

Trabalho colaborativo = trabalho de parto assistido por enfermeira ou enfermeira e médico segundo registro no prontuário.

TP = trabalho de parto

Tabela 11. Características das mulheres da população piloto, atendidas no trabalho de parto por médico ou em trabalho colaborativo, considerando trabalho colaborativo segundo entrevista com a mulher. Brasil, 2017.

Características da mulher	Trabalho colaborativo			Médico			p-valor*
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Características sócio-demográficas							
Idade							
< 20 anos	30	3,3	(2,1 ;4,4)	10	3,4	(1,3 ;5,4)	0,959
De 20 a 34 anos	652	71,5	(68,5 ;74,4)	215	72,9	(67,8 ;77,9)	
De 35 anos ou mais	230	25,2	(22,4 ;28,0)	70	23,7	(18,8 ;28,5)	
Cor da pele							
Branca	602	66,0	(62,9 ;69,0)	198	67,1	(61,7 ;72,4)	0,962
Preta	48	5,3	(3,8 ;6,7)	20	6,8	(3,9 ;9,6)	
Parda	225	24,7	(21,8 ;27,4)	67	22,7	(17,9 ;27,4)	
Amarela	36	3,9	(2,6 ;5,2)	10	3,4	(1,3 ;5,4)	
Indígena	1	0,1	(-0,1 ;0,3)	0	0,0	-	
Escolaridade							
Ensino fundamental	36	4,0	(2,6 ;5,2)	16	5,4	(2,8 ;8,0)	0,621
Ensino médio	392	43,1	(39,8 ;46,2)	109	37,1	(31,5 ;42,6)	
Ensino superior	249	27,4	(24,4 ;30,2)	77	26,2	(21,1 ;31,2)	
Pós-graduação	233	25,6	(22,7 ;28,4)	92	31,3	(25,9 ;36,5)	
Classe econômica							
Classe A	256	28,1	(25,1 ;30,9)	78	26,4	(21,4 ;31,4)	0,985
Classe B	473	51,9	(48,6 ;55,1)	161	54,6	(48,8 ;60,2)	
Classe C	179	19,6	(17,0 ;22,2)	55	18,6	(14,2 ;23,0)	
Classe D	4	0,4	(0,0 ;0,8)	1	0,3	(-0,3 ;1,0)	
Situação conjugal							
Vive com companheiro	833	91,4	(89,6 ;93,2)	263	89,5	(85,9 ;92,9)	0,476
Trabalho remunerado	736	80,9	(78,3 ;83,4)	238	81,0	(76,4 ;85,4)	0,936
Gestação de risco	129	14,1	(11,8 ;16,4)	40	13,6	(9,6 ;17,4)	0,817
Características obstétricas							
Classificação de Robson							
Grupo 1. Nulíparas, feto único, cefálico, > 37 semanas e TP espontâneo	465	51,0	(47,7 ;54,2)	182	61,6	(55,9 ;67,0)	0,153
Grupo 2. Nulíparas, feto único, cefálico, > 37 semanas e TP induzido ou cesárea antes do TP	171	18,7	(16,2 ;21,2)	56	19,0	(14,4 ;23,3)	
Grupo 3. Multíparas, sem cesárea anterior, feto único, cefálico, > 37 semanas e TP espontâneo	133	14,6	(12,2 ;16,8)	30	10,1	(6,7 ;13,5)	
Grupo 4. Multíparas, sem cesárea anterior, feto único, cefálico, > 37 semanas, TP induzido ou cesárea antes do TP	38	4,2	(2,8 ;5,4)	4	1,3	(0,0 ;2,6)	
Grupo 5. Cesárea anterior, feto único, cefálico, > 37 semanas	34	3,7	(2,5 ;4,9)	6	2,1	(0,4 ;3,6)	
Grupo 6-9. Toda nulípara e multípara com feto único e pélvico + toda gestação múltipla + toda gestação com feto em situação transversa ou oblíqua.	16	1,7	(0,9 ;2,6)	4	1,2	(0,0 ;2,6)	
Grupo 10. Toda gestação única, cefálica, < 36 semanas (incluindo cesárea anterior)	55	6,0	(4,4 ;7,5)	14	4,7	(2,3 ;7,1)	
Perfil assistencial							
Informação: parto vaginal x cesariana	631	69,5	(66,5 ;72,4)	227	76,9	(72,1 ;81,7)	0,156
Conhecimento prévio sobre PPA	348	38,2	(35,0 ;41,3)	74	25,2	(20,2 ;30,1)	0,005
Preferência tipo de parto no início da gestação							

Parto vaginal	777	85,2	(82,8 ;87,5)	240	81,1	(76,6 ;85,5)	0,273
Cesariana	98	10,7	(8,7 ;12,7)	40	13,5	(9,6 ;17,4)	
Sem preferência	37	4,1	(2,7 ;5,3)	16	5,4	(2,8 ;7,9)	
Mudança de decisão ao longo da gestação	87	10,0	(7,0 ;14,0)	35	12,7	(9,5 ;16,8)	0,073

*método estatístico empregado: qui-quadrado de Pearson.

Trabalho colaborativo = trabalho de parto assistido por enfermeira ou enfermeira e médico segundo informação da mulher.

TP = trabalho de parto

8 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a adequação da assistência ao trabalho de parto no modelo colaborativo e ao parto vaginal por enfermeira nos hospitais privados brasileiros incluídos na primeira fase do PPA em relação às boas práticas recomendadas pela OMS e MS.

Em mulheres da população piloto, expostas à intervenção PPA, observou-se maior proporção de mulheres que apresentaram trabalho de parto; maior proporção de trabalho de parto assistido em trabalho colaborativo; elevada proporção de uso de boas práticas no trabalho de parto, tanto na assistência prestada por médicos como no modelo colaborativo, embora com persistência de algumas práticas inadequadas; maior utilização de algumas boas práticas no modelo colaborativo; maior proporção de parto vaginal; e baixa participação da enfermagem na assistência ao parto.

Em relação ao modelo assistencial no trabalho de parto, mais de 50% das mulheres da população piloto tiveram assistência colaborativa comparado a 28,7% das mulheres do setor privado do estudo “Nascer no Brasil” (LEAL et al., 2019). E, ainda que a proporção de partos vaginais na população piloto tenha sido menor do que a recomendada pela OMS (SOUZA et al., 2016), observa-se um aumento significativo na proporção de parto vaginal comparando com os dados do estudo Nascer no Brasil (32,6% vs 12,3%) no setor privado (LEAL et al., 2019).

Entretanto, a comparação dos resultados em mulheres da população piloto e não piloto, bem como com os resultados do estudo “Nascer no Brasil”, deve ser feita com cautela. O perfil demográfico e social das mulheres admitidas nos 12 hospitais privados no período do estudo é compatível com o relatado em estudos nacionais anteriores, onde as mulheres com fonte de pagamento privado do parto eram predominantemente jovens, se autodeclararam brancas, tinham situação conjugal mais estável, maior escolaridade e maior inserção no mercado de trabalho (DOMINGUES et al, 2014; RIBEIRO, 2017; TORRES et al, 2014; NAKAMURA-PEREIRA et al, 2016).

Contudo verificamos que as mulheres da população piloto do PPA que apresentaram trabalho de parto, e que foram analisadas quanto à adequação do modelo colaborativo, representavam um subgrupo diferenciado das mulheres internadas nos hospitais privados, sendo mais jovens, com risco gestacional mais baixo, pertencentes a grupos de Robson onde se esperam taxas mais baixas de cesariana, com maior preferência pelo parto vaginal no início da gestação e com menos mudança de preferência pelo tipo de parto ao longo da gestação. Os resultados encontrados, portanto, não podem ser extrapolados para o conjunto de mulheres atendidas nos hospitais privados brasileiros, já que as características das mulheres da população

piloto teoricamente favoreceriam a implantação das intervenções propostas pelo PPA.

Duas características da população piloto do PPA analisada neste estudo merecem destaque: a classificação segundo grupo de Robson e a preferência pelo tipo de parto. Mais da metade das mulheres da população piloto com trabalho de parto pertenciam ao grupo 1 de Robson (52,4%), seguido pelo grupo 2 com 18,4% e grupo 3 com 13,3%. Os grupos 1 e 3 são caracterizados por gestações únicas, cefálicas, a termo, e com trabalho de parto espontâneo, sendo o grupo 1 composto por nulíparas e o grupo 3 por múltiparas sem cesariana prévia. Nesses grupos são esperadas as taxas mais baixas de cesariana (ROBSON, 2001).

Estudo nacional que analisou as taxas de cesariana no Brasil de acordo com a fonte de pagamento do parto (pública ou privada), utilizando a classificação de Robson, revelou que os grupos que mais contribuíram para a taxa de cesariana foram os grupos 2b (nulíparas, com gestação única, a termo, com apresentação cefálica e cesariana anteparto) e o grupo 5 (múltiparas com gestação única, cefálica, a termo, com cesariana prévia) (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016).

Em relação à preferência pelo tipo de parto, estudo nacional anterior evidenciou que mulheres com preferência inicial pelo parto vaginal, e que mantiveram essa preferência até o final, foram as que apresentaram menor proporção de cesariana como via de parto (DOMINGUES et al., 2014). Neste estudo, mulheres da população piloto apresentaram preferência inicial pelo parto vaginal elevada, semelhante à observada em mulheres assistidas no setor público de outros estudos nacionais (RIBEIRO, 2017; DOMINGUES et al., 2014). Por outro lado, as demais mulheres internadas nos hospitais privados avaliados neste estudo apresentaram proporção mais elevada de preferência inicial pela cesariana, com valores semelhantes aos observados em mulheres assistidas no setor privado em outros estudos nacionais (RIBEIRO, 2017; DOMINGUES et al., 2014). Mulheres da população piloto também apresentaram menor mudança de preferência pelo tipo de parto ao longo da gestação, o que pode ter facilitado maior adesão às práticas favorecedoras do trabalho de parto e do parto vaginal. De forma semelhante ao observado na população piloto, estudo realizado na Turquia verificou que 17,2% das mulheres entrevistadas tinham preferência pela cesariana, independentemente do nível educacional, e a maioria do setor privado planejava um parto vaginal (KOSAN et al., 2019).

Neste estudo, para definição do modelo assistencial prestado durante o trabalho de parto (assistência em modelo colaborativo ou assistência apenas por médico), foram utilizadas duas fontes de dados: o relato da mulher e o registro no prontuário, sendo observada uma diferença

de 21% na proporção de trabalho colaborativo, maior quando estimada pelo relato da mulher. Podemos aventar duas hipóteses para essa diferença. Por um lado, o relato da mulher pode ter superestimado a assistência de enfermagem durante o trabalho de parto, se a mesma considerou qualquer cuidado prestado pela enfermagem, e não especificamente o cuidado obstétrico de assistência ao trabalho de parto, para definição do trabalho colaborativo. Por outro lado, o registro em prontuário pode ter subestimado o trabalho colaborativo, caso não tenha havido um registro adequado da assistência obstétrica prestada pela enfermagem.

Considerando-se o relato da mulher, o grau de implantação do trabalho colaborativo na população piloto com trabalho de parto foi considerado satisfatório. Entretanto, considerando-se a estimativa segundo o registro no prontuário, o grau de implantação do trabalho colaborativo foi considerado intermediário.

Utilizando a puérpera como fonte de informação, a proporção de mulheres assistidas em trabalho colaborativo foi maior na população piloto do que na população não piloto, o que provavelmente reflete a atividade prevista no componente “reorganização do modelo assistencial” do PPA, de maior participação da enfermagem na assistência ao TP. Utilizando o prontuário como fonte de informação, essa diferença não foi significativa. Entretanto, como a proporção de mulheres que apresentou trabalho de parto no grupo não piloto foi menor do que no grupo piloto, ainda que a proporção de trabalho colaborativo não tenha apresentado diferença significativa quando utilizado o prontuário como fonte de informação, o número de mulheres expostas ao modelo colaborativo foi maior no grupo piloto.

Na comparação das mulheres da população piloto e não piloto assistidas em modelo colaborativo, foi observada proporção satisfatória de práticas benéficas em ambas as populações, porém com proporção mais elevada de algumas práticas benéficas, tais como dieta, uso de partograma e de métodos não farmacológicos para alívio da dor, quando considerado o modelo colaborativo segundo relato da mulher, e maior respeito dos profissionais e menor uso de enema e tricotomia, quando considerado o modelo colaborativo segundo registro em prontuário. Esses resultados sugerem que a atenção no modelo colaborativo pode ter sido aprimorada pelo PPA, resultando em maior oferta de boas práticas, já consideradas satisfatórias na população não piloto.

O uso satisfatório de boas práticas em mulheres assistidas pela enfermagem é coerente com resultados de estudos nacionais (GAMA et al., 2016, VOGT et al., 2014) e internacionais (SANDALL et al., 2016) sobre o tema. Entretanto, como dados anteriores à implantação do PPA não estão disponíveis, não se pode descartar a hipótese de que o PPA tenha influenciado

a assistência de forma mais global, e não apenas na população piloto, aumentando o uso de boas práticas em toda a população do hospital.

Na avaliação apenas da população piloto, verificou-se o uso satisfatório de práticas benéficas no trabalho de parto, tanto em mulheres assistidas apenas por médico, quanto naquelas assistidas em trabalho colaborativo. Entretanto, considerando tanto a informação da mulher como o registro no prontuário, mulheres da população piloto assistidas no modelo colaborativo tiveram mais acesso a dieta e liberdade de movimentação durante o trabalho de parto, além de maior uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, do que as assistidas apenas por médicos. Esses dados são coerentes com resultados de outros estudos nacionais, onde o modelo colaborativo esteve associado ao maior uso de métodos não farmacológicos, oferta de dieta, mobilidade durante o trabalho de parto e uso do partograma (VOGT et al., 2014; GAMA et al., 2016), práticas que podem oferecer maior conforto às mulheres, favorecendo uma experiência mais agradável do trabalho de parto (VOGT, 2014). Ressalta-se que não foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas nas características das mulheres atendidas por médicos ou no modelo colaborativo, que pudessem explicar o maior uso dessas boas práticas.

Cabe ressaltar que dados do estudo “Nascer Saudável”, considerando o total de mulheres atendidas nesses hospitais, e não apenas as mulheres consideradas alvo da intervenção, mostram um aumento expressivo no uso das boas práticas de assistência ao trabalho de parto comparado aos resultados do estudo “Nascer no Brasil” realizado entre os anos 2011 e 2012, como a maior frequência do uso de partograma e de métodos não farmacológicos de alívio da dor, da possibilidade de movimentação e alimentação durante o trabalho de parto e a presença do acompanhante (LEAL et al., 2019). Ainda que essa comparação deva ser feita com cautela, já que o Nascer no Brasil utilizou uma amostra representativa do setor privado, e o estudo “Nascer Saudável” utilizou uma amostra de conveniência de hospitais privados que aderiram ao PPA, esses resultados mostram avanços no processo de assistência ao trabalho de parto no setor privado com maior utilização de boas práticas.

Ambos os modelos de assistência (colaborativo e apenas médico) apresentaram resultados semelhantes e não satisfatórios em relação às práticas prejudiciais ou com uso excessivo/inadequado (infusão intravenosa, cateterização venosa, amniotomia, analgesia, ocitocina, cardiotocografia durante o trabalho de parto, transferência para outra sala no momento do parto). Tais resultados são semelhantes a de estudos anteriores que encontraram uso rotineiro de práticas como a inserção de cateter venoso periférico, a hidratação venosa, o

uso de ocitocina durante o trabalho de parto e a prática de ruptura artificial de membranas, tanto por médicos quanto por enfermeiras no modelo colaborativo de assistência (NARCHI, 2009; GAMA et al., 2016). Entretanto, diferem de estudo nacional onde o modelo colaborativo manteve-se associado à redução do uso da ocitocina e da ruptura artificial das membranas (amniotomia) (VOGT et al, 2014).

Analgesia e ocitocina são práticas difíceis de avaliar, pois exigem do profissional de saúde uma indicação precisa e individualizada, baseada em evidências científicas atuais, ponderando sempre riscos e benefícios, e considerando a participação da mulher/família no processo de tomada de decisão. Neste estudo, tais informações não estão disponíveis em detalhe suficiente para permitir esta avaliação, e julgar se seu uso foi adequado ou excessivo.

Em relação à realização da amniotomia, as recomendações da OMS e do MS consideram prejudicial a realização precoce da amniotomia, na primeira fase do trabalho de parto. Neste estudo, a informação sobre o momento de realização da amniotomia não está disponível, o que pode ter superestimado seu uso indevido e limitado a comparação entre o modelo médico e o modelo colaborativo.

O uso da cardiotocografia (CTG) durante o trabalho de parto também é uma prática difícil de avaliar. Monitorar os batimentos cardíacos dos bebês é útil para verificar o bem-estar fetal durante o parto e identificar aqueles que estão em sofrimento e que poderiam se beneficiar de um parto precoce por cesariana ou parto vaginal instrumental. Sabe-se, no entanto, que o CTG contínuo, que possibilita o registro da frequência cardíaca do bebê e das contrações de trabalho de parto da mãe, impede as mulheres de se mover livremente ou mudar de posição facilmente durante o trabalho de parto. Além disso, exige capacitação do profissional de saúde (médico ou enfermeiro) para a interpretação adequada do resultado. Revisão sistemática sobre o tema verificou que o uso do CTG contínuo durante o trabalho de parto está associado a taxas reduzidas de convulsões neonatais, mas não há diferenças claras para paralisia cerebral e mortalidade infantil, estando associado a um aumento de cesarianas e partos vaginais instrumentais (ALFIREVIC et al., 2017). Uma outra revisão sistemática, restrita a gestantes consideradas com baixo risco de hipóxia fetal ou complicações na admissão para o parto, não encontrou evidências de benefício para o uso do CTG na admissão para estas mulheres. Além disso, a probabilidade é que o CTG na admissão aumente a taxa de cesariana em aproximadamente 20% (DEVANE et al., 2017).

O MS preconiza o uso do CTG contínuo para avaliação do bem-estar fetal diante da eliminação de mecônio durante o trabalho de parto. Em caso de analgesia a parturiente deve ser

submetida a ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal de 5 em 5 minutos por no mínimo 30 minutos e, uma vez alterado, deve-se instalar o CTG (BRASIL, 2016b). A cardiocotografia contínua deve ser substituída pela ausculta intermitente para avaliação do bem-estar fetal em mulheres grávidas saudáveis em trabalho de parto espontâneo (WHO, 2018). Este estudo não possibilitou uma avaliação detalhada sobre o uso do CTG, portanto a interpretação dos dados é restrita ao momento de sua utilização, sem nos permitir saber se o seu uso foi contínuo ou não. O grau de implantação desta prática foi considerado intermediário, porém como a maioria da população piloto não apresentava gestação de risco, o esperado seria que essa prática tivesse apresentado frequência mínima.

Na avaliação global das práticas assistenciais no trabalho de parto, este estudo evidenciou uso satisfatório de boas práticas, mas uso ainda excessivo de intervenções, tanto na assistência por médicos como no modelo colaborativo, sugerindo uma maior facilidade de incorporação de práticas benéficas do que de abandono de práticas prejudiciais ou que deveriam ser usadas com cautelas. Um estudo de coorte inglês, que comparou desfechos maternos e perinatais e intervenções no trabalho de parto por local de nascimento, concluiu que as mulheres assistidas no ambiente hospitalar são expostas a mais intervenções do que aquelas que escolhem outros tipos de local de parto, como centros de parto normal e domicílio (BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP, 2011). Fatores institucionais como estrutura e espaços físicos, protocolos rígidos, além de aspectos relacionados à cultura e organização do sistema de saúde podem dificultar ou facilitar uma prática menos intervencionista dos profissionais de saúde em geral (NARCHI, 2009; VOGT et al., 2014). Nosso estudo sugere que o contexto hospitalar e cultural, caracterizado pela excessiva medicalização da assistência, pode justificar a alta frequência de intervenções, independentemente do modelo assistencial.

Em relação à assistência ao parto, estudo de âmbito nacional, realizado em serviços públicos e privados, evidenciou participação limitada de enfermeiras obstétricas e obstetrias na assistência ao parto vaginal no Brasil, com uma proporção total de 16,2%, e apenas 7,8% no setor privado (GAMA et al, 2016). Neste estudo, a proporção de partos vaginais assistidos por enfermeiras foi ainda inferior, de 2,2% na população piloto e de menos de 1% na população não piloto, sem diferenças significativas entre os dois grupos.

Esse resultado contrasta com dados de um estudo anterior que avaliou um programa perinatal multifacetado para a redução de cesarianas sem indicação clínica em um hospital privado localizado na região sudeste do Brasil, onde 75,9% dos partos vaginais de baixo risco foram assistidos por enfermeiras obstétricas (TORRES, 2014).

Uma possível explicação para a baixa proporção de partos vaginais assistidos por enfermeiras neste estudo é a maior priorização, pelos hospitais, do incentivo e implantação do trabalho colaborativo médico-enfermeira na assistência ao trabalho de parto no âmbito do PPA, com menor ênfase à assistência ao parto em si. Segundo Vogt (2014), o grau de autonomia técnica da enfermeira e a configuração da sua atuação em colaboração variam e dependem do contexto institucional.

A avaliação do uso de boas práticas na assistência ao parto vaginal por enfermeiras ficou limitada pelo pequeno número de partos realizados. Ainda assim, verificamos que a maior parte das boas práticas relacionadas à assistência ao parto foi satisfatória, exceto a posição adotada no parto, que foi avaliada como muito insatisfatória (10,7%), sendo a proporção de partos em posições não supinas significativamente menor do que nos partos médicos. Esse resultado difere do relatado por Gama et al (2016), que encontrou menor utilização da posição litotômica em partos assistidos por enfermeiras. Uma explicação possível para esse achado é o fato dos partos assistidos por enfermeiras terem ocorrido em sua maioria em um único hospital, enquanto partos médicos ocorreram em todos os hospitais, estando, portanto, os partos assistidos por enfermeiras mais susceptíveis ao contexto assistencial desse hospital, no que se refere, por exemplo, à disponibilidade de camas que permitam o parto em posições verticalizadas. Outra prática com adequação insatisfatória, que pode ter sido afetada pelas rotinas hospitalares, foi a não separação mãe-bebê na primeira hora após o parto. Foi observada uma maior separação nos partos assistidos por enfermeiras do que nos partos médicos, o que também pode ter sido determinada pelas rotinas hospitalares dos poucos hospitais onde se concentraram os partos assistidos por enfermeiras.

De forma semelhante ao encontrado em outros estudos nacionais, as práticas de episiotomia e Kristeller foram utilizadas com menos frequência por enfermeiras do que por médicos (GAMA et al, 2016; VOGT, 2014). Revisão da Cochrane envolvendo mais de 17.000 mulheres comparou os resultados perinatais e maternos de diferentes modelos de assistência, encontrando menor risco de episiotomia nas mulheres que receberam assistência contínua de *midwife* (SANDALL et al, 2016). *Midwife* é o profissional de saúde habilitado que presta assistência à mulher durante a gravidez, o parto e o puerpério (NHS, 2015).

Cabe destacar, que mesmo em proporção inferior aos partos médicos e considerada satisfatória em sua estimativa pontual, a realização da episiotomia foi considerada intermediária, quando analisada a estimativa intervalar, sendo possível a melhoria desse indicador.

No geral a presença do acompanhante durante o parto vaginal foi satisfatória (100% em partos por enfermeira e 98,1% em partos médicos). No estudo “Nascer no Brasil”, essa prática foi de 55,8% no setor privado, revelando um aumento de aproximadamente 73% em mulheres da população piloto. Além disso, as taxas de intervenções não recomendadas de rotina durante o parto vaginal, como a realização de episiotomia e da manobra de Kristeller também apresentaram queda após a implantação do PPA (LEAL et al., 2019).

Em relação às práticas relacionadas à privacidade, tempo disponível dos profissionais, clareza das informações, respeito dos profissionais e participação no processo de decisão, utilizadas no estudo Nascer Saudável como componentes da satisfação da mulher com a assistência recebida (COSTA et al., 2019), verificou-se implantação satisfatória, sem diferenças significativas entre modelo médico e modelo colaborativo. Esse resultado é contrário aos dados de uma revisão sistemática, onde a maioria dos estudos revelou uma taxa mais alta de satisfação materna em vários aspectos do cuidado nos modelos de assistência liderados por *midwife* (SANDALL et al, 2016), em que pese a ambiguidade em relação ao conceito de satisfação e mensuração adequada das experiências das mulheres. Deve-se ressaltar, que as informações relacionadas a esses aspectos da assistência foram coletadas em apenas um momento da entrevista, sem referência ao período da assistência, sendo limitada para a avaliação desses aspectos no trabalho de parto e parto, pois pode refletir um juízo de valor da mulher para todos os momentos da internação, o que pode ter limitado a comparação dos dois modelos assistenciais no trabalho de parto e parto. Ressalta-se que fornecer todas as informações e explicações que a mulher deseje ou necessite e respeitar a privacidade da mulher no ambiente de parto são tarefas dos profissionais de saúde (WHO, 1996), sendo importante que essas práticas tenham alcançado padrão satisfatório. A mudança do modelo assistencial e do paradigma no nascimento deve envolver a promoção de um tratamento respeitoso com garantia de direitos da gestante e de sua família, além das práticas clínicas com base em evidências científicas de qualidade (VOGT, 2014).

Em 2018, a OMS publicou uma nova diretriz com um conjunto de recomendações atualizadas sobre a assistência ao trabalho de parto e parto que, além de garantir segurança, deve assegurar uma experiência positiva para as mulheres e suas famílias. Essa nova recomendação, diferentemente dos documentos anteriores, traz uma abordagem holística baseada em direitos humanos e centrada na mulher, adaptável aos contextos individuais de cada país, com o cuidado em reduzir custos através da redução de intervenções desnecessárias durante o processo do parto e nascimento (WHO, 2018). Estudos futuros deverão incluir a

avaliação das recomendações contidas nesse novo documento. Por ter sido utilizada uma amostra de conveniência dos hospitais, este estudo não é representativo do setor privado brasileiro. Além disso, em cada hospital, a população piloto foi variável, sendo a população analisada mais jovem, com gestações de baixo risco, e com maior preferência pelo parto vaginal, o que pode ter favorecido a implantação das boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal, limitando a validade externa dos resultados encontrados.

Foram identificadas duas fontes de informação para a definição de modelo colaborativo, entrevista e prontuário, não sendo possível definir qual delas seria o padrão ouro para identificação correta das mulheres em trabalho colaborativo. Algumas diferenças foram encontradas quando utilizada uma ou outra fonte, indicando a necessidade de estudos futuros que avaliem melhor a validade e confiabilidade dessas fontes de informação.

Neste estudo, nem todas as informações necessárias para avaliação adequada das práticas assistenciais estavam disponíveis, o que pode ter superestimado o uso insatisfatório de algumas práticas, principalmente daquelas que dependem de uma avaliação mais individualizada, limitando também a comparação dos resultados da assistência prestada no modelo médico e no modelo colaborativo. Além disso, práticas recomendadas pelo documento mais recente da OMS não foram incluídas, devido ao período de realização da pesquisa, e deverão ser avaliadas em estudos futuros.

Por último, o número pequeno de partos vaginais assistidos por enfermeiras limitou a análise comparativa das práticas assistenciais entre partos assistidos por médicos e por enfermeiras.

Apesar dessas limitações, este estudo avaliativo, realizado com a perspectiva formativa cujo objetivo é modificar ou ajustar a intervenção na perspectiva da apreciação da conformidade (CHAMPAGNE et al., 2011g), demonstrou alguns resultados importantes, como o aumento da proporção de mulheres em trabalho de parto e o aumento da proporção de mulheres atendidas em modelo colaborativo na população piloto. Entretanto, esses valores variaram muito entre os diversos hospitais, com alguns hospitais apresentando valores baixos e com pouca diferença em relação à população não piloto, sendo necessário uma análise mais detalhada das barreiras e facilitadores da implantação do PPA nesses locais.

Verificou-se também elevada adoção de boas práticas na população piloto, algumas delas significativamente mais elevadas que o modelo colaborativo na população não piloto e do que o modelo médico na população piloto. Revelou também aspectos que necessitam ser aprimorados, como a redução no uso de práticas consideradas prejudiciais ou usadas em excesso

e o aumento da participação da enfermagem na assistência ao parto vaginal. Dentre as práticas prejudiciais as únicas que apresentaram parâmetro satisfatório foram a realização de enema e tricotomia.

O Ministério da Saúde brasileiro, considerando os riscos das indicações rotineira e indiscriminada de práticas como ocitocina e analgesia, preconiza o suporte contínuo e apoio emocional durante o trabalho de parto, a liberdade de posição e de movimentação da mulher, a imersão em água e outros métodos não farmacológicos para alívio da dor (BRASIL, 2014). Borem et al. (2015) também afirmam que é possível ter uma boa experiência de parto através de medidas como ambientação adequada, emprego de ocitocina exógena apenas como recomendado pelas evidências científicas, e, principalmente, o respeito pelo tempo fisiológico do parto.

Um outro aspecto a ser melhorado é a divulgação de informações. Apenas um terço das mulheres referia ter conhecimento sobre o projeto Parto Adequado, não sendo verificadas diferenças significativas entre mulheres da população piloto e não piloto. Quanto às informações sobre as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto, embora tenha sido relatada por uma proporção elevada de mulheres, não foi maior entre mulheres da população piloto, e não alcançou 100% dessa população, o que seria desejável considerando o direcionador “participação das mulheres e famílias”, que prevê a realização de campanhas educativas, a participação da mulher no modelo de cuidado e a decisão compartilhada sobre o modelo de atenção.

A elevada proporção de mulheres jovens e primíparas na população exposta à intervenção PPA também é um resultado importante. Metade dos hospitais incluíram primíparas na população piloto e, de acordo com Vogt (2014), essas mulheres podem se beneficiar mais da assistência conjunta médico-enfermeira por terem, em geral, trabalho de parto mais longo, que demanda maior suporte, e por estarem sob maior risco de serem submetidas a uma cesariana. Além disso, primíparas devem ser alvo de qualquer estratégia visando reduzir cesarianas, já que previnem a cesariana primária. Por outro lado, a elevada proporção de mulheres jovens pode ser um fator importante na mudança da cultura brasileira em relação à via de parto, contribuindo para uma maior opção pelo parto vaginal, num modelo de atenção com mais respeito à fisiologia do parto e uso apropriado de tecnologias. Dois terços dos hospitais privados incluíram na população piloto mulheres que foram admitidas pelo plantão do hospital. Essa escolha estratégica pode estar baseada na diferença observada, em estudos anteriores, na prevalência de cesarianas em mulheres que tiveram o mesmo médico no

pré-natal e no parto, quando comparadas àquelas que foram assistidas por equipe de plantão, com médicos diferentes do pré-natal, aliado à outras atividades como o trabalho colaborativo (TORRES, 2014; VOGT, 2014; GAMA et al, 2016). Entretanto, na segunda fase do PPA, iniciada em 2017, a definição da população piloto foi padronizada em todos os hospitais, incluindo todas as mulheres do grupo 1 a 4 de Robson. Embora esses grupos representem a maioria das mulheres brasileiras, não incluem as mulheres do grupo 5 (multíparas com cesariana anterior e com gestação única, a termo, em apresentação cefálica), que representam mais de um quarto das mulheres atendidas nos hospitais privados (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016). No Brasil, mulheres com cesariana prévia apresentam elevada taxa de cesariana, respondendo por um terço das cesarianas nos hospitais privados brasileiros (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016). Essas mulheres poderiam se beneficiar das ações do PPA, com aumento da proporção de partos vaginais pós cesarianas, observados em apenas 14,8% das mulheres brasileiras com cesariana prévia (DOMINGUES et al., 2014).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostram avanços na adequação da assistência ao trabalho de parto e parto vaginal em hospitais privados submetidos à intervenção PPA. Aspectos que necessitam ser aprimorados incluem a ampliação da população exposta à intervenção, o incentivo ao trabalho de parto espontâneo ou a indução do mesmo quando necessário, a maior divulgação do PPA e das informações referentes aos tipos de parto, e o trabalho contínuo de educação e atualização em relação às boas práticas recomendadas mundialmente aliada à transformação de hábitos defasados, de protocolos rígidos e de ambientes/insumos desfavoráveis, superando barreiras e paradigmas. Um dos grandes desafios, no entanto, ainda é a valorização do trabalho da enfermagem, em especial na assistência ao parto vaginal, ampliando sua autonomia, principalmente diante dos partos de risco habitual.

REFERÊNCIAS

- ALFIREVIC, Z. et al. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, 2017.
- ALFÖLDI, F. La Fabrication des Critères. *In*: ALFÖLDI, F. **Savoir évaluer en Action Sociale et Médicosociale**. Paris: Dunod, 2006. p. 1-46.
- ANS. **Projeto Parto Adequado**. Institucional. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>>. Acesso em: 12 out. 2018a.
- ANS. **Inscrições abertas para 2ª fase do Parto Adequado**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/4504-inscricoes-abertas-para-2-fase-do-parto-adequado>>. Acesso em: 2 fev. 2018b.
- ANS. **Participantes**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado/participantes>>. Acesso em: 10 fev. 2018c.
- BARROS, F. C. et al. Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. **BMJ Open**, v. 8, n. 8, p. e021538, ago. 2018.
- BERNARDO, L. S. et al. Mother-requested cesarean delivery compared to vaginal delivery: a systematic review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 60, n. 4, p. 302–304, 2014.
- BETRAN, A. P. et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. **Reproductive Health**, v. 12, 21 jun. 2015.
- BETRAN, A. P. et al. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. **PloS one**, v. 11, n. 2, p. e0148343, 2016.
- BEZERRA, L. C. A., et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 883–900, abr. 2012.
- BEZERRA, L.C.A; CAZARIN, G; ALVES, CKA. Modelagem de Programa: Da Teoria à Operacionalização. *In*: SAMICO, I. et al. (Org). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, p. 65-78, 2010.
- BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. **BMJ**, v. 343, n. 4, p. d7400–d7400, 23 nov. 2011.
- BOREM, P. et al. Increasing the percentage of vaginal birth in the private sector in Brazil through the redesign of care model. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 10, p. 446–454, out. 2015.
- BRASIL. Presidência da República. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a

regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jun. 1986. Seção 1, p. 9.273-9.275.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n.º 94.406 de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jun. 1987. Seção 1. p. 8.853-8.855.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 163, de 22 de setembro de 1998. Regulamenta a realização do parto normal sem distócia por enfermeiro obstetra. **Diário Oficial da União**, São Paulo, SP, 22 set. 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.815, de 29 de maio de 1998. Inclui, na Tabela de Informações Hospitalares do SUS, procedimentos de atenção ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Diário Oficial da União**, São Paulo, SP, 22 set. 1998b.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 223, de 3 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, 3 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 569, de 01 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 jun. 2000.

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. *In: Informe da Atenção Básica 22*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Presidência da República. Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. , **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 7 abr. 2005.

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

BRASIL. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Brasília, DF: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jun. 2011. Seção 1. p.109.

BRASIL. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. Brasília, DF: Conitec, 2015a.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.º 477, de 14 de abril de 2015. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, 14 abr. 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa n.º 368, de 06 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, RJ, 6 jan. 2016. 2015 c.

BRASIL. **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde : Projeto Parto Adequado - fase 1**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016a.

BRASIL. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal**. Brasília, DF: Conitec, 2016b.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 2.144 de 17 de março de 2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, 17 mar. 2016. Seção 1. p.138. 2016 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa n.º 398, de 05 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante. **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, RJ, 5 fev. 2016. 2016 d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017. Seção 1, p. 68. 2017 a.

BRASIL. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. **Caderno de informação da saúde suplementar [recurso eletrônico]: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2017c.

BROUSSELLE, A.; LACHAINE, L.; CONTANDRIOPOULOS, AP. A avaliação econômica. *In*: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2011. p.183-216.

- CHAILLET, N.; DUMONT, A. Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. **Birth (Berkeley, Calif.)**, v. 34, n. 1, p. 53–64, mar. 2007.
- CHAMPAGNE, F. et al. A apreciação normativa. *In*: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2011g. p.77-94.
- CHAMPAGNE, F. et al. A análise da implantação. *In*: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2011f. p.217-238.
- CHAMPAGNE, F. et al. A análise dos efeitos. *In*: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2011e. p 159-182.
- CHAMPAGNE, F. et al. A análise estratégica. *In*: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação:conceitos e métodos**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2011c. p.95-104.
- CHAMPAGNE, F. et al. A análise lógica. *In*: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2011d. p.105-114.
- CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. *In*: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2011a. p.41-60.
- CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as intervenções. *In*: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2011b. p.61-74.
- COFEN. **Cofen apoia pesquisa nacional sobre Enfermagem Obstétrica**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/cofen-apoia-pesquisa-nacional-sobre-enfermagem-obstetrica_57331.html>. Acesso em: 16 out. 2018.
- COSTA, D. D. de O. et al. Psychometric properties of the hospital birth satisfaction scale: Birth in Brazil survey. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8, 2019.
- DEVANE, D. et al. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, 2017.
- DIAS, M. A. B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1521–1534, out. 2008.
- DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. “The cut above” and “the cut below”: the abuse of caesareans and episiotomy in Sao Paulo, Brazil. **Reproductive health matters**, v. 12, n. 23, p. 100–110, maio 2004.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. **Cadernos de saude publica**, v. 30 Suppl 1, p. S1-16, ago. 2014.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011–2012.

Reproductive Health, v. 13, n. 3, p. 115, 17 out. 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Fatores contextuais na análise da implantação de uma intervenção multifacetada em hospitais privados brasileiros: reflexões iniciais da pesquisa avaliativa “Nascer Saudável”. In: III ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO DO CONHECIMENTO, 2019, Lisboa. **Anais do IHMT**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2019. p. s47-s55.

ESHER, Â. et al. Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 203–214, jan. 2012.

ESTEVES-PEREIRA, A. P. et al. Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. **PLoS ONE**, v. 11, n. 4, 13 abr. 2016.

FARAND, L. A análise da produção. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2011. p.115-158.

FERRARI, A. P.; CARVALHAES, M. A. DE B. L.; PARADA, C. M. G. DE L. Association between prenatal and parturition in the supplementary health network and elective cesarean section. **Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology**, v. 19, n. 1, p. 75–88, mar. 2016.

FIGUEIRÓ, AC; FRIAS, PG; NAVARRO, LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico, I; Felisberto, E; Figueiró, AC; Frias, PG (Orgs). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010, p. 1-13

GAMA, S. G. N. DA et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reproductive Health**, v. 13, n. S3, out. 2016.

GUYTON, A. C. et al. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HOFMEYR, G. J. et al. Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2017.

KEAG, O. E.; NORMAN, J. E.; STOCK, S. J. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. **PLoS Medicine**, v. 15, n. 1, 23 jan. 2018.

KOSAN, Z. et al. Delivery preferences of pregnant women: Do not underestimate the effect of friends and relatives. **Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction**, v. 48, n. 6, p. 395–400, 1 jun. 2019.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2811–2824, ago. 2019.

LEAL, D. R. et al. Programa de Controle da Hanseníase: uma avaliação da implantação no nível distrital. **Saúde em Debate**, v. 41, n. SPE, p. 209–228, mar. 2017a.

LEAL, M. DO C. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9, p. 15, 22 ago. 2012.

- LEAL, M. DO C. et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cadernos de saude publica**, v. 30 Suppl 1, p. S1-16, ago. 2014.
- LEAL, M. DO C. et al. Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil. **BMJ Open**, v. 7, n. 12, p. e017789, dez. 2017b.
- LEAL, M. DO C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915–1928, jun. 2018.
- LEAL, M. DO C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, p. e00223018, 2019.
- MAZZONI, A. et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 118, n. 4, p. 391–399, 2011.
- NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. **Reproductive Health**, v. 13, n. 3, p. 128, 17 out. 2016.
- NARCHI, N. Z. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 4, p. 546–551, ago. 2009.
- NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 18, n. 4, p. 1059–1068, abr. 2013.
- NASCIMENTO, R. R. P. DO et al. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe, p. 119–126, 2015.
- NHS. **Midwife**. Disponível em: <<https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/midwifery/roles-midwifery/midwife>>. Acesso em: 19 jan. 2020.
- NICE. **Caesarean section**. London: NICE clinical guideline. National Institute for Health and Care Excellence., 2011.
- NICE. **Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth**. London: NICE clinical guideline. National Institute for Health and Care Excellence., 2014.
- NUCCI, M.; NAKANO, A. R.; TEIXEIRA, L. A. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 979–998, dez. 2018.
- OEA. **Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos**. Washington, D.C: Organización de los Estados Americanos, 2010.
- OMS. **Relatório Mundial da Saúde 2005: para que todas as mães e crianças contem**. Genebra, Suíça.: Organização Mundial da Saúde, 2005.
- OMS. **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna**. Uruguai: Organização Mundial da

Saúde, 2011.

OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra, Suíça.: [s.n.]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 21 jan. 2020.

OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra, Suíça.: [s.n.]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=E62D51B0A616300075B18C58DF68A204?sequence=3>. Acesso em: 10 out. 2018.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, maio 2011.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Models of childbirth care and cesarean rates in different countries. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 1, p. 185–94, 2011.

RIBEIRO, C. L. **Nascer em Belo Horizonte: processo decisório e fatores obstétricos associados à via de nascimento.** 2017. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

ROBSON, M. S. Can we reduce the caesarean section rate? **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 15, n. 1, p. 179–194, 1 fev. 2001.

SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 28 abr. 2016.

SOUZA, J. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC Medicine**, v. 8, p. 71, 10 nov. 2010.

SOUZA, J. P. et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 123, n. 3, p. 427–436, 2016.

SPONG, C. Y. Defining “Term” Pregnancy: Recommendations From the Defining “Term” Pregnancy Workgroup. **JAMA**, v. 309, n. 23, p. 2445, 19 jun. 2013.

TITA, A. T. N. et al. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. **New England Journal of Medicine**, v. 360, n. 2, p. 111–120, 8 jan. 2009.

TORRES, J. A. **Análise da contribuição de um programa perinatal multifacetado para a redução da prevalência de cesarianas em um hospital privado: um subprojeto da pesquisa “Nascer no Brasil.** 2014. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

TORRES, J. A. et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S220–S231, ago. 2014.

TORRES, J. A. et al. Evaluation of a quality improvement intervention for labour and birth care

in Brazilian private hospitals: a protocol. **Reproductive Health**, v. 15, 26 nov. 2018.

VALE, L. D. et al. Preference and factors associated with the type of delivery among new mothers in a public maternity hospital. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 36, n. 3, p. 86–92, set. 2015.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863–1876, 28 maio 2011a.

VICTORA, C. G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **The Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 2042–2053, jun. 2011b.

VOGT, S. E. et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1789–1800, set. 2011.

VOGT, S. E. **Resultados maternos e neonatais de primíparas: comparação do modelo de assistência obstétrica colaborativo e tradicional de maternidades do SUS em Belo Horizonte**. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

VOGT, S. E.; SILVA, K. S. DA; DIAS, M. A. B. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Rev Saude Publica**, v. 48, n. 2, p. 304–313, abr. 2014.

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 75 Suppl 1, p. S25-37, dez. 2001.

WHO. Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v. 326, n. 8452, p. 436–437, 24 ago. 1985.

WHO. **Care in Normal Birth: A Practical Guide**. Universidade de Michigan: Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, Family and Reproductive Health, World Health Organization, v. 24, 1996.

WHO. **Nursing and midwifery progress report 2008–2012**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013.

WHO. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2018.

WILMINK, F. A. et al. Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7-year retrospective analysis of a national registry. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 202, n. 3, p. 250.e1-250.e8, 1 mar. 2010.

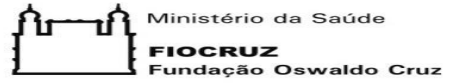
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA HOSPITALAR COM A PUÉRPERA



“Nascer Saudável”

Questionário Hospitalar – Puérpera

2018



Unidade hospitalar |__|__|

Código	Nome do hospital
03	Hospital Pasteur
04	Vitoria Apart Hospital
05	Centro Hospitalar Unimed Joinville
09	Hospital da Luz
10	Hospital Nipo Brasileiro
11	Hospital Rede D'Or São Luiz
13	Hospital Cura D'ars
14	Hospital Agamenon Magalhães

Estado:

Cidade:

Nome do entrevistador:

QUESTIONÁRIO HOSPITALAR - PUÉRPERA

RECORD ID |__|__|__|__|__|

III. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

20. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), quantas vezes você ficou grávida, incluindo alguma perda ou aborto com menos de 5 meses de gestação? (Se 00, vá para a 36)	_ _ _
21. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), você teve algum aborto ou perda com menos de 5 meses de gravidez? Se Sim, quantos? 0. Não (vá para a 23)	_ _
22. Quantas perdas ou abortos foram espontâneos?	_ _ _
23. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê), quantos partos você já teve de gestações com mais de 5 meses? (Se 00, vá para 36)	_ _ _
24. Que idade você tinha quando teve seu primeiro parto?	_ _ _
25. Qual foi a data do seu último parto, antes do nascimento do (a) (nome do bebê)?	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _
26. E quantos desses partos foram normais (incluindo partos à fórceps e vácuo)?	_ _ _
27. E quantos desses partos foram cesarianas? (Se 00, vá para 31)	_ _ _
28. Qual foi a data da sua última cesariana, antes do nascimento do (a) (nome do bebê) ?	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _
29. Qual foi o motivo da última cesariana que você teve antes do nascimento do (nome do bebê)? (Não ler as opções)	_ _ _
01. Já tinha cesárea anterior	_ _ _
02. Não queria sentir a dor do parto normal	_ _ _
03. Bebê estava enrolado no cordão	_ _ _
04. Bebê estava sentado/ atravessado	_ _ _
05. Bebê era grande	_ _ _
06. Não tinha passagem/ não teve dilatação/bebê não desceu/ não encaixou	_ _ _ _ _ _
07. Bebê passou do tempo	_ _ _
08. Sofrimento do bebê	_ _ _
09. Pouco líquido na bolsa (amniótico)	_ _ _
10. Problema de pressão alta	_ _ _
11. Problema de diabetes	_ _ _
12. Outra razão não citada (responda a 30)	_ _ _
30. Que razão? _____	
31. Antes da gravidez do (a) (nome do bebê) , algum filho nasceu morto com 5 meses ou mais de gestação ou pesando mais de meio quilo?	_ _ _
32. Antes da gravidez do (a) (nome do bebê) , quantos filhos nasceram vivos? (incluir aqueles que faleceram logo após o nascimento) (Se 00, passar para a questão 35)	_ _ _
33. Antes desta gravidez algum filho nasceu vivo e faleceu com menos de 1 mês de vida?	_ _ _
34. Antes desta gravidez algum filho nasceu vivo e faleceu com mais de um mês e menos de 1 ano de vida?	_ _ _
35. Antes da gravidez do (a) (nome do bebê) , algum filho nasceu prematuro (antes do tempo)?	_ _ _

36. Você já fez alguma cirurgia no útero (por exemplo, para retirar mioma, micro cesárea para interromper gravidez, para corrigir infertilidade, para tratar perfuração pós-aborto, ou por outra causa?)	__
0. Não 1. Sim	

IV. PRÉ-NATAL

37. Quando ficou grávida, você: (ler as opções) 1. Pretendia engravidar naquele momento 2. Pretendia esperar mais tempo 3. Não pretendia engravidar	__
38. Como você se sentiu quando soube que estava grávida do (a) (nome do bebê)? (ler as opções) 1. Satisfeita 2. Mais ou menos satisfeita 3. Insatisfeita	__
39. Você fez algum tratamento para engravidar nesta gestação 0. Não 1. Sim (Se 0, passar para a questão 42)	__
40. Qual? 1. Remédio (comprimido) para estimular ovulação 2. Inseminação artificial 3. Fertilização in vitro 4. Outro (responda a 41)	__
41. Qual outro tratamento? _____	
42. Qual a data da sua última menstruação (antes do parto)? (Se não souber informar dia, mês ou ano, passar para a questão 44.) Quando não souber informar o dia, colocar 99).	__ _ __ _ / __ _ __ _ / __ _ __ _
43. Você tem certeza dessa data? 0. Não 1. Sim	__
44. Quantas consultas de pré-natal você fez durante a gravidez do (a) (nome do bebê)? (Caso a gestante tenha mudado de unidade ou tenha frequentado pré-natal em mais de um serviço, considerar o total de consultas. Se não tiver realizado nenhuma consulta de pré-natal, passar para a questão 60.)	__ _
45. Com quantas semanas ou meses de gravidez você começou o pré-natal? (Se souber informar semanas, não registrar meses.)	45.1 __ _ semanas 45.2 __ meses
46. Onde foram realizadas as consultas do pré-natal da gravidez do(a) (nome do bebê)? (Ler as opções. Só colocar dois serviços se o número de consultas for igual nos dois) 1. No hospital onde fez o parto 2. No consultório particular 3. No ambulatório/consultório do plano de saúde 4. No serviço público 5. Outros	__ __ __

47. Qual profissional de saúde atendeu você durante as consultas do pré-natal da gravidez do(a) (nome do bebê) ? 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Outro 9. Não sabe informar	__ __
48. Durante a gestação do (a) (nome do bebê) , você obteve informações (por você mesmo ou através de outros: (ler as opções))	
48.1 Como começa o trabalho de parto? 0. Não 1. Sim	__
48.2 Sinais de risco na gravidez que devem fazer você procurar um serviço de saúde? 0. Não 1. Sim	__
48.3 Sobre coisas que você poderia fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê (ex: andar, tomar banho, posições para o parto, formas de diminuir a dor, etc)? 0. Não 1. Sim	__
48.4 Sobre não cortar o cordão umbilical imediatamente após o nascimento? 0. Não 1. Sim	__
48.5 Sobre ter contato pele a pele com o bebê na sala de parto? 0. Não 1. Sim	__
48.6 Amamentar na primeira hora de vida? 0. Não 1. Sim	__
49. Onde você obteve a maior parte dessas informações? 1. Na consulta individual do pré-natal 2. No grupo/curso de gestante do pré-natal 3. No grupo de gestante do hospital onde fez o parto 4. Em outros grupos de gestantes 5. Operadora de plano de saúde 6. Internet	__ __
Outros (responda 49.1)	
49.1 Especifique: _____	
50. Durante as consultas de pré-natal você foi informada sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto? 0. Não 1. Sim	__
51. Pelo o que você entendeu na gravidez, você diria que, para uma gestação sem complicações: (ler as opções) 1. O parto normal é mais seguro para a mãe e bebê 2. A cesárea é mais segura para a mãe e bebê 3. Tanto o parto normal quanto a cesárea são seguros para a mãe 4. Não ficou esclarecida	__
52. Você foi considerada gestante de risco? 0. Não 1. Sim	__
53. Antes da internação atual você foi internada alguma vez durante a gravidez do (a) (nome do bebê) ? 0. Não (vá para 54) 1. Sim	__
53.1 Por qual motivo? (não ler as opções) 01. Hipertensão/pré-eclâmpsia 02. Sangramento 03. Ameaça de parto prematuro 04. Infecção urinária 05. Diabetes	__
Outros (responda 53.2)	
53.2 Qual motivo? _____	
54. Você sabia que este hospital participa de um projeto chamado Parto Adequado? 0. Não (vá para 59) 1. Sim	__

55. Como você soube? 1. Profissional responsável pelo pré-natal 2. Operadora de plano de saúde 3. Amigas 4. Midia Outros (responda 55.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
55.1 Especifique: _____	
56. Durante a gestação do (a) (nome do bebê) , você foi orientada a procurar este hospital/ maternidade para ter o parto? 0. Não (vá para 58) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
57. Quem forneceu essa orientação? 1. Profissional do pré-natal 2. Operadora de plano de saúde Outros (responda 57.1)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
57.1 Especifique: _____	
58. O fato do hospital participar do projeto Parto Adequado influenciou sua decisão de realizar o parto neste hospital? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
59. Você foi orientada a visitar este hospital maternidade para conhecer o ambiente em que ficaria durante o trabalho de parto e parto? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
60. Você visitou a maternidade/ hospital onde iria realizar o seu parto? 0. Não 1. Sim (vá para 62)	<input type="checkbox"/>
61. Por que você não visitou a maternidade para conhecer o local onde você teria seu bebê? 1. Já conhecia a maternidade 2. As visitas eram oferecidas no horário de trabalho 3. A maternidade fica em local distante da minha casa ou trabalho 4. Não se interessou em visitar a maternidade Outro (responda a 61.1) (Após essa questão vá para 65)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
61.1 Especifique _____ (Após essa questão vá para 65)	
62. Durante a visita você:	
62.1 Foi informada sobre situações de saúde que levariam a sua internação para o parto? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
62.2 Foi informada sobre a equipe de saúde que iria lhe atender no momento da internação? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
62.3 Visitou os locais em que ficaria durante o trabalho de parto e parto? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
62.4 Foi informada que você tem direito a um acompanhante sem pagar por isso? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
63. A visita ao hospital lhe ajudou a ficar mais tranquila quanto ao seu parto? (Ler opções) 1. Ajudou muito 2. Ajudou um pouco 3. Nem ajudou nem atrapalhou 4. Atrapalhou 5. Sem opinião formada	<input type="checkbox"/>

<p>1. Mais de uma contração a cada 5 minutos 2. Uma contração a cada 10 minutos 3. Uma contração em intervalos maiores de 10 minutos 9. Não sabe informar</p>	
72. Quantos centímetros de dilatação você tinha na hora da internação?	<input type="text"/> <input type="text"/> cm
73. Quando você chegou no hospital, sua bolsa estava rompida? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
74. O motivo desta internação foi alguma complicação de saúde? 0. Não (vá para 75) 1. Sim	<input type="text"/>
74.1 Qual? 1. Pressão alta (Pre-eclampsia, Eclampsia, HELLP) 2. Diabetes 3. Sangramento 4. Placenta prévia/ baixa 5. Infecção 6. Problemas relacionados ao bebê 7. Outros	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
74.2 Qual? _____	
75. Você internou para cesárea agendada? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>

VII. TRABALHO DE PARTO

76. Você ficou internada em trabalho de parto aqui no hospital? (Ler opções) 0. Não, pois não entrei em trabalho de parto (vá para 86) 1. Não, já cheguei com o bebê nascendo (vá para 86) 2. Não, pois internei para fazer cesárea (vá para 86) 3. Sim	<input type="text"/>
77. Quem acompanhou seu trabalho de parto? (ler as opções) 1. Enfermeira 2. Médico (se apenas médico, passar para Questão 77.2)	<input type="text"/> <input type="text"/>
77.1. Essa enfermeira (Ler as opções) 1. Estava de plantão 2. Era da equipe de pré-natal	<input type="text"/> <input type="text"/>
77.2. Esse médico (Ler opções) 1. Estava de plantão 2. Era seu médico do pré-natal e veio para o hospital após ser contatado Era da equipe do seu médico de pré-natal e veio para o hospital após ser contatado	<input type="text"/> <input type="text"/>
78. Seu trabalho de parto foi induzido? Ou seja, usaram algum remédio, soro ou sonda para iniciar o seu trabalho de parto? 0. Não 1. Sim, comprimidos na vagina 2. Sim, soro 3. Sim, sonda 9. Não sabe informar	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
79. Você consumiu algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto? (Ler opções) 0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim	<input type="text"/>
80. Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado soro na veia? 0. Não (vá para 82) 1. Sim	<input type="text"/>
81. Foi posto no soro um medicamento para aumentar as contrações (ocitocina)? 0. Não 1. Sim 9. Não soube informar	<input type="text"/>
Essa pergunta só deve ser feita caso a bolsa não tenha rompido antes da internação	<input type="text"/>

82. Romperam a bolsa depois que você chegou aqui no hospital? (ler as opções) 0. Não (vá para 83) 1. Sim 2. Não, rompeu sozinha durante a internação (vá para 83) 3. Não sei	<input type="checkbox"/>
82.1 Em que momento a bolsa foi rompida? 1. Na sala de admissão 2. Durante o trabalho de parto 3. Na sala de parto	<input type="checkbox"/>
82.2 Com quanto de dilatação você estava quando romperam a sua bolsa?	<input type="checkbox"/>
83. Você pôde caminhar durante o trabalho de parto? (ler as opções) 0. Não, não era permitido 1. Não, porque não quis 2. Sim	<input type="checkbox"/>
84. Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? (ler as opções)	
84.1 Banheira com água morna 0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim	<input type="checkbox"/>
84.2 Chuveiro com água morna 0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim	<input type="checkbox"/>
84.3 Bola 0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim	<input type="checkbox"/>
84.4 Massagem 0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim	<input type="checkbox"/>
84.5 Banquinho para posição de cócoras 0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim	<input type="checkbox"/>
84.6 Cavalinho 0. Não, não foi oferecido 1. Não, porque não quis 2. Sim	<input type="checkbox"/>
84.7 Outro (responda a 84.8) 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
84.8 Qual? _____	
85. Foi aplicada anestesia peridural ou raqui em algum momento do trabalho de parto? 0. Não 1. Sim 9. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
86. Depois que você chegou nesta maternidade, fizeram cardiotocografia (exame feito através de duas fitas que ficam em volta da sua barriga para ver a contração e o batimento do coração do seu bebê)? 0. Não 1. Sim, na hora que internei 2. Sim, em alguns momentos do trabalho de parto 3. Sim, durante todo o trabalho de parto 9. Não soube informar	<input type="checkbox"/>

VIII. PARTO

87. Com quantos semanas/meses de gestação o (a) (nome do bebê) nasceu? (Se souber informar semanas, não marcar meses)	87.1 __ __ Semanas 87.2 __ Meses
88. Durante a gravidez do (a) (nome do bebê) você tomou alguma injeção de corticóide para amadurecer o pulmão do bebê? 0. Não (vá para 90) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
89. Com quantas semanas gestacionais você estava quando tomou a última dose do corticóide?	__ __ semanas
90. Você foi incentivada a fazer um plano de parto? 0. Não (vá para 91)	<input type="checkbox"/>

	1. Sim	
90.1 Quem te incentivou?	<ol style="list-style-type: none"> 1. O profissional responsável pelo pré-natal 2. A equipe do hospital onde realizei o parto 3. Outra pessoa 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
91. Você fez o plano de parto?	0. Não (vá para 93) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
92. Seu plano de parto foi respeitado?	0. Não 1. Sim, parcialmente 2. Sim, totalmente	<input type="checkbox"/>
93. Qual profissional de saúde lhe atendeu no parto?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Médico 2. Enfermeiro 	<input type="checkbox"/>
94. Esse profissional de saúde que atendeu o seu parto era (Ler as opções)	<ol style="list-style-type: none"> 1. O mesmo profissional que me acompanhou durante todo o pré-natal 2. Um dos profissionais da equipe do seu pré-natal 3. Um dos profissionais da equipe de plantão do hospital 4. Outro 	<input type="checkbox"/>
95. Qual foi o tipo de parto que você teve?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Parto normal /fôrceps/ vácuo extrator 2. Cesariana (se gemelar, marcar o tipo de parto de todos os bebês.	1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/>
96. De quem foi à decisão por este tipo de parto?(ler as opções)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sua 2. Do médico 3. Da enfermeira 4. Conjunta 	<input type="checkbox"/>
Outra pessoa (responda a 96.1)		
96.1 Quem?		
97. Na hora do parto qual a posição do(a) (nome do bebê) na sua barriga?	<ol style="list-style-type: none"> 1. De cabeça para baixo 2. Sentado 3. Outra posição 9. Não sabe informar 	1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/>
Só para quem teve parto normal		<input type="checkbox"/>
98. Você foi para outra sala na hora de ter o bebê?	0. Não 1. Sim	
99. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deitada de costas com as pernas levantadas 2. Deitada de lado 3. Sentada / reclinada 4. Na banheira 5. De quatro apoios 6. De cócoras 7. De pé 	<input type="checkbox"/>
100. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê? (manobra de Kristeller).		<input type="checkbox"/>

	0. Não 1. Sim	
101. No momento do parto foi feito episiotomia (corte no seu períneo/vagina)?	0. Não 1.Sim 9. Não sei	_ _
102. Você levou ponto no períneo/vagina?	0. Não 1.Sim 9. Não sei	_ _
Só para quem teve cesárea		_ _
103. Em que momento foi decidido que seu parto seria cesariana? (ler as opções) 1. No pré-natal 2. Durante internação por complicações na gestação 3. Na admissão para o parto 4. No pré-parto ou na sala de parto		_ _
104. Qual foi a razão da cesariana? (não ler as opções) 01. Queria fazer cesariana (medo da dor, poder planejar o parto, por achar mais seguro para mulher e bebê dentre outros) 02. Queria ligar as trompas 03. O bebê tinha circular de cordão (enrolado no cordão) 04. Já tinha <u>uma</u> cesárea anterior 05. Já tinha <u>duas ou mais</u> cesáreas anteriores 06. O bebê estava sentado 07. O bebê estava atravessado 08. O bebê era grande 09. O bebê não estava crescendo ou crescendo pouco 10. Não tinha passagem/não teve dilatação/bebê não desceu/não encaixou 11. Havia pouco líquido amniótico/ placenta velha 12. Você não queria sentir a dor do parto normal 13. O bebê entrou em sofrimento		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
14. Passou da hora/do tempo (pós-maturidade) 15. A bolsa rompeu 16. Pressão alta 17. Falha de indução/a indução não funcionou Outra razão não citada (responda a 104.1)		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
104.1 Que razão? _____		
105. Você teve acompanhante durante sua internação? 0. Não 1. Sim (vá para 106)		_ _
105.1 Se não, por quê? (Não ler as opções) 01. A maternidade não permitia qualquer acompanhante 02. Não permitia homens 03. Só permitia para adolescente 04. Só permitia acompanhante maior de idade 05. Eu não sabia que podia 06. Eu não queria 07. Não tinha quem ficasse comigo 08. Tinha que pagar para ficar com acompanhante 09. Só podia acompanhante na sala de parto 10. Outros. (responda a 105.2) 99. Não soube informar		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
(Ao final dessa questão, vá para o bloco IX)		

105.2 Defina: _____ (vá para o bloco IX)	
106. Seu acompanhante ficou com você em que momentos? : (ler as opções)	
106.1 Admissão 0. Não 1. Sim 2. Não quis	__
106.2 Trabalho de parto 0. Não 1. Sim 2. Não quis	__
106.3 Durante o parto 0. Não 1. Sim 2. Não quis	__
106.4 Internação após o parto (ficou junto no quarto/enfermaria) 0. Não 1. Sim 2. Não quis	__

IX. INFORMAÇÕES DO BEBÊ – Atenção! Não aplicar para natimortos

107. Logo após o nascimento, assim que saiu da sua barriga, o bebê:(ler as opções) 1. Foi direto para o seu colo (vá para 109) 2.Foi receber cuidados dos profissionais de saúde 3.Não lembra /não sabe (vá para 109)	1º __ 2º __
108. Depois desses cuidados você: 1. Ficou com o bebê no colo 2. Apenas viu o bebê (vá para 110) Não teve contato (vá para 110)	1º __ 2º __
109. Ele ficou em contato pele a pele com você, sem roupas ou lençóis entre vocês? 0. Não 1. Sim	1º __ 2º __
110. O bebê veio para o quarto junto com você? 0. Não 1. Sim (vá para 112)	1º __ 2º __
110.1 Por quê? 1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido 2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico Outro motivo (responda a 110.2)	1º __ 2º __
110.2 Qual?	
111. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto? (Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)	1º bebê _ _ _ dia _ _ _ horas _ _ minutos
	2º bebê _ _ _ dia _ _ _ horas _ _ minutos

X – ALEITAMENTO MATERNO (ATENÇÃO! EM CASO DE ÓBITO, NÃO APLICAR ESTE BLOCO).

112. Você já ofereceu o peito para o seu bebê? 0. Não 1. Sim (vá para 113) 8. Não se aplica	1º __ 2º __
112.1 Por que ainda não deu o peito ao seu bebê? 1. Mãe HIV+ (vá para o bloco XI) 2. Mãe HTLV+ (vá para o bloco XI) 3. Bebê prematuro 4. Bebê doente e não pode mamar	1º __ __ __ __ 2º __ __ __ __

<p>5. Bebê não consegue sugar 6. Leite não desceu/ pouco leite 7. Estou sem posição para amamentar 8. Outros (responda a 112.2)</p>		
112.2 Quais? _____		
113. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 115)	1º __ 2º __	
114. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos)	1º bebê __ __ dia __ __ horas __ __ minutos 2º bebê __ __ dia __ __ horas __ __ minutos	
115. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito? 0. Não (vá para o bloco XI) 1. Sim 9. Não sabe (vá para o bloco XI)	1º __ 2º __	
115.1 Por que recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções) 1. Bebê não conseguia mamar 2. Leite não havia descido/estava com pouco leite 3. Rotina hospitalar, foi prescrito pelo pediatra 4. Outros (responda a 115.2)	1º __ __ __ __ 2º __ __ __ __	
115.2 Especifique: _____		
116. Como o leite foi dado ao seu bebê? 1. Na mamadeira/chuquinha 2. No copinho 3. Na sonda/gavagem/seringa 4. Outros (responda a 116.1) 9. Não soube informar	1º __ __ __ 2º __ __ __	
116.1 Especifique: _____		

XI. DADOS FAMILIARES

117. Qual o último grau que você cursou? 0. Nenhum (vá para 119) 1. Ensino Fundamental (1º grau) (responda a 118) 2. Ensino Médio (2º grau) (responda a 118) 3. Ensino Superior Incompleto (3º grau) (vá para 118) 4. Ensino Superior Completo (3º grau) (vá para 117.2) 5. Pós graduação (responda a 117.1)	__
117.1 Qual? 1. Especialização 2. Mestrado 3. Doutorado	__
117.2. Qual é a duração regulamentar do seu curso de ensino superior?	__
118. Última série/ano que você concluiu com aprovação?	__
119. Qual é a sua situação conjugal? (ler as opções) 1. Solteira 2. Casada no papel/vive com companheiro 3. Separada/divorciada	__

	4. Viúva	
120. Você tem algum trabalho remunerado?	0. Não 1. Sim	_
121. Quem é o (a) chefe da família? 1. Você (a própria mulher) (vá para o bloco XII) 2. O companheiro 3. Mãe 4. Pai 5. Outra pessoa da família (responda a 121.1) 6. Outra pessoa que não reside na casa (responda a 121.1)		_
121.1 Que pessoa? _____		
122. Qual o último grau que o chefe da família cursou? 0. Nenhum (vá para bloco XII) 1. Ensino Fundamental (1º grau) (responda a 123) 2. Ensino Médio (2º grau) (responda a 123) 3. Ensino Superior (3º grau) 3. 9. Não sabe informar (vá para bloco XII)		_
123. Última série/ano que o chefe da família concluiu com aprovação?		_

XII. IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

124. A água utilizada na sua casa é proveniente de? (Ler opções) 1. Rede geral de distribuição 2. Poço ou nascente 3. Outro meio		_
125. Considerando o trecho da rua da sua casa, você diria que a rua é (Ler opções) 1. Asfaltada/pavimentada 2. Terra/cascalho		_
126. Quantos banheiros com vaso sanitário de uso exclusivo da sua família têm na sua casa? (incluir banheiro de empregada)		_ _
127. Agora, vou lhe fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não ter na sua casa.		
128. Na sua casa tem microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptop, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones? Se Sim quantos? 0. Não possui		_
129. Na sua casa tem geladeira? Se Sim, quantos? 0. Não possui		_
130. Na sua casa tem freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex)? Se Sim, quantos? 0. Não possui		_
131. Na sua casa tem DVD? Se Sim, quantos? 0. Não possui		_
132. Na sua casa tem máquina de lavar roupa? Se Sim, quantos? (não incluir tanquinho) 0. Não possui		_

133. Na sua casa tem lavadora de louças? Se Sim, quantos?	0. Não possui	__
134. Na sua casa tem fornos de micro-ondas? Se Sim, quantos?	0. Não possui	__
135. Na sua casa tem máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca? Se Sim, quantos?	0. Não possui	__
136. Na sua casa tem moto? Se Sim, quantos?	0. Não possui	__
137. Na sua casa tem carro particular? Se Sim, quantos?	0. Não possui	__
138. Na sua casa tem empregada mensalista? (5 dias ou mais por semana). Se Sim, quantos?	0. Não possui	__

XIII. HÁBITOS MATERNOS

139. Você fumava antes da gravidez do (nome do bebê)?	0. Não 1. Sim	__
140. Você fumou na gravidez do (nome do bebê)?	0. Não (vá para 143) 1. Sim	__
141. Você fumou até que mês da gravidez do (nome do bebê)?		__ __
142. Você fumava todo dia?	0. Não 1. Sim	__
142.1 Quando fumava, quantos cigarros fumava por dia? (um maço contém aproximadamente 20 cigarros)		__ __
143. Durante a gravidez, você bebeu chope, cerveja ou alguma outra bebida alcoólica? 0. Não (confirme: "nem de vez em quando?") 1. Sim		__
Se entrevistada for <u>completamente abstêmia</u>, pular para o bloco XIV		
144. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	0. Não 1. Sim	__
145. Seu (ex) companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe?	0. Não 1. Sim	__
146. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	0. Não 1. Sim	__
147. Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada? 0. Não 1. Sim		__
148. Quantas doses você precisa beber para se sentir "alta", ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito "normal"?		__ __

(Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha)	
	1. 1 dose 2. 2 doses 3. 3 doses

XIV. ANTECEDENTES PESSOAIS

149. Você apresentava alguma dessas doenças antes da gravidez que tenha sido confirmada por médico? (ler as opções)		
150. Doença do coração	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
151. Pressão alta fora da gestação , tendo sido prescrito remédio para uso continuado	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
152. Anemia grave, fora da gestação , ou outra doença no sangue	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
153. Asma/bronquite	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
154. Lupus ou esclerodermia	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
155. Hipotireoidismo	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
155.1. Hipertireoidismo	0.Não	<input type="checkbox"/>
156. Diabetes/açúcar alto no sangue, fora da gestação , confirmado por médico especialista	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
157. Doença renal/nos rins confirmada por médico especialista que precisa de tratamento	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
158. Epilepsia/convulsão, antes da gestação	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
159. AVC/derrame	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
160. Doença do fígado confirmada por médico especialista que precisa de tratamento	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
161. Doença mental, que necessita de acompanhamento com especialista	0.Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
162. Outros	0. Não (vá para o bloco XV) 1.Sim	<input type="checkbox"/>
162.1 Quais?		

XV- PLANO DE SAÚDE

163. Você tem direito a algum plano de saúde, particular, de empresa ou órgão público? (ler as opções)	0. Não (vá para o bloco XVI) 1. Sim, apenas um 2. Sim, mais de um	<input type="checkbox"/>
164. Este plano de saúde dá direito à: (Ler opções)	1. Consulta médica 2. Internações hospitalares 3. Assistência ao parto 4. Exames complementares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
165. Você desembolsou algum recurso próprio para ter acesso a algum desses procedimentos:		
165.1 Parto normal ou cesariana agendada com médico do plano?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

165.2	Laqueadura tubária?	0. Não 1. Sim	__
165.3	Disponibilidade do profissional para acompanhar seu trabalho de parto	0. Não 1. Sim	__
165.4	Equipe médica de sua escolha não conveniada	0. Não 1. Sim	__
165.5	Internação nesta maternidade?	0. Não 1. Sim	__
166.	Durante a gravidez você solicitou a taxa de cesariana de médicos e hospitais da rede credenciada?	0. Não(vá para o bloco XVI) 1. Sim	__
167.	A operadora forneceu as informações solicitadas?	0. Não 1. Sim	__
168.	Essa informação influenciou na sua decisão sobre:		
168.1	O profissional que fez seu pré-natal	0. Não 1. Sim	__
168.2	A maternidade onde realizaria seu parto	0. Não 1. Sim	__

XVI. INFORMAÇÕES BIOMÉTRICAS

169.	Qual era o seu peso antes de ficar grávida? (anotar em Kg)	__ __ __ , __ Kg
170.	Qual era o seu peso na última consulta de pré-natal? (anotar em Kg)	__ __ __ , __ Kg
170.1	Qual era o seu peso no período próximo ao parto? (anotar em Kg)	__ __ __ , __ Kg
171.	Em que data foi pesada pela última vez no pré-natal?	__ __ / __ __ / __ __
172.	Qual é a sua altura? (anotar em cm)	__ __ __ cm

XVII. SATISFAÇÃO COM ATENDIMENTO HOSPITALAR

173.	Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a clareza com que os profissionais de saúde explicaram as coisas para você? (Ler opções)	__
1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo		
174.	Na sua internação para o parto, como a Sra. avalia o respeito dos profissionais ao recebê-la e ao falar com a você? (Ler opções)	__
1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo		
175.	Receber um tratamento respeitoso significa ter os exames realizados de maneira respeitosa. Na sua internação para o parto, como a Sra avalia a maneira como sua intimidade foi respeitada durante o exame físico e o atendimento (por exemplo, durante os toques e o atendimento ao parto?) (Ler opções)	__
1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo		
176.	Na sua internação para o parto, como a Srª avalia o tempo disponível para fazer perguntas sobre a sua saúde ou o seu tratamento? (Ler opções)	__
1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo		
177.	Na sua internação para o parto, como a Srª avalia a possibilidade de participar junto com a equipe de saúde das decisões sobre o seu trabalho de parto e o parto? (Ler opções)	__
1.Excelente 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Péssimo		

<p>178. Na sua internação para o parto, a Sra. considera que foi vítima de algum maltrato ou outra forma de violência por parte dos profissionais, como (pode ter mais de uma resposta) (Ler opções)</p> <p style="text-align: right;">1.Não</p> <p>2.Violência verbal (algum profissional gritou ou xingou a Sra.)</p> <p>3.Violência psicológica (algum profissional a ameaçou, humilhou ou se negou a atendê-la ou oferecer algum tipo de alívio para dor)</p> <p>4.Violência física (algum profissional a empurrou, machucou ou fez exame de toque de forma dolorosa)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>179. Na sua opinião, o atendimento ao seu parto foi: (Ler opções)</p> <p>1.Excelente 2.Bom 3.Regular 4.Ruim 5.Péssimo</p>	<input type="checkbox"/>
<p>180. Na sua opinião, o atendimento ao bebê na maternidade onde ele nasceu foi: (Ler opções)</p> <p>1.Excelente 2.Bom 3.Regular 4.Ruim 5.Péssimo</p>	<input type="checkbox"/>

XIX. CONSIDERAÇÕES FINAIS

<p>181. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?</p> <p style="text-align: right;">0. Não (vá para 264) 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>182. O que deseja dizer?</p>	
<p>183. O seu cartão da gestante está aqui com você?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>184. Você tem resultado de exame de ultrassonografia aqui com você?</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="checkbox"/>
<p>185. Observações do entrevistador:</p>	

ANEXO 2 - FORMULÁRIO DE EXTRAÇÃO DE DADOS DE PRONTUÁRIO HOSPITALAR



INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO

RECORD ID |__|__|__|__|__|__|

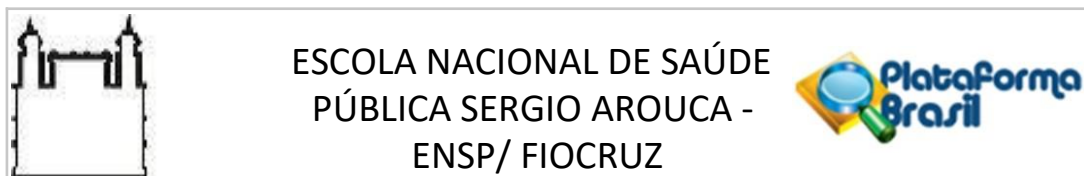
1. Dados Gerais da coleta de dados	
1. Data da coleta de dados __ __ __ / __ __ __ / __ __ __	
2. Nome da mãe: _____	
3. N° do prontuário da mãe: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
4. Neste prontuário existe algum tipo de sinalização referente a participação desta puérpera no projeto "Parto Adequado"	__
0. Não 1. Sim	
5. Tipo de gestação: 1. Única 2. Gemelar (dois)	1º __ 2º __
6. Condição no nascimento 1. Nascido vivo 2. Natimorto	__
2. Dados da Internação	
7. Data da internação:	__ __ __ / __ __ __ / __ __ __
8. Hora da admissão:	__ __ __ h __ __ __ min
9. Tipo de saída do hospital onde foi realizado o parto: 1. Alta 2. Transferida no pós-parto (vá para questão 11) 3. Saída à revelia 4. Óbito 5. Permanece internada após 42 dias da data do parto (vá para o bloco 3)	__
10. Data da saída do hospital/óbito onde foi realizado o parto: (Se alta ou saída à revelia, vá para a questão 13 e se óbito, vá para a 12)	__ __ __ / __ __ __ / __ __ __
11. Hospital para onde foi transferida após o parto (nome, cidade e estado) _____	
11.1 Motivo da transferência: _____	
11.2 Tipo de saída do hospital para onde foi transferida: 1. Alta 2. Saída à revelia	__

41. Sífilis	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Infecção urinária	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Infecção pelo HIV	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Toxoplasmose (que precisou tratar)	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Infecção por ZICA	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Infecção por Dengue	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Infecção por Chicungunha	0. Não1. Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Exame de cultura para streptococo na vagina e/ou ânus e/ou urina com 0. Não1. Sim resultado positivo		<input type="checkbox"/>	
49. Bebê com malformação congênita 0. Não (vá para 51)1. Sim		<input type="checkbox"/>	
50. Qual? _____			
51. Outros problemas 0. Não (vá para 53)1. Sim		<input type="checkbox"/>	
52. Qual? _____			
53. Cirurgia uterina anterior (miomectomia, microcesarea, outras cirurgias do corpo uterino) 0. Não1. Sim		<input type="checkbox"/>	
4. Dados da Internação			
54. Data da última menstruação (DUM):		<input type="text"/>	<input type="text"/>
55. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM:		<input type="text"/>	semanas
56. Idade gestacional na admissão calculada por USG:		<input type="text"/>	semanas
57. IG na USG usada para cálculo:		<input type="text"/>	semanas
58. Data da USG usada para cálculo:		<input type="text"/>	<input type="text"/>
59. Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo:		<input type="text"/>	semanas
60. Apresentação do bebê: 1. Cefálica2. Pélvica3.Outra (Córmica/transversa)9. Sem informação		1º bebê <input type="checkbox"/>	2º bebê <input type="checkbox"/>
61. Há registro de pressão arterial na admissão 0. Não (vá para 64) 1. Sim		<input type="checkbox"/>	
62. Primeira verificação: sistólica (em mmhg)		sist <input type="text"/>	mmhg
63. Primeira verificação: diastólica (em mmhg)		diast <input type="text"/>	mmhg
64. Há registro de prescrição/uso de sulfato de magnésio no momento da internação? 0. Não1. Sim		<input type="checkbox"/>	
65. Sangramento vaginal na admissão hospitalar: 0.Não 1. Sim, pequeno 2. Sim, moderado 3. Sim, intenso 4. Sim, sem especificação		<input type="checkbox"/>	
66. Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes (ou no momento) da internação: 1. Não 2. Sim, líquido claro 3. Sim, líquido com mecônio 4. Sim, líquido sanguinolento 5. Sim, líquido purulento/ fétido 6. Sim, sem especificação		<input type="checkbox"/>	

77. Outro diagnóstico. Qual? _____	
78. Intercorrência clínica. Qual? _____	
5. Assistência ao trabalho de parto	
79. Trabalho de Parto 1. Espontâneo 2. Induzido com sucesso 3. Induzido, sem sucesso (falha de indução) 4. Não entrou em trabalho de parto (responda a 80 e vá para 101)	_ _
80. Houve indicação de cesariana no momento da admissão/internação: 0. Não 1. Sim <i>SE A RESPOSTA NESSA QUESTÃO FOR "SIM" E NA 79 "ESPONTÂNEO" PULE PARA 101</i> <i>SE A RESPOSTA NESSA QUESTÃO FOR "SIM" E NA 79 "INDUZIDO COM SUCESSO" OU "INDUZIDO SEM SUCESSO" RESPONDA A 83 E PULE PARA 101</i>	_ _
81. Data da admissão/internação no pré-parto: _ _ / _ _ / _ _	
82. Hora da admissão/internação no pré-parto (se não houver registro, marcar 00h00min): _ _ h _ _ min	
<i>ESSA QUESTÃO DEVE SER RESPONDIDA SEMPRE QUE A RESPOSTA NA QUESTÃO 79 FOR "INDUZIDO COM SUCESSO" OU "INDUZIDO SEM SUCESSO"</i>	_ _ _ _
83. Medicações/método utilizados para indução do parto: (ver folha de prescrição) 1. Ocitocina 2. Misoprostol 3. Krause /foley/balão 4. Dinoprostone	
84. Prescrição de dieta no trabalho de parto: 0. Dieta zero 1. Dieta líquida 2. Outro tipo de dieta 9. Sem informação	_ _
85. Prescrição/uso de hidratação venosa no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim (vá para 87)	_ _
86. Colocação de acesso venoso no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	_ _
87. Prescrição/uso de antibióticos no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	_ _
88. Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade: 0. Não 1. Sim	_ _
89. Enteroclise/enema (lavagem intestinal) antes do parto: 0. Não 1. Sim	_ _
90. Profissional que acompanhou o trabalho de parto: (<i>Permite mais de 1 opção</i>) 1. Médico (a) 2. Enfermeiro(a) obstetra/obstetrix 3. Enfermeiro (a) 4. Outro 9. Sem informação	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
91. Presença de partograma no prontuário: 0. Não (vá para 94) 1. Sim	_ _

92. Qual era o registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma?	_ _ cm
93. Em quantos momentos do trabalho de parto, foram feitos registros de informação Clínicas e/ou obstétricas no partograma?	_ _
94. Prescrição/uso de ocitocina durante o trabalho de parto: 0. Não (vá para 96) 1. Sim	_
95. Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina:	_ _ cm
96. Prescrição/uso de analgésicos durante o trabalho de parto: <i>(Permite mais de 1 opção)</i> 1. Não 2. Sim, opióides (dolantina, meperidina ou petidina) 3. Sim, outras (buscopam, dipirona, hioscina, outros)	_ _
97. Utilização de analgesia durante o trabalho de parto: 0. Não 1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral	_
98. Ruptura de membranas durante o trabalho de parto / parto: (se rotura antes da admissão, registre "8") 1. Sim, ruptura espontânea 2. Sim, ruptura artificial (amniotomia) 3. Sim, sem informação do tipo de ruptura	_
99. Dilatação do colo do útero no momento da ruptura de membranas (amniotomia) no partograma/prontuário:	_ _ cm
100. Característica do líquido: 1. Líquido claro 2. Líquido com mecônio 3. Líquido sanguinolento 4. Líquido purulento/ fétido 5. Líquido sem especificação	_
101. Há registro no prontuário de: <i>(Permite mais de 1 opção)</i> 1. Sofrimento fetal durante o TP	_ _
2. Eliminação de mecônio espesso 3. Bradicardia fetal (BCF < 110) 4. Taquicardia fetal (BCF > 160) 5. Presença de DIP 2 ou 3 (desaceleração na cardiotocografia) 6. CTG - categoria 2 ou 3 7. Diagnóstico de corioamniotite ou infecção intrauterina antes do parto? 8. Sem registro de alguma das alterações acima	_ _ _
6. Dados da Assistência ao Parto	
102. Dia do parto:	_ _ / _ _ / _ _ _ _
103. Hora do parto:	_ _ horas _ _ min
104. Tipo de parto 1. Vaginal (inclui fórceps/ vácuo extrator) 2. Cesáreo (vá para 114) (Em caso de gemelar, com parto normal e cesárea, preencher as questões relativas aos dois tipos de parto)	_ _
105. Uso de fórceps/vácuo extrator: 0. Não 1. Fórceps 2. Vácuo-extrator	_ _

106. Qual profissional assistiu o parto:	1. Médico(a) 2. Enfermeiro(a) obstetra/obstetiz 3. Enfermeiro (a) 4. Outros 9. Sem informação	__
107. Qual a ultima dilatação registrada no prontuário/ partograma?		__ __ cm
107.1 Horário do registro de dilatação total: (partograma ou prontuário)		__ __ h __ __ min
108. Realização de episiotomia:	0. Não 1. Sim	__
109. Ocorrência de laceração vaginal/perineal	0. Não 1. 1º grau 2. 2º grau 3. 3º grau 4. 4º grau 5. Sim, sem especificação	__
110. Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia:	0. Não 1. Sim 9. Sem informação	__
111. Recebeu anestesia para fazer a sutura?	0. Não 1. Sim 9. Sem informação	__
112. Houve registro de distocia de ombro?	0. Não 1. Sim	1º bebê __ 2º bebê __
113. Houve prolapso de cordão?	0. Não 1. Sim	1º bebê __ 2º bebê __
8. Dados sobre Pós-Parto		
119. Prescrição/uso de Imunoglobulina anti – RH para incompatibilidade RH?	0. Não 1. Sim	__
120. Prescrição/uso de ocitocina profilática pós-parto imediato?	0. Não 1. Sim	__
121. Houve hemorragia pós-parto?	0. Não (vá para 123) 1. Sim	__
122. Houve hemorragia pós-parto grave?	0. Não 1. Sim	__
123. Houve diagnóstico de atonia/hipotonia uterina?	0. Não 1. Sim	__
124. Prescrição/uso de algum tratamento com uterotônico? (permite mais de uma opção)	0. Não 1. Ocitocina 2. Methergin 3. Misoprosotol	__ __ __ __

ANEXO 3 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA ENSP/FIOCRUZ**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: Nascer Saudável: estudo prospectivo de avaliação da implantação e dos efeitos de intervenção multifacetada para melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento em hospitais no Brasil Pesquisador: Maria do Carmo Leal Área Temática:

Versão: 7

CAAE: 50147415.3.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.333.648

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a uma solicitação de emenda 3 com a seguinte justificativa: "Extensão do cronograma, que agora inclui período de análise de dados e publicação de resultados. Inclusão da aluna de mestrado Fabrine Cobucci de Souza e sua orientadora Rosa Domingues na equipe de pesquisa. Inclusão do subprojeto e TCUD da aluna Fabrine Cobucci de Souza. Tais modificações também estão assinaladas em vermelho no projeto original anexado."

A apresentação do projeto foi descrita no parecer consubstanciado de aprovação número 1.761.057, emitido em 02/10/2016.

O projeto também recebeu os pareceres consubstanciados de nº 2.073.460, emitido em 19/05/2017 e

2.642.459, emitido em 08 de maio de 2018.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme descrito no parecer consubstanciado nº 1.761.057, emitido pelo CEP/ENSP em 02/10/2016.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito no parecer consubstanciado nº 1.761.057, emitido pelo CEP/ENSP em 02/10/2016.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresentou todos os elementos necessários à apreciação ética da emenda.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos inicialmente de apresentação obrigatória foram descritos no parecer consubstanciado nº 1.761.057, emitido pelo CEP/ENSP em 02/10/2016.

Para a solicitação desta emenda, foram apresentados os seguintes termos:

- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1346530_E3.pdf, postado em 08/05/2019;
- Projeto matriz nomeado Projeto_Nascer_Saudavel_MODIFICADO_2.pdf, postado em 08/05/2019;
- Projeto em análise nomeado ProjetoFabrine.pdf, postado em 08/05/2019;
- Formulário de encaminhamento nomeado FormularioSubprojetoFabrine.pdf, postado em 08/05/2019;- Termo de Compromisso de Utilização de Dados nomeado TCUDFabrine.pdf, postado em 08/05/2019.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/ENSP considera que a presente emenda não altera os objetivos do projeto e seus requisitos éticos, podendo ser implementada a partir da data de emissão deste parecer.

Caso haja instituição coparticipante deverá aguardar aprovação do referido CEP para a emenda apresentada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório de CEP/ENSP se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1346530_E3.pdf	08/05/2019 12:55:42		Aceito
Outros	TCUDFabriner.pdf	08/05/2019 12:49:08	Maria do Carmo Leal	Aceito
Outros	FormularioSubprojetoFabriner.pdf	08/05/2019 12:46:45	Maria do Carmo Leal	Aceito
Outros	ProjetoFabriner.pdf	08/05/2019 12:02:39	Maria do Carmo Leal	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Nascer_Saudavel_MODIFICADO_2.pdf	08/05/2019 11:32:42	Maria do Carmo Leal	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Formulario_resp_pend_PARECER_2073460.docx	14/06/2017 17:15:26	Maria do Carmo Leal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_ASSENTIMENTO_ADOLESCENTES.pdf	14/06/2017 17:10:45	Maria do Carmo Leal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARA_OS_RESPONSAVEIS_DAS_ADOLESCENTES.pdf	14/06/2017 17:10:21	Maria do Carmo Leal	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_MariaCarmoLeal.pdf	19/04/2017 13:07:28	Maria do Carmo Leal	Aceito
Outros	Carta_esclarecimento_financiamento.pdf	30/08/2016 12:56:37	Maria do Carmo Leal	Aceito
Outros	Autorizacao_de_uso_de_dados_Pedro_IHI.pdf	30/08/2016 12:41:52	Maria do Carmo Leal	Aceito
Outros	Autorizacao_de_uso_de_dados_Martha_ANS.pdf	30/08/2016 12:41:32	Maria do Carmo Leal	Aceito
Outros	Autorizacao_de_uso_de_dados_Miguel_Einstein.pdf	30/08/2016 12:40:36	Maria do Carmo Leal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termos_de_anuencia_das_instituicoes_Coparticipantes.pdf	08/06/2016 12:59:22	Maria do Carmo Leal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_puerpera_qualitativa.pdf	08/06/2016 11:58:38	Maria do Carmo Leal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Puerpera_MODIFICADO.pdf	08/06/2016 11:57:08	Maria do Carmo Leal	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_InformantesChaves_MODIFICA	08/06/2016	Maria do Carmo	Aceito
Assentimento / Justificativa de Ausência	DO.pdf	11:55:05	Leal	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GrupoFocal_MODIFICADO.pdf	08/06/2016 11:54:49	Maria do Carmo Leal	Aceito
Outros	FolhaRosto_MariadoCarmoLeal.pdf	30/03/2016 15:08:59	Carla Lourenço Tavares de Andrade	Aceito
Outros	Aprovacao_no_CEP_92_2010.pdf	19/02/2016 12:47:05	Maria do Carmo Leal	Aceito
Outros	Entrevista_gestores.pdf	19/02/2016 12:42:06	Maria do Carmo Leal	Aceito
Outros	Entrevista_corpo_clinico.pdf	19/02/2016 12:31:29	Maria do Carmo Leal	Aceito
Outros	Questionario_PRONTUARIO_GATTES.pdf	19/02/2016 12:27:35	Maria do Carmo Leal	Aceito
Outros	Questionario_PUERPERA_Gattes_2901.pdf	19/02/2016 12:22:53	Maria do Carmo Leal	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUD_Duca.pdf	19/02/2016 12:16:10	Maria do Carmo Leal	Aceito
Orçamento	Planilha_orcamento.pdf	14/10/2015 12:11:31	Maria do Carmo Leal	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 19 de Maio de 2019

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	CEP: 21.041-210
Bairro: Manguinhos	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863
	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br