

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Edymara Tatagiba Medina

## **O modelo casa de parto como estratégia de desmedicalização do parto no Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2022

Edymara Tatagiba Medina

**O modelo casa de parto como estratégia de desmedicalização do parto no Rio de Janeiro**

Tese 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 obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia Geral

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvana Granado Nogueira da Gama.

Coorientador: Prof. Dr. Ricardo José Oliveira Mouta.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: The birthing center model as a demedicalization strategy for childbirth in Rio de Janeiro.

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

M491m Medina, Edymara Tatagiba.  
O modelo casa de parto como estratégia de desmedicalização do parto no Rio de Janeiro / Edymara Tatagiba Medina. — 2022.  
214 f. : il. color. ; tab.

Orientadora: Silvana Granado Nogueira da Gama.  
Coorientador: Ricardo José Oliveira Mouta.  
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto. 2. Enfermagem Obstétrica. 3. Parto Normal. 4. Guia de Prática Clínica. 5. Enfermagem Baseada em Evidências. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.83098153

Edymara Tatagiba Medina

**O modelo casa de parto como estratégia de desmedicalização do parto no Rio de Janeiro**

Tese 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 obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia Geral.

Aprovada em: 11 de março de 2022.

Banca Examinadora

Profª Dra. Maysa Ludovice Gomes  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Profª Dra. Nágela Cristine Pinheiro Santos  
Universidade Federal de Minas Gerais

Profª Dra. Maria Auxiliadora Gomes Mendes  
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueiras

Profª Dra. Mariza Miranda Theme Filha  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Profª Dra. Silvana Granado Nogueira da Gama (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

## AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a Deus por todas as bênçãos em minha vida e de minha família. Aos meus queridos familiares pelo suporte nestes 4 anos. Não foi fácil o caminho, mas acreditei e fui!

A todas as mulheres maravilhosas que fizeram parte da história do Rio de Janeiro. Vou nomear algumas, mas foram muitas mãos nessa construção. Kátia Ratto, Cristina Boareto, Diana Valadares, Carla Brasil, Louise Silva, Tânia Almeida, Maria Auxiliadora Mendes, Suzanne Menezes, Jane Márcia Progianti, Maysa Ludovice, Leila Azevedo.

Aos professores e pesquisadores da ENSP/FIOCRUZ por toda a acolhida nestes 4 anos. Eu já admirava e respeitava todos pelas contribuições à ciência brasileira, mas não tinha ideia do comprometimento que precisam assumir para não deixar a ciência morrer!

Aos meus colegas de turma, que ajudaram a aliviar o caminho! Juntos ficamos mais fortes!

Aos pesquisadores da Nascer no Brasil, que defendem a transformação de modelo ao parto e deram visibilidade ao que precisa ser mudado! Minha admiração por essas mulheres poderosas, Duca, Silvana, Mariza e todo o grupo do Nascer!

A Maria Esther de Albuquerque Vilela pela contribuição no fortalecimento do caminho sem volta, que é a mudança de modelo. Guerreira poderosa, forte, mas com uma sensibilidade ímpar!

A minha orientadora querida, Silvana Granado, pelo incentivo, por embarcar junto comigo nesta jornada. Ao meu coorientador Ricardo Mouta, pela parceria e compartilhamento de conhecimentos.

Aos meus amigos e colegas da Faculdade de Enfermagem da UERJ, pois sem apoio, a jornada seria impossível. Principalmente a Área da Mulher do DEMI e ao grupo de pesquisa! Sandra, Adriana, Luiza Mara, Marcele, Ricardo, obrigada!

A Fátima Lino, Larissa e Ludy, que enfrentaram o desafio de ajudar na coleta de dados, sem o qual essa pesquisa não teria sido concluída! Meu muito obrigada!

Aos meus queridos companheiros de jornada da Casa de Parto! Sem vocês, essa história não seria possível! Vocês acreditaram e foram à luta! Caminhos cheios de espinhos, mas com a recompensa no sorriso das mulheres que tiveram seu momento respeitado, incentivado e garantido! Esse trabalho representa o que construímos ao longo dessa jornada.

E a todas as mulheres que não deixaram de sonhar! Acreditaram na Casa de Parto e lutaram para garantir esse espaço.

## RESUMO

O objetivo geral foi analisar as boas práticas, intervenções e resultados perinatais do modelo de parto adotado na Casa de Parto do RJ às mulheres de risco habitual em comparação ao modelo hospitalar de unidades da Região Sudeste da pesquisa Nascer no Brasil, estudo transversal, 2011-2012. A tese foi estruturada em três artigos. No primeiro realizou-se revisão de escopo para identificar estudos sobre Centros de Parto Normal – CPN no Brasil, a partir das bases de dados do Portal de Periódicos CAPES/MEC, Portal BVS, CINAHL, PUBMED, LILACS, Scielo, *Science Direct*, Scopus e Banco de Teses e Dissertações da CAPES. Estudos descritivos apontam que os CPN ofertam mais boas práticas e redução das intervenções, comparados ao modelo hospitalar. O segundo artigo analisou a conformidade do cuidado às Diretrizes Nacionais da Assistência ao Parto Normal. Estudo transversal com análise de 952 prontuários da Casa de Parto, entre 2014 e 2018. Utilizou-se matriz de julgamento, classificando-se como conformidade total ( $\geq 75,0\%$ ), parcial (50,0%-74,9%), incipiente (49,9%-25,0%) e não conformidade ( $< 24,9\%$ ). Encontrou-se que o cuidado na Casa de Parto está em conformidade total com as recomendações das Diretrizes Nacionais. No terceiro artigo comparou-se modelos da Casa de Parto, 408 observações e da pesquisa Nascer no Brasil, com 1107. A amostra foi ponderada por escore de propensão, utilizando conjunto de ajuste mínimo: idade, cor da pele, escolaridade, integridade de membranas e dilatação  $\geq 4$ cm, para estimar o efeito causal do local de parto sobre os desfechos estudados. Os resultados apontam que, no Modelo Casa de Parto, comparada ao Modelo Hospitalar, a mulher teve maior chance de ter o acompanhante no parto (OR= 32,23; IC95%: 11,15 - 93,19), dieta (OR= 856,32; IC 95%: 119,37- 6143,02), movimentar-se (OR=7,68; IC95%: 4,75 – 12,42), usar métodos não farmacológicos para alívio da dor (OR= 28,24; IC95%: 17,37 – 45,91), posição verticalizada (OR= 247,78; IC95%: 147,54 – 416,14) menor chance de utilizar ocitocina (OR= 0,22; IC95%: 0,16 - 0,30), amniotomia (OR= 0,01; IC95%: 0,01 - 0,04), episiotomia (OR= 0,01; IC95%: 0,00 – 0,02) e manobras de Kristeller (OR= 0,01; IC95%: 0,00 – 0,03). O recém-nascido apresentou maior chance de aleitamento exclusivo (OR= 1,82; IC95%: 1,15 – 2,89) e menor chance de aspiração de vias aéreas (OR=0,24; IC95%: 0,18 – 0,33) e gástrica (OR= 0,15; IC95%: 0,1 – 0,23). O cuidado na Casa de Parto do Rio de Janeiro é seguro, desmedicalizado, com maior oferta de boas práticas e menor uso de intervenções desnecessárias, sem qualquer impacto negativo nos resultados da assistência obstétrica.

Palavras-chave: Centros de assistência à gravidez e ao parto; Enfermagem obstétrica; Parto normal; Diretrizes clínica; Enfermagem baseada em evidência.

## ABSTRAT

The general objective was to analyze the good practices, interventions and perinatal results of the birth model adopted at the Casa de Parto do RJ for women at usual risk compared to the hospital model of units in the Southeast Region of the Nascer no Brasil research, a cross-sectional study. universal, 2011-2012. The thesis was structured in three articles. In the first one, a scope review was carried out to identify studies on Normal Birth Centers - CPN in Brazil, from the databases of the CAPES/MEC Periodicals Portal, BVS Portal, CINAHL, PUBMED, LILACS, Scielo, Science Direct , Scopus and CAPES Bank of Theses and Dissertations. Descriptive studies indicate that BC offer more good practices and reduced interventions, compared to the hospital model. The second article analyzed the compliance of care with the National Guidelines for Assistance to Normal Childbirth. Cross-sectional study with analysis of 952 medical records from the Birth Center, between 2014 and 2018. A judgment matrix was used, classifying it as total ( $\geq 75.0\%$ ), partial (50.0%-74.9%) %, incipient (49.9%-25.0%) and non-compliance ( $< 24.9\%$ ). It was found that the care in the Birth Center is in full compliance with the recommendations of the National Guidelines. In the third article, models from the Birthing Center, 408 observations, and from the Nascer no Brasil survey, with 1107 were compared. The sample was weighted by propensity score, using a minimum adjustment set: age, skin color, education, integrity of membranes and dilation  $\geq 4\text{cm}$ , to estimate the causal effect of the place of delivery on the outcomes studied. The results show that, in the Birthing Home Model, compared to the Hospital Model, women were more likely to have a companion during childbirth (OR= 32.23; 95%CI: 11.15 - 93.19), diet (OR= 856.32; 95% CI: 119.37-6143.02), moving around (OR=7.68; 95%CI: 4.75 – 12.42), using non-pharmacological methods for pain relief (OR= 28.24; 95%CI: 17.37 – 45.91), upright position (OR= 247.78; 95%CI: 147.54 – 416.14) lower chance of using oxytocin (OR= 0.22; 95%CI : 0.16 - 0.30), amniotomy (OR= 0.01; 95%CI: 0.01 - 0.04), episiotomy (OR= 0.01; 95%CI: 0.00 - 0.02) and Kristeller maneuvers (OR= 0.01; 95%CI: 0.00 – 0.03). The newborn had a higher chance of exclusive breastfeeding (OR= 1.82; 95%CI: 1.15 – 2.89) and a lower chance of airway aspiration (OR=0.24; 95%CI: 0.18 – 0.33) and gastric (OR=0.15; 95%CI: 0.1 - 0.23). Care at the Birth Center in Rio de Janeiro is safe, unmedicated, with a greater offer of good practices and less use of unnecessary interventions, without any negative impact on the results of obstetric care.

Keywords: Birth Center; Obstetric nursing; Normal birth; Clinical guidelines; Evidence-based nursing,

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo teórico conceitual .....	35
Figura 2	Fluxograma da seleção da amostra .....	42
Artigo 1		
Figura 1	Fluxograma dos estudos da produção científica selecionado....	55
Artigo 3		
Figura 1	Boxplot da área de suporte comum das variáveis selecionadas após escore de propensão .....	108

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação das práticas oferecidas no trabalho de parto e parto segundo as recomendações da OMS (1996) .....	18
Quadro 2	Práticas recomendadas, não recomendadas ou utilizadas em contexto específico na assistência ao parto e nascimento.....	19
Quadro 3	Distribuição dos dados referentes aos CPN Isolados no Brasil e o nº de partos, ano de 2017.....	27
Quadro 4	Matriz de julgamento de conformidade do cuidado ao trabalho de parto, parto e nascimento na CPDCF, segundo as recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2016) .....	40
Quadro 5	Características sociodemográficas e obstétricas das puérperas da Casa de Parto.....	42
Quadro 6	Boas práticas para a mãe e recém-nascido no trabalho de parto (TP) e parto.....	43
Quadro 7	Intervenções para a mãe e recém-nascido no trabalho de parto (TP) e parto .....	44
Quadro 8	Desfechos para a mãe e recém-nascido durante o trabalho de parto (TP) ou parto.....	44
Artigo 1		
Quadro 1	Apresentação da síntese dos estudos incluídos na revisão de escopo sobre a produção científica no Brasil, no período de 2010 a 2020 .....	57
Quadro 2	Prevalência dos resultados maternos e neonatais dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas em CPN no Brasil, período 2010 a 2020 .....	60
Quadro 3	Apresentação da síntese dos estudos comparativos incluídos na revisão de escopo sobre resultados maternos e neonatais dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas em CPN no Brasil, no período de 2010 a 2020 .....	62

## Artigo 2

Quadro 1	Matriz de julgamento de conformidade do cuidado ao trabalho de parto, parto e nascimento na CPDCF, segundo as recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal .....	77
Quadro 2	Resultado do componente assistência ao trabalho de parto na CPDCF. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014 a 2018, (N=952) .....	79
Quadro 3	Resultado do componente assistência ao parto na CPDCF. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014 a 2018, (N=952) .....	80
Quadro 4	Resultado do componente assistência ao recém-nascido na CPDCF. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014 a 2018, (N=952) .....	80

## LISTA DE TABELAS

Artigo 3

Tabela 1	Distribuição dos dados relacionados as características sociodemográficas e da gestação, CPDCF e Hospitais da Região Sudeste, Brasil, 2011 a 2012 .....	107
Tabela 2	Balanceamento antes e após a implementação do escore de propensão	109
Tabela 3	Distribuição dos dados relacionados com o efeito do local de parto (CPDCF <i>versus</i> Hospital) nos indicadores de atenção ao parto e nascimento, Região Sudeste, Brasil, 2011 a 2012 .....	110
Tabela 4	Distribuição dos dados relacionados com o efeito do local de parto (CPDCF <i>versus</i> Hospital) nos indicadores de atenção ao cuidado ao recém-nascido, Região Sudeste, Brasil, 2011 a 2012.....	111

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFO	Associação Brasileira de Enfermeiros e Obstetizes
ACOG	American College of Obstetrician and Gynecologist
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGSM	Coordenação Geral de Saúde da Mulher
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CPN	Centro de Parto Normal
CPNi	CPN Intra-Hospitalar
CPNp	CPN Peri-Hospitalar
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EP	Escore de Propensão
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GED	Grupo Elaborador da Diretriz
IC	Intervalos de Confiança
IG	Idade Gestacional
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNH	Política Nacional de Humanização
PSD	Método psicofilático ou Parto sem Dor
RAM	Ruptura Artificial de Membranas
RCM	Royal College of Midwives
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TNICEO	Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem Obstétrica
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UIN	Unidade Intermediária Neonatal
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
2.1	MEDICALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO: UM OLHAR PARA A HISTÓRIA .....	16
2.2	DESMEDICALIZAÇÃO DO CUIDADO OBSTÉTRICO: PARTO COMO PROCESSO FISIOLÓGICO .....	17
2.3	EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL .....	21
2.4	A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E A DESMEDICALIZAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO.....	22
2.5	CENTROS DE PARTO NORMAL COMO ESTRATÉGIA DE DESMEDICALIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL E NO MUNDO .....	23
2.6	A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE DESMEDICALIZAÇÃO DO PARTO NO RIO DE JANEIRO .....	28
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	32
<b>4</b>	<b>HIPÓTESE</b> .....	33
<b>5</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	34
5.1	OBJETIVO GERAL .....	34
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
<b>6</b>	<b>MODELO TEÓRICO CONCEITUAL</b> .....	35
<b>7</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	36
7.1	ESTUDO BASE CASA DE PARTO .....	36
7.2	ESTUDO BASE “NASCER NO BRASIL” .....	36
7.3	MÉTODO DO PRIMEIRO ARTIGO .....	37
7.4	MÉTODO DO SEGUNDO ARTIGO .....	38
7.5	MÉTODO DO TERCEIRO ARTIGO .....	41
7.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	46
<b>8</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	47
8.1	ARTIGO 1 RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS DOS PARTOS ACOMPANHADOS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NOS CENTROS DE PARTO NORMAL NO BRASIL: UMA REVISÃO DE	

	ESCOPO.....	47
8.2	ARTIGO 2 O CUIDADO NA CASA DE PARTO E SUA CONFORMIDADE COM AS DIRETRIZES NACIONAIS.....	71
8.3	ARTIGO 3 BOAS PRÁTICAS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DO MODELO CASA DE PARTO: UM ESTUDO COMPARATIVO.....	95
9	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	126
	<b>REFERENCIAS .....</b>	128
	<b>APENDICE A- INSTRUMENTO COLETA DE DADOS CASA DE PARTO.....</b>	138
	<b>APENDICE B- SUMÁRIO EXECUTIVO .....</b>	150
	<b>APENDICE C- SCRIPT NO R .....</b>	151
	<b>ANEXO A- INSTRUMENTO COLETA DE DADOS NASCER NO BRASIL .....</b>	166
	<b>ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UERJ.....</b>	193
	<b>ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/ SMS-RJ.....</b>	197
	<b>ANEXO D- PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/FIOCRUZ.....</b>	202
	<b>ANEXO E- PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/NASCER NO BRASIL.....</b>	213
	<b>ANEXO F- AUTORIZAÇÃO DE USO DO BANCO DA NASCER .....</b>	214

## 1 INTRODUÇÃO

Na cultura ocidental o parto deixou de ser um evento natural, cercado de saberes e práticas femininas, para se transformar em um evento patológico, medicalizado, caracterizado com graus de risco e com intervenções, baseados em evidências científicas pouco consistentes. Por ser considerado como risco, o local de nascimento “seguro” deixou de ser o domicílio e passou a ser o hospital. Por conta disso, a mulher perdeu sua autonomia, se tornando *paciente*, sendo submetida a um excesso de intervenções na fisiologia do nascimento, caracterizando a medicalização do parto<sup>(1-3)</sup>.

Estas intervenções se caracterizaram por restrição ao leito, dieta zero e ausência de acompanhante e práticas que aceleravam o processo de nascimento como uso liberal de ocitocina, episiotomia e cesariana desnecessária, assim como, encaminhamento do recém-nascido para berçários, o não estímulo à amamentação precoce e vínculo mãe-bebê entre outras<sup>(2,4,5)</sup>.

No Brasil e no mundo, vários movimentos pela desmedicalização do parto e nascimento ganharam força na segunda metade do século passado, principalmente após a divulgação das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre práticas mais adequadas para o cuidado ao parto e nascimento, baseadas em evidências clínicas<sup>(2,6)</sup>.

O movimento de desmedicalização no Brasil foi chamado de humanização do parto e nascimento, adotada pelo Ministério da Saúde, como política pública de atenção à saúde da mulher, a partir do final dos anos 1990. Desde então diversos Programas e Políticas foram implementados, visando a melhoria de processos de saúde e de indicadores, principalmente a redução da morte materna e infantil<sup>(3,7)</sup>.

A criação dos Centros de Parto Normal (CPN), unidades especializadas no acompanhamento exclusivo do parto normal de mulher com gestação classificada de risco habitual, foi uma das iniciativas para a mudança de modelo de assistência ao parto. No CPN o cuidado é centrado na mulher e na família, respeita a fisiologia do processo, estimula o uso de boas práticas no cuidado, e tem enfermeiras obstétricas e/ou obstetritzas como as profissionais responsáveis pelo cuidado<sup>(8,9)</sup>.

Em 2011, com a instituição da Rede Cegonha, foram estabelecidas novas pactuações, com ações mais enfáticas e paradigmáticas para a mudança de modelo de assistência ao parto, como capacitação profissional, principalmente formação e qualificação de enfermeiras obstétricas, ampliação da cobertura pré-natal, implementação do acolhimento e classificação de risco no pré-natal e nas maternidades, estímulo à reestruturação de ambiências de maternidade,

para adequação às recomendações da RDC 36, que regulamenta o funcionamento dos serviços obstétricos e neonatal, fundamentada na qualificação, humanização da atenção e gestão e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente<sup>(10,11)</sup>.

Nos anos de 2011 e 2012 foi conduzida a pesquisa “Nascer no Brasil”: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, cujos resultados mostram, pela primeira vez, um panorama sobre o parto e nascimento por região, capital e interior e nos setores público e privado. Observou-se que, em relação à assistência ao parto normal, se apresentava um modelo hegemônico altamente medicalizado, reafirmando a necessidade de mudança no modelo de assistência obstétrica<sup>(12)</sup>.

Nessa perspectiva, os Centros de Parto Normal (CPN) se configuram como uma alternativa ao modelo obstétrico hospitalar, por ter a mulher como protagonista, e se basear nas melhores evidências científicas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde<sup>(9,13)</sup>. No entanto, este modelo ainda gera desconfiança quanto à sua segurança, sendo de extrema importância o desenvolvimento de estudos comparativos para avaliar seus resultados.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 MEDICALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO: UM OLHAR PARA A HISTÓRIA

O início do processo de medicalização dos corpos femininos foi construído a partir da entrada do homem no cenário de nascimento, em meados do século XVI, na figura do médico, a princípio para resolver situações que fugiam da alçada das parteiras, como extrações por fórceps, craniotomias e cirurgias. Para a realização dos procedimentos, as mulheres precisavam assumir a posição de litotomia, para facilitar o uso de instrumentos como o fórceps. Com o aumento da participação masculina no processo de parto e nascimento, essa posição passou a ser adotada como a mais adequada, na perspectiva dos profissionais<sup>(2-4)</sup>.

A mortalidade materna e neonatal era muito elevada, sendo um dos motivos para a transferência dos partos para o ambiente hospitalar, embora as mortes não reduziram de imediato devido à alta taxa de infecção puerperal, mais comum nestes espaços que no domicílio. Com o avanço tecnológico da medicina, a criação da obstetrícia como especialidade, na década de 1800, aliado à introdução da anestesia, na década de 1840 e dos antibióticos, na década de 1940, as técnicas cirúrgicas ficaram mais seguras, e a mortalidade materna foi sendo reduzida paulatinamente, ratificando o hospital como o local mais seguro para o parto e nascimento<sup>(2,4,5,14)</sup>.

No contexto da medicalização do cuidado ao parto, as intervenções foram sendo estabelecidas e, além da posição de litotomia e uso de fórceps de alívio para abreviar o nascimento, também foram introduzidos a episiotomia, o uso de anestésico inalatório para alívio da dor, pois as mulheres desmaiavam no período expulsivo. Soma-se a isso a internação precoce, o afastamento da família do processo de nascimento, imobilidade na cama, dieta zero pelo risco de aspiração em caso de cirurgia, uso rotineiro de hidratação venosa e posterior aceleração com ocitocina exógena, manobras de Kristeller para acelerar o desprendimento do feto. Em relação ao recém-nascido (RN) as intervenções foram introduzidas logo após o nascimento, tais como separação do recém-nascido de sua mãe, internação do RN em berçário de admissão, introdução de fórmulas lácteas, aspiração das vias aéreas e gástricas como rotina de cuidado ao RN após o nascimento, clampeamento imediato do cordão umbilical<sup>(2-5)</sup>.

Apesar da hospitalização do parto ter contribuído com a diminuição da mortalidade materna e neonatal, também transformou o papel da mulher de sujeito para objeto no processo de parto e nascimento, quando foi destituída de sua individualidade, autonomia e sexualidade, sendo transformada em propriedade institucional<sup>(2,4)</sup>.

A percepção de prejuízos trazidos por tantas intervenções no parto, ainda no século XX, no Brasil e no mundo, trouxe as primeiras críticas ao campo biomédico e vários métodos foram surgindo com o objetivo de recuperar o protagonismo das mulheres no parto. Dentre esses, o método psicofilático ou Parto sem Dor (PSD), criado pelo francês Fernand Lamaze, que questionava o papel da cultura na representação das dores do parto<sup>(15)</sup>.

Este método foi sendo abandonado no final da década de 1960, porém vários de seus elementos subsidiaram os movimentos pós-PSD. Frédérick Leboyer, que criou o método Leboyer, no final da década de 1970, também foi um autor importante na construção da desmedicalização do parto, com seu apelo para o olhar ao parto do ponto de vista do recém-nascido. Michel Odent, obstetra e pesquisador, discípulo de Leboyer, reintroduziu os conceitos de parto como evento instintivo e fisiológico<sup>(15-17)</sup>.

## 2.2 DESMEDICALIZAÇÃO DO CUIDADO OBSTÉTRICO: PARTO COMO PROCESSO FISIOLÓGICO

No Brasil, o movimento feminista acreditava que desvincular a maternidade do corpo feminino significaria um futuro igualitário entre os gêneros, o que provocou um certo rechaço à tematização da maternidade, da gravidez e do parto, na década de 1980<sup>(16)</sup>. Já no início da década de 2000, iniciativas de redes de mulheres, como o Parto do Princípio e de Doulas, que são mulheres que oferecem apoio físico, emocional e conhecimento às mulheres grávidas e sua família, foram importantes para a discussão sobre a autonomia feminina na gestação e parto<sup>(18)</sup>.

Estas experiências, impulsionadas pelos diversos movimentos de mulheres, pela sociedade civil organizada e especialistas, ganharam força quando os cuidados oferecidos à mulher e ao RN foram analisados à luz das evidências científicas, a partir da década de 1980, por meio das ações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que encabeçaram uma série de conferências com especialistas, com o objetivo de construir recomendações sobre o cuidado à saúde materno e perinatal<sup>(16,19,20)</sup>.

A partir destes eventos, foi construído um consenso, apresentado pelo grupo de trabalho, por meio de um relatório divulgado pela OMS em 1996, intitulado **Maternidade Segura: um guia prático**, que trouxe uma grande mudança na assistência ao parto e nascimento e classificou as práticas em quatro grupos de recomendações, conforme apresentado no quadro a seguir:

Quadro 1: Classificação das práticas oferecidas no trabalho de parto e parto segundo as recomendações da OMS

CLASSIFICAÇÕES	RECOMENDAÇÕES
<b>Grupo A</b> <b>Práticas que são benéficas e merecem ser incentivadas</b>	Estímulo à construção do Plano de Parto pela mulher, avaliação do risco gestacional, respeito à escolha quanto ao local de nascimento, à proximidade da residência, respeito à privacidade, direito ao acompanhante de escolha, ser informada, dieta líquida, monitoramento fetal intermitente, partograma, monitoramento do bem-estar físico e emocional, métodos não farmacológicos para alívio da dor, liberdade de posição e movimentação, posições não supinas no parto, ocitocina profilática no 3º estágio do parto, condições estéreis para o corte do cordão, prevenção da hipotermia do recém-nascido, contato pele a pele, início da amamentação na primeira hora e exame rotineiro da placenta e anexos.
<b>Grupo B</b> <b>Práticas que são danosas ou ineficazes e merecem ser abandonadas</b>	Uso rotineiro de enema e tricotomia, infusão intravenosa de rotina, cateterização venosa profilática, posição supina no trabalho de parto, exame retal, pelvimetria por radiografia, administração de ocitocina de forma rotineira, posição de litotomia de rotina no trabalho de parto e parto, puxo prolongado e dirigido, massagem e distensão do períneo no segundo estágio (período expulsivo), uso rotineiro da ergometrina no terceiro estágio do parto (dequitação), lavagem uterina e revisão uterina rotineira após o parto.
<b>Grupo C</b> <b>Práticas para as quais ainda não há evidências suficientes e que necessitam de mais pesquisas</b>	Uso de ervas, imersão em águas e estimulação elétrica nervosa transcutânea (estimulação transcutânea) como métodos não farmacológicos para alívio da dor, amniotomia precoce e rotineira no trabalho de parto, pressão no fundo de útero durante o trabalho de parto (manobras de Kristeller), manobras de proteção do períneo e manejo do polo cefálico no momento do parto, manipulação ativa do feto no momento do parto, clampeamento precoce do cordão umbilical, manipulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina no 3º estágio do parto.
<b>Grupo D</b> <b>Práticas que até são benéficas, mas que frequentemente têm sido utilizadas de maneira inadequada</b>	Restrição hídrica e alimentar no trabalho de parto, controle da dor por agentes sistêmicos ou por analgesia peridural, monitoramento fetal eletrônico, uso de máscaras e aventais estéreis durante o parto, toques vaginais repetidos ou frequentes, correção da dinâmica uterina com ocitocina, cateterização da bexiga, adesão rígida para duração do trabalho de parto, parto operatório, uso liberal e rotineiro da episiotomia, exploração manual do útero após o parto, sala de pré-parto e parto em espaços diferentes

Fonte: Guia prático do parto normal<sup>(6)</sup>.

Portanto, as mudanças no modelo de atenção ao parto vêm acontecendo na medida que movimentos feministas, pesquisadores e organismos nacionais e internacionais discutem o protagonismo feminino, direitos reprodutivos e novas evidências no cuidado<sup>(3,6,13)</sup>.

No Brasil, em 2016, foi lançado as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: Relatório de Recomendação, uma importante ação da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres (CGSM) do Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar o modo de nascer no Brasil. Foi elaborado por um grupo multidisciplinar, Grupo Elaborador da Diretriz (GED), composto por diversos atores envolvidos com a assistência à mulher durante a gestação e parto, como médicos de várias especialidades, enfermeiras obstétricas e gestores da CGSM, e foi submetido à consulta pública, para um amplo debate com a sociedade<sup>(21)</sup>.

Esta Diretriz consolidou as recomendações da OMS e incorporou outras informações

científicas disponíveis relacionadas às práticas mais frequentes na assistência ao parto e nascimento<sup>(21)</sup>.

As recomendações da OMS foram sendo atualizadas a partir da geração de novas evidências por pesquisadores de todo o mundo. Assim, o conceito de Boas Práticas na assistência ao Parto e Nascimento veio para consolidar as indicações da clínica baseada em evidência. Em 2018, a OMS divulgou um novo documento com as recomendações para o cuidado ao parto como uma experiência de parto positiva, e traz o conceito de cuidado centrado na mulher, parto como processo fisiológico e cuidados de alta qualidade e melhores resultados<sup>(13)</sup> apresentado no Quadro 2.

Quadro 2: Práticas recomendadas, não recomendadas ou utilizadas em contexto específico na assistência ao parto e nascimento

Recomendado	Não recomendado	Contexto específico
Cuidado materno-atencioso	Fixar a progressão da dilatação a 1cm/h	Continuidade do cuidado
Comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados e a mulher e família	Uso de medicações para acelerar o trabalho de parto (TP) ou indicação de cesariana por ausência de progressão antes de entrar na fase ativa	Admissão na fase ativa do TP
Nova definição de fase latente do TP com dilatação até 5cm e fase ativa a partir de 5 cm e presença de contrações efetivas	Realizar Cardiotocografia de rotina na admissão em gestantes de risco habitual	Estimular o puxo em mulheres com analgesia epidural
Um acompanhante de escolha da mulher	Realizar pelvimetria	-
Ausculta intermitente do BCF com Sonar ou Pinard	Realizar enema	-
Realizar toques vaginais com intervalo de 4 h	Realizar tricotomia perineal	-
Uso de analgesia epidural por solicitação da gestante	Cardiotocografia contínua para avaliação do bem-estar fetal	-
Uso de opioides parenterais, como fentanil, diamorfina e petidina por solicitação da gestante	Alívio da dor para prevenir atrasos e reduzir o tempo de TP	-
Técnicas manuais para alívio da dor como massagens e aplicação de calor para alívio da dor	Estabelecer rotinas de cuidados para gerenciar o tempo de TP	-
Técnicas de relaxamento como respiração, música, <i>mindfulness</i> e outras	Uso de clorexidina para antisepsia do parto	-
Ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto	Amniotomia de rotina para acelerar o parto	-
Mobilidade e verticalização no TP	Uso rotineiro de ocitocina	-
Definir 2º estágio do parto como dilatação total até o nascimento do bebê e usar os puxos involuntários como início dele	Uso de fluidos intravenosos para encurtar o trabalho de parto	-
Posições verticalizadas para o nascimento em mulheres sem analgesia. Mulheres	Estimular o puxo dirigido	-

com analgesia escolha individual		
Técnicas para reduzir o trauma perineal com base na preferência da mulher (massagem perineal, compressas mornas, mãos no períneo)	Uso rotineiro de episiotomia	-
Tração controlada do cordão umbilical	Manobra de Kristeller	-
Uso de uterotônicos para prevenção da Hemorragia pós-parto (HPP) como ocitocina 10 UI, metilergometrina onde não tem a ocitocina ou misoprostol oral	Massagem uterina sustentada para prevenção da hemorragia pós-parto	-
Clampeamento oportuno do cordão umbilical (após 1')	Aspiração das vias aéreas do recém-nascido (RN) com boa vitalidade	-
Contato pele a pele durante a primeira hora de vida	-	-
Amamentação na primeira hora	-	-
Uso da vitamina K por via intramuscular em todos os RN	-	-
Banho após 24 h do nascimento	-	-
Roupas apropriadas de acordo com a temperatura local	-	-
Permanecer em alojamento conjunto com a mãe durante toda a internação	-	-

Fonte: WHO/ Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience<sup>(13)</sup>.

Apesar de toda evidência relacionada às boas práticas no cuidado à mulher e ao recém-nascido, construída nos últimos 24 anos, a mudança do modelo de assistência ao parto enfrenta inúmeras resistências no Brasil. As dificuldades seriam as concepções médicas intervencionistas, pautadas por valores como rapidez, controle, planejamento racionalização, submissão das mulheres a relações de dominação, que levam a formas de violência contra a mulher e contra o bebê, que divide com a parturiente o protagonismo do processo<sup>(3,16)</sup>.

A violência contra a mulher durante a gestação, parto e pós-parto foi denominado como violência obstétrica pela primeira vez na Venezuela, em 2007, seguido pela Argentina, através da implementação de leis que reconheciam e tipificavam esse tipo de violência<sup>(22,23)</sup>. Em 2012, a Organização Não Governamental (ONG) Rede Parto do Princípio produziu um dossiê, “Parirás com Dor”, para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) de Violência Contra as Mulheres, Senado Federal, no qual traz a tipificação das modalidades de violência obstétrica no Brasil<sup>(24)</sup>. Em 2013, o Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher, da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, em Parceria com a ONG Artemis, criou uma série de cartilhas e folders sobre a violência obstétrica, com a definição, caracterização e encaminhamentos<sup>(25,26)</sup>.

Portanto, o conceito de violência obstétrica vem sendo consolidado como maus-tratos e desrespeito, emprego de procedimento, condutas e rotinas prejudiciais ou sem evidências científicas durante o atendimento de mulheres em serviços de atenção ao parto, ainda frequentes

em muitas partes do mundo<sup>(27,28)</sup>. Por conta disso, toda a prática medicalizada, que ainda persiste nas maternidades públicas e privadas pode ser considerada como violência obstétrica. No Brasil, estima-se que aproximadamente 25% das mulheres que tiveram partos em maternidades sofreram alguma forma de violência<sup>(12)</sup>.

Resultados da Pesquisa *Nascer no Brasil*, conduzida em 2011/2012, mostram que 52% das mulheres tiveram seus filhos por cesariana, sendo esta taxa bem maior no setor privado (82%). Houve associação entre cesariana eletiva e prematuridade<sup>(29)</sup>, e um desencorajamento das mulheres que escolhem o parto normal no início da gestação pelo setor privado durante o pré-natal<sup>(30)</sup>. Em relação à assistência ao parto normal, observou-se uma predominância de um modelo altamente medicalizado, apesar das melhores evidências disponíveis, apontando a necessidade de mudança de modelo de assistência obstétrica, tanto no setor privado quanto no público, de promover práticas baseadas em evidências e aprimorar a qualidade de vida e saúde da sua população<sup>(12)</sup>.

### 2.3 EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL

Resultados obtidos no censo demográfico realizado no Brasil em 1980, apontaram que óbitos por hipertensão na gravidez, complicações do trabalho de parto, infecção puerperal, hemorragias obstétricas e aborto foram os mais frequentes, apesar de serem facilmente evitáveis<sup>(31)</sup>. Assim, em 1983 foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com forte apoio do movimento feminista brasileiro, sendo um marco na assistência à saúde deste grupo, que até essa data, era vista apenas no momento da gestação e parto. Este programa iniciou a mudança no modelo da assistência ao pré-natal, parto e puerpério no país<sup>(32)</sup>.

A humanização do atendimento à gestação, parto e nascimento foi adotada pelo Brasil como política pública, por meio da publicação de um conjunto de portarias pelo Ministério da Saúde, a partir do final dos anos 1990, com a instituição do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)<sup>(33)</sup>. Desde então, diversos programas e políticas foram implementados, objetivando melhoria de processos de saúde e de indicadores, principalmente redução da morte materna e infantil, compromisso assumido pelo Brasil, como um dos países signatários dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000<sup>(33,34)</sup>.

A Política Nacional de Humanização (PHN), conhecido como HumanizaSUS, foi lançado em 2003, consolidando os princípios universais do Sistema Único de Saúde (SUS), como a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo,

corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Esta política aposta na inclusão dos trabalhadores, gestores e usuários na produção e gestão do cuidado, reforçando a importância dos movimentos sociais nas mudanças de modelo do cuidado<sup>(35)</sup>.

Em 2004 foi lançado a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pautada nos princípios da humanização e qualidade da atenção em saúde. Estes princípios são essenciais para que as ações de saúde se manifestem em resolução dos problemas, satisfação, fortalecimento e reconhecimento da capacidade das mulheres, assim como a reivindicação de seus direitos e promoção do autocuidado, reconhecendo a mulher como sujeito da sua cidadania<sup>(36)</sup>.

No ano seguinte o Ministério da Saúde publicou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, tendo como finalidades articular os sujeitos mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, estabelecer condições de cooperação mútua, propiciando a qualificação da atenção obstétrica e neonatal no Brasil<sup>(37)</sup>.

Em 2011 foi instituída a rede cegonha, com novas pactuações entre governos federal, estadual e municipal, com ações mais enfáticas e paradigmáticas para a mudança de modelo de assistência ao parto, com qualificação profissional, principalmente formação e qualificação de enfermeiras obstétricas, ampliação da cobertura pré-natal, acolhimento e classificação de risco, reestruturação de ambiências da maternidade, para adequação às recomendações da RDC 36, entre outros<sup>(11)</sup>.

#### 2.4 A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E A DESMEDICALIZAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

A assistência da enfermagem obstétrica à saúde da mulher foi institucionalizada a partir da implantação do PAISM, em 1983, com a criação de protocolos assistenciais em todas as dimensões do cuidado à mulher. A Lei nº 7498/86 e o Decreto nº 94406/87 que dispõem sobre o exercício profissional de enfermagem, definiram enfermeiro obstétrico e obstetritz normatizando e regulamentando a atuação dos mesmos na assistência ao parto normal sem distocia, identificação das distocias com tomada de decisão até a chegada do médico<sup>(38,39)</sup>.

Desde a década de 1990, o Ministério da Saúde vem promovendo diversos incentivos para a atuação da enfermagem obstétrica tais como, a publicação das portarias 2815 de 29 de maio de 1998, que propõe que a assistência ao parto de baixo risco fosse prestado pela enfermeira obstétrica, a 163 de 22 de setembro de 1998 que criou o modelo do Laudo de Enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), substituída pela Lei

743 em 2005, que unificou o modelo de AIH<sup>(40,41)</sup>. Cabe ressaltar que nessa mesma época foram criados polos de capacitação de enfermagem obstétrica em diversas universidades<sup>(42)</sup>.

Nessas capacitações os processos de aprendizagem direcionaram a prática das enfermeiras obstétricas no sentido de estimular o protagonismo da mulher, a fisiologia do parto, respeitando a privacidade da mesma. Em muitas instituições essas enfermeiras construíram o cuidado baseado na decisão compartilhada e na preservação do corpo feminino, assumindo o lugar das relações assimétricas e das intervenções sem necessidades<sup>(43)</sup>.

Em 2016 o COFEN, por meio da Resolução 516/2016, normatizou a atuação e a responsabilidade técnica na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos em todos os serviços de obstetrícia, centros de parto normal e demais locais onde essa assistência ocorra. Dentre as competências, estabelece, no art. 3º, inciso IV e V, modelo de assistência centrado na mulher, parto como processo fisiológico e práticas baseadas em evidências científicas<sup>(44)</sup>.

Nesse sentido, as enfermeiras obstétricas se destacam na consolidação do modelo humanizado, principalmente pela desmedicalização da atenção à mulher como eixo central do processo de cuidar, respeitando a fisiologia feminina e valorizando a autonomia das mulheres na perspectiva das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica (TNICEO), que são conhecimentos estruturados, desenvolvidos e utilizados pelas enfermeiras obstétricas, para oferecer outras possibilidades para as mulheres vivenciarem o parto e nascimento<sup>(45)</sup>.

Cabe salientar, que as TNICEO estão relacionadas a uma assistência obstétrica segura, de qualidade e com resultados maternos e neonatais amplamente favoráveis em detrimento às práticas da modalidade medicalizada. Esse tipo de tecnologia envolve mudanças de atitude na relação com as mulheres, na qual os profissionais desempenham um papel coadjuvante e percebem o cuidado como uma construção compartilhada que estimula o empoderamento feminino<sup>(45)</sup>.

## 2.5 CENTROS DE PARTO NORMAL COMO POLÍTICA DE DESMEDICALIZAÇÃO NO BRASIL E NO MUNDO

Centro de Parto Normal (CPN) é uma instituição que oferece cuidados à gestante de risco habitual, onde a assistência é de responsabilidade de enfermeiras(os) obstétricas(os)/obstetrizes, de forma autônoma. Presta atendimento humanizado e de qualidade, exclusivamente ao parto normal sem distócias. Funciona em parceria com uma unidade de referência, onde a assistência médica de obstetras, neonatologistas e anestesistas estão

disponíveis e garantirá o atendimento nas intercorrências. Poderá atuar física e funcionalmente integrado a um estabelecimento de saúde (intra-hospitalar), mas em ambientes separados ou podem atuar como um estabelecimento autônomo, unidade isolada (extra-hospitalar), o que implica em remoção da gestante por meio de carro ou ambulância, quando necessário<sup>(8,9,46)</sup>.

A inclusão do CPN como uma opção de escolha da mulher para um parto fora do ambiente hospitalar, mas inserido no sistema de saúde foi sendo construído ao longo do século XX, e cada vez mais vai se consolidando como um espaço seguro em diversos países.

Nos Estados Unidos, no final dos anos 80, havia cerca de 240 centros de nascimentos, porém muitos deles foram fechados por dificuldades de licenciamento nos seguros de saúde e de evidências científicas acerca da segurança e eficácia de suas ações assistenciais. Apenas após a conclusão do estudo realizado pelo Instituto de Medicina, denominado “The National Birth Center Study”, que a Academia Americana de Pediatras e o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas recomendaram os nascimentos nos centros de parto. Este estudo concluiu que os centros de parto oferecem uma alternativa segura e confiável para as gestantes apropriadamente selecionadas, e finaliza considerando que poucas inovações nos serviços de saúde promoveram tamanho grau de satisfação e elevado nível de segurança com concomitante redução dos custos assistenciais<sup>(47)</sup>.

No Reino Unido, as pequenas unidades dirigidas por parteiras e os centros de parto decresceram de 13% em 1980 para 3% em 2000. Esta tendência foi acompanhada do crescimento dos percentuais de cesáreas, de cerca de 9% em 1980 para 20% em 2000. Em 1993 relatório governamental “*Changing Childbirth*” identificou excessiva intervenção nas gestações de baixo risco e propôs uma reorganização das Maternidades e criação dos Centros de Partos independentes. Em decorrência disso, os centros de parto independentes ou isolados vêm sendo reabertos<sup>(48,49)</sup>.

No ano de 2007, foi conduzido um grande estudo, denominado “*Birthplace in England Research Programme*”, uma coorte prospectiva nacional, para avaliar os locais de nascimento. Os resultados contribuíram para a aprovação da Lei de Saúde e Assistência Social em 2012 (DH 2012), em que os governos da Inglaterra e da Escócia aprovaram a expansão desta modalidade de serviço<sup>(50,51)</sup>.

Os resultados da coorte prospectiva relacionados aos desfechos primários como mortalidade e morbidade perinatal relacionados com o local de nascimento como domicílio, unidades obstétricas independentes (semelhante ao CPN isolado), unidades obstétricas conduzidas por parteiras ao lado de maternidades (semelhante ao CPN intra ou peri hospitalar) e centros obstétricos de maternidades, apontam que não houve diferença significativa nos

desfechos primários entre os cenários de parto, relacionados à gestante de risco habitual. Apontam, ainda, que as intervenções durante o trabalho de parto foram substancialmente mais baixas nas unidades fora da maternidade<sup>(50)</sup>.

Em 2015 um estudo adicional da coorte concluiu que a expansão da capacidade de atendimento ao parto em unidades fora da maternidade (domicílios ou centros de parto normal), pode reduzir as taxas de intervenção em mulheres de risco habitual, e os benefícios dos cuidados intraparto conduzidos por parteiras/enfermeiras obstétricas/obstetizes se aplicam a todas as mulheres de risco habitual, independentemente da idade, etnia ou situação social<sup>(52)</sup>.

Na Holanda o sistema de cuidados materno baseia-se na ideia de que o parto é um processo fisiológico. Em 2012, 85% das mulheres grávidas foram inicialmente consideradas de risco habitual e receberam atendimento pré-natal de uma parteira/ enfermeira(o) obstétrica(o)/ obstetiz em centros primários independentes<sup>(53)</sup>.

Na Austrália os centros de parto foram instituídos durante os anos de 1990. Em 1997 estavam em funcionamento 24 centros. Esta rápida expansão foi atribuída à revisão ministerial dos serviços maternos, implementando modelos alternativos ao cuidado medicalizado presente na cultura obstétrica australiana. Em 2007 foi desenvolvido o estudo “Birth Centers in Australia” com objetivo de descrever a mortalidade perinatal associada ao parto em Centros de Parto, entre 1999 e 2002. Utilizaram dados do sistema nacional de informação, que mostrou que a taxa global de mortalidade perinatal foi menor nos centros de parto do que nos hospitais, independentemente da paridade da mãe<sup>(54)</sup>.

Uma recente revisão sistemática com metanálise sobre resultados maternos e perinatais, segundo local de nascimento planejado entre mulheres com gestação de risco habitual, em países de alta renda, concluiu que mulheres com gestações de risco habitual em países de alta renda, o local de nascimento planejado parece ter pouco impacto sobre os resultados perinatais adversos. Além disso, as mulheres que planejavam dar à luz em um centro de parto ou em casa tinham chances significativamente mais baixas de intervenção e morbidade grave no parto e nascimento<sup>(55)</sup>.

No cenário nacional, o primeiro Centro de Parto Normal do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a Casa de Parto de Sapopemba/SP, inaugurada em setembro de 1998. Autônoma e com participação exclusiva de enfermeiras(os) obstétricas(os), ela fica situada na zona leste da cidade de São Paulo. Foi concebida pelo médico sanitário David Capistrano da Costa Filho, que coordenava o Projeto QUALIS – Qualidade Integral em Saúde, denominação que o Programa Saúde da Família (PSF) recebeu quando foi implantado em 1996 no distrito de Itaquera/SP<sup>(56)</sup>.

A Casa de Parto de Sapopemba atende, para o parto, gestantes de risco habitual a partir da 35ª semana de gestação, com acompanhamento pré-natal prévio, na rede pública ou privada. Após avaliação de risco gestacional e aceite para o parto na Casa de Parto, um Plano de Parto (prontuário) é aberto e a gestante passa a realizar consultas semanais na unidade até o parto. O hospital de referência é o Hospital Estadual de Vila Alpina, distante aproximadamente a oito minutos da Casa do Parto<sup>(57,58)</sup>.

Em Minas Gerais, na cidade de Belo Horizonte, em novembro de 2001 foi inaugurado o CPN intra-hospitalar do Hospital Sofia Feldman. Esta unidade foi denominada de Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho. Instituição filantrópica, realiza em torno de 100 partos por mês, todos custeados pelo SUS<sup>(59,60)</sup>. Também em Minas, na cidade Juiz de Fora, foi inaugurado um CPN isolado em 2001, mantido pela Universidade Federal de Juiz de Fora, que foi fechado em 2008<sup>(61)</sup>.

No Rio de Janeiro, um CPN isolado funciona desde 2004, situado na Zona Oeste da cidade, denominado Casa de Parto David Capistrano Filho, objeto desta tese. É integrado à rede municipal de saúde, atende exclusivamente pelo SUS, gestantes de risco habitual, desde o pré-natal ao pós-natal. Realiza, em média, 180 partos/ano. Tem como referência o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro<sup>(62)</sup>.

No Distrito Federal (DF) a Casa de Parto São Sebastião, inaugurada inicialmente como maternidade tradicional em 2001, foi reestruturada em 2009 e passou a atuar como CPN isolado. Atende, em média, 35 partos mensais. Considerada uma unidade de referência no cuidado humanizado, tem 99% de aprovação das usuárias pelas avaliações realizadas em 2018. Sua referência é o Hospital da Região Leste do DF<sup>(63)</sup>.

Com a criação da Rede Cegonha, foram redefinidas as diretrizes para a implantação e habilitação dos CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com mudanças na definição de CPN para “unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações, nos termos desta Portaria”<sup>(9)</sup> e classifica os CPN em:

**CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo I** com 03 ou 05 unidades/quartos de PPP (pré-parto, parto e pós-parto), localizados nas dependências internas do estabelecimento hospitalar, em ambientes exclusivos, com a permanência da mulher e recém-nascido no quarto PPP da admissão até a alta;

**CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo II** com até 05 unidades de PPP, localizados nas dependências internas do ambiente hospitalar, com compartilhamento de ambientes com o restante da maternidade, inclusive alojamento conjunto;

**CPN Peri-Hospitalar (CPNp)**, estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar, com distância máxima de 20 minutos até a Unidade de Referência. Este modelo é semelhante ao CPN Isolado, da Portaria 985/99.

Esta nova Portaria dos Centros de Parto Normal da rede Cegonha revogou a Portaria 985/99, mas manteve as habilitações de CPN que não se enquadravam nas novas definições<sup>(9)</sup>. No Brasil, o CPNp (Portaria 11/2015) ou CPN Isolado (Portaria 985/99) ficou conhecido como Casa de Parto. Um dos motivos prováveis seria para se diferenciar do CPN intra-hospitalar do Tipo I e II<sup>(64,65)</sup>.

De 2011 a 2016 foram implantados 15 CPN, entre os modelos intra-hospitalar (CPNi tipo I e II), peri-hospitalar (CPNp) e isolado (Portaria 985/99), embora no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES apareça apenas os CPN isolados. Um estudo avaliativo dos Centros de Parto Normal apontou que o esforço para a implantação do CPN alcançou o objetivo de evidenciar como o modelo pode funcionar, chamando de “efeito demonstração”<sup>(66)</sup>.

As informações nas bases de dados governamentais sobre os CPN só contemplam os CPN isolados. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) estão registrados 21 Centros de Parto Normal, tipo isolado, em todo o Brasil<sup>(67)</sup>. No entanto, ao cruzar as informações do CNES com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, apenas 09 unidades constam com registros de dados de nascimentos, no ano de 2017, último dado disponível no DATASUS<sup>(68)</sup>. Desses, o estabelecimento de saúde cadastrado como CPN no Estado do Maranhão, não se adequa às características de um CPN isolado por ter registro de cesarianas (24,6% dos nascimentos) e assistência ao parto por profissional médico (35% dos partos). Portanto, são 08 os CPN isolados registrados no CNES, que realmente funcionam como CPN, conforme exposto no quadro 3.

Quadro 3: Distribuição dos dados referentes aos CPN Isolados no Brasil e o nº de partos, ano de 2017.

Nº	CPN Isolado	Cidade - UF	Nº de partos
1	BA2601907	Chorrocho - BA	48
2	AL2007584	Inhapi - AL	51
3	AL2719363	Piaçabuçu - AL	55
4	PA9058516	Castanhais - PA	135
5	SP3739503	São Paulo - SP	166
6	RJ3567486	Rio de Janeiro - RJ	183
7	SP6356184	São Paulo - SP	311
8	DF2650355	Brasília - DF	379
	Total		1.328

Fonte: CNES<sup>(67)</sup>; SINASC<sup>(68)</sup>.

Os CPN localizados na Bahia e em Alagoas, apesar do nº reduzido de partos, foram responsáveis pela quase totalidade de nascimentos ocorridos nos municípios onde estão localizados<sup>(68)</sup>. O CPN Casa Angela (SP6356184), de São Paulo, tem o segundo maior nº de nascimentos, e mantém convênio com a Prefeitura de São Paulo para atender, pelo SUS, as moradoras da Comunidade Monte Azul (onde está localizado), e de forma privada as mulheres dos outros bairros, que desejam parir nessa Casa<sup>(69)</sup>. Os demais CPN Isolados são integralmente financiados pelo SUS.

Em relação às produções científicas sobre resultados maternos e fetais dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas em centros de parto normal no Brasil, observamos que os estudos foram conduzidos nos 3 modelos de centro de parto normal (CPN), localizados, em sua maioria, no estado de São Paulo, mas aparece também Minas Gerais, Rio de Janeiro e Amazonas. Todos apresentam atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto ao desenho dos estudos, a maioria foram descritivos<sup>(65,70)</sup>.

## 2.6 A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE DESMEDICALIZAÇÃO DO PARTO NO RIO DE JANEIRO: IMPLANTAÇÃO DA CASA DE PARTO

No Rio de Janeiro a mudança no modelo de assistência ao parto se iniciou após a realização do Diagnóstico da Situação da Assistência Obstétrica nas Maternidades Públicas do Município do Rio de Janeiro, em 1993, que constatou o isolamento e a pouca atenção recebida pelas parturientes nos Centros Obstétricos, onde permaneciam sozinhas, com pouco apoio dos profissionais, numa situação de medo e abandono. Também foi evidenciado um importante déficit de leitos obstétricos e neonatais, além da má distribuição de recursos nas diversas regiões programáticas da cidade<sup>(71)</sup>.

A primeira iniciativa foi a criação da Maternidade Leila Diniz, em Curicica, zona Oeste do Rio de Janeiro, com ambiente acolhedor, presença de banheira, oferecimento de outras posições para o parto, com estímulo à presença de acompanhante, com a inserção de enfermeiras obstétricas na equipe, e já discutindo sobre o parto como evento fisiológico<sup>(72)</sup>.

Cabe ressaltar que a enfermagem obstétrica no Rio de Janeiro iniciou sua atuação na assistência ao parto no final da década de 1980 do século passado, no então Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães<sup>(73)</sup> com a implementação do Projeto da Sala de Parto, em parceria com a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que serviu de referência para que a atuação da enfermagem obstétrica na assistência

ao parto fosse estendida para outras maternidades municipais<sup>(74)</sup>.

A ampliação da assistência ao parto pelas enfermeiras obstétricas ocorreu no ano de 1998, através do projeto piloto na área programática 3.1, com a inclusão das Maternidades Herculano Pinheiro em Madureira e Alexander Fleming, em Marechal Hermes. Foram criadas turmas de Habilitação em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade de Enfermagem da UERJ, especificamente para qualificar as enfermeiras incluídas no projeto. Assim, a assistência da enfermagem obstétrica foi instituída pela Secretaria Municipal de Saúde como política pública<sup>(75)</sup>.

Em janeiro de 2002, a Prefeitura lançou o Programa de Qualificação da Assistência Perinatal da Cidade do Rio de Janeiro. Neste documento foram elencados vários compromissos com a assistência perinatal, entre outros, aumento da inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e previsão de criação de 10 Centros de Parto Normal, um para cada Área Programática da cidade<sup>(64,76,71)</sup>.

Assim, no ano de 2004, foi inaugurada a Casa de Parto David Capistrano Filho do Rio de Janeiro (CPDCF-RJ), sendo regulamentada pela Secretaria Municipal de Saúde por meio de resoluções.

Apesar das diretrizes de sua política de mudança de modelo, realizado desde a década de 90, o município do Rio de Janeiro não conseguiu alcançar a proposta inicial de criação de 10 Centros de Parto Normal, permanecendo com uma única Casa de Parto. Muitos foram os entraves pela dificuldade de aceitação de um modelo totalmente contra hegemônico<sup>(64)</sup>.

O processo de implantação da Casa de Parto do Rio de Janeiro foi palco de grandes conflitos, que se perpetuam até os dias atuais. As disputas com a corporação médica, representado pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) foram além do campo ideológico e cultural, chegando à esfera judicial, com ações impetradas na justiça estadual e federal visando impedir a abertura da Casa de Parto e, após sua inauguração, para fechá-la. Estas batalhas também incluíram a imprensa escrita e falada, inclusive nas comunidades virtuais da internet<sup>(64)</sup>.

Estes conflitos tiveram início com a definição dos recursos humanos necessários e competentes para atuação na Casa de Parto, que conforme proposto pela Portaria 985/99, elencava como equipe mínima enfermeira(o) obstétrica(o), técnica(o) de enfermagem e motorista de ambulância, colocando “em jogo questões referente à hegemonia médica, à autonomia dos demais profissionais de saúde, à reserva de mercado, à delimitação de fronteiras de competência e à regulamentação profissional”<sup>(77)</sup>. Esta definição de equipe mínima se opunha às discussões vigentes sobre o Projeto de Lei do Ato Médico (PLS 25/2002), que definia

várias ações como privativas do médico<sup>(77,78)</sup>.

Desde 2000, com a criação do Grupo de Trabalho Materno-Infantil do CREMERJ, as corporações médicas do Rio de Janeiro discutem questões referentes à atuação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto em maternidades e nos CPN. Com o discurso do parto normal como Ato Médico e do entendimento médico de que a atuação da enfermagem obstétrica como integrante da equipe de saúde só permitia que a mesma assistisse ao parto sob a supervisão do médico, a atuação em unidades de saúde que não contemplasse a presença do mesmo, não garantia a segurança para o binômio mãe-bebê<sup>(77,78)</sup>.

Com a proximidade da inauguração da Casa de Parto, os embates se acirraram, culminando com uma Audiência Pública em 04 de fevereiro de 2004, nas vésperas da inauguração, em consequência da representação encaminhada pelo CREMERJ ao Ministério Público Estadual. A audiência contou com a participação de representantes de diferentes segmentos da sociedade: CREMERJ, Ministério Público, Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Associação Brasileira de Enfermeiros e Obstetizes (ABENFO), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), Conselho Regional de Enfermagem, Sindicatos dos Enfermeiros, entidades de defesa e humanização do parto e nascimento (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento-ReHuNa, Frente Pró Casas de Parto, Associação Nacional de Doulas), usuárias que tiveram filhos com enfermeiras(os) obstétricas(os) nas maternidades municipais, entre outros<sup>(64)</sup>.

O apoio do movimento social feminino ao modelo Casa de Parto, por meio da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), dos movimentos pelo Parto Humanizado, como Parto do Princípio e apoio das associações de moradores da área programática da Casa de Parto, construído a partir de discussões da gestão com as representantes das associações, foi decisivo em todo o processo de implantação da Casa de Parto<sup>(64)</sup>.

Uma estratégia importante da SMS/RJ foi promover encontros entre as promotoras de justiça responsáveis pelo processo judicial com as representantes da SMS/RJ, da enfermagem e do movimento feminista com o propósito de explicar o trabalho da enfermagem obstétrica na atenção ao parto e posteriormente, levá-las em visitas à Casa de Parto, a Maternidade Alexander Fleming, referência do serviço na época e à Maternidade Leila Diniz, para conhecerem as propostas do parto humanizado na rede. As promotoras, também, percorram o trajeto viário entre a casa de parto e a maternidade referência. Esta estratégia ocorreu antes da audiência pública propriamente, sendo decisiva para garantir a inauguração da mesma na data prevista<sup>(64)</sup>.

Além da judicialização, o CREMERJ e o Conselho Federal de Medicina (CFM) usaram como estratégias para dificultar a abertura da Casa de Parto, a criação de Resoluções que

restringiam o acesso de médicos ao trabalho multidisciplinar. A primeira Resolução CFM N° 1.718/2004, proibia o ensino de atos considerados médicos privativos, sob qualquer forma de transmissão de conhecimentos, a profissionais não-médicos<sup>(79)</sup>. O ensino da reanimação neonatal, que a Sociedade Brasileira de Pediatria oferecia aos profissionais médicos e enfermeiros, com o intuito de reduzir a morbimortalidade perinatal, principalmente em serviços com dificuldade de acesso ao profissional pediatra ou neonatologista foi incluído nesta Resolução.

Já a Resolução CREMERJ N° 201/2004, estabelece e orienta quanto aos procedimentos que o médico deve cumprir em relação ao estabelecimento denominado Centro de Parto Normal (Casas de Parto), determinando no seu Art. 1º “É vedado ao médico exercer qualquer função nos locais denominados Centros de Parto Normal (Casas de Parto)”<sup>(80)</sup>.

Apesar de toda disputa, propaganda negativa na mídia, em jornais próprios, judicialização, a Casa de Parto foi inaugurada e se mantém como um espaço de luta pela autonomia feminina, incluindo clientela e profissionais e atendimento qualificado, com satisfação das usuárias.

A Casa de Parto do Rio de Janeiro funciona 24h por dia e em todos os dias da semana, tem como referência atualmente, o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, distante 15 minutos de ambulância da unidade. Desenvolve o pré-natal de risco habitual, assistência ao parto e nascimento humanizado, incentivo ao aleitamento materno, assistência pós-natal, grupos educativos e atendimento das intercorrências da gestação das clientes assistidas. A equipe da casa é composta de enfermeiras(os) obstétricas(os) responsáveis exclusivas pelo atendimento obstétrico e neonatal, técnicas(os) de enfermagem, assistente social, nutricionista, pessoal administrativo, e equipe de apoio terceirizada<sup>(62)</sup>.

### 3 JUSTIFICATIVA

O projeto se justifica pela importância de evidenciar os resultados do modelo Casa de Parto, ainda em sua fase exploratória, segundo a produção científica levantada após uma busca exaustiva em muitas bases de dados demonstrada pela revisão de escopo realizada pela autora.

O único estudo comparativo encontrado com controle de viés apontou diferenças importantes relacionadas ao modelo de parto, evidenciando uma assistência mais intervencionista e não baseada em boas práticas, entre mulheres e RN que tiveram assistência no modelo hospitalar comparados com o modelo de CPNp (peri hospitalar). Portanto não existem estudos que contemplem o CPN Isolado, o que torna esse trabalho inédito.

A casa de Parto David Capistrano Filho oferece a possibilidade às mulheres de vivenciarem um parto natural e respeitoso. Consegue assistir a mulher no pré-natal, no parto, e no acompanhamento pós-natal com integralidade, envolvendo as famílias em todas as etapas. Para a enfermagem obstétrica é um espaço de autonomia profissional e para a academia é um espaço de formação para as novas gerações de enfermeiras obstétricas, comprometidas com a humanização do cuidado.

Assim, o estudo proposto se justifica por trazer informações sobre os resultados do modelo de cuidado da Casa de Parto, comparando-o com o modelo tradicional de parto hospitalar. Os resultados também poderão ajudar a diminuir as incertezas a respeito do modelo e, com isso, subsidiar os gestores nas três esferas federativas, assim como às associações profissionais, na construção de políticas públicas e/ou de diretrizes nacionais sobre a assistência ao parto normal de risco habitual em nosso país.

#### **4 HIPÓTESE**

O modelo de cuidado desmedicalizado oferecido pela Casa de Parto do Rio de Janeiro é adequado às recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, apresenta melhores resultados perinatais, menos intervenções no trabalho de parto e melhores práticas de cuidado em comparação ao modelo de assistência dos hospitais públicos da região sudeste.

## 5 OBJETIVOS

### 5.1 OBJETIVO GERAL

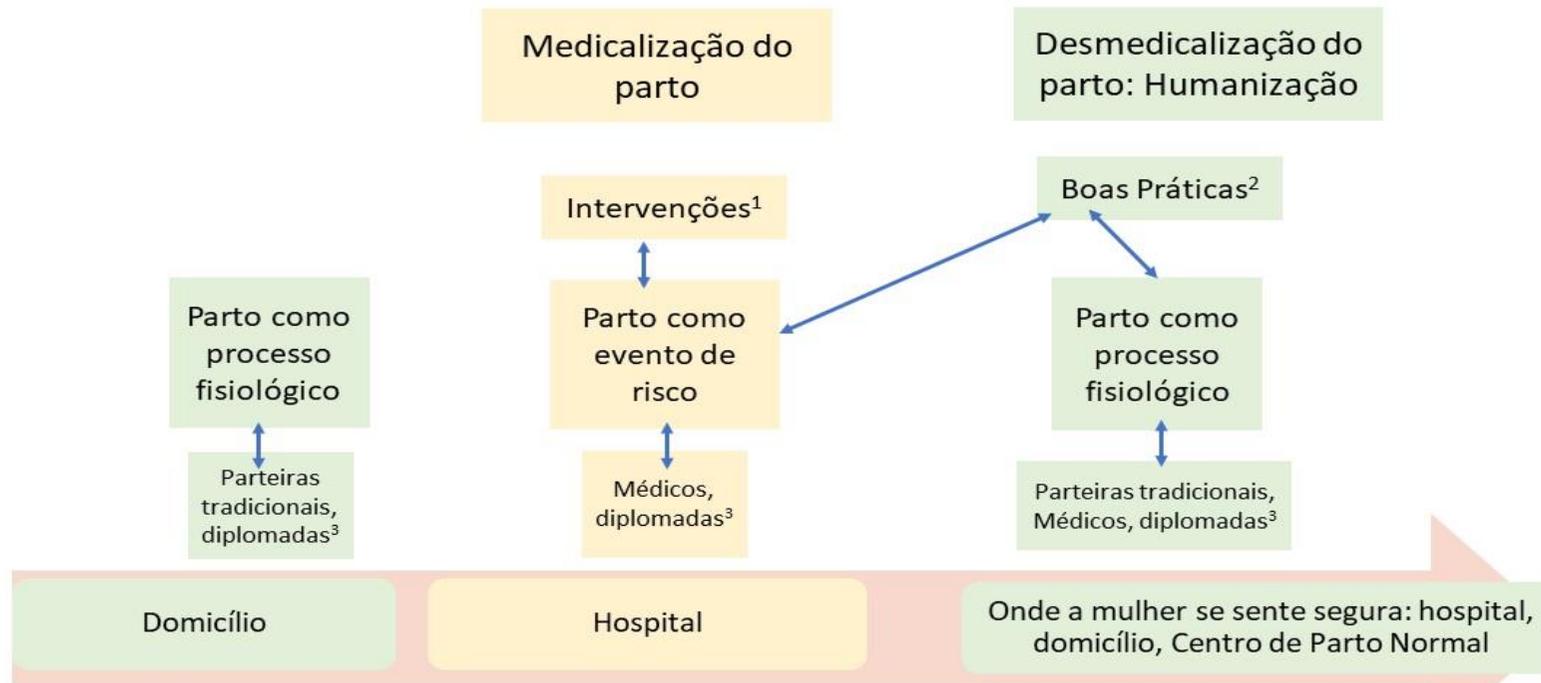
Analisar as boas práticas, as intervenções e os resultados perinatais no modelo de parto adotado na Casa de Parto do RJ em comparação ao modelo de assistência às mulheres de risco habitual atendidas em hospitais públicos da Região Sudeste, constante na base de dados da pesquisa *Nascer no Brasil*.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Identificar a produção científica sobre Centros de Parto Normal no Brasil, no período de 2010 a 2020.
- 2- Analisar a conformidade do cuidado oferecido pelo modelo Casa de Parto do Rio de Janeiro às recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.
- 3- Comparar os resultados perinatais, as boas práticas e as intervenções do Modelo de parto adotado na CPDCF-RJ com o modelo hospitalar da região Sudeste.

## 6 MODELO TEÓRICO CONCEITUAL

Figura 1 Modelo teórico conceitual



<sup>1</sup> Utilização de práticas rotineiras evidenciadas pelos estudos como ineficazes ou danosas, ou que deveriam ser utilizadas de forma criteriosa e não rotineira.

<sup>2</sup> Consolida as recomendações da clínica baseada em evidências e se traduz por práticas recomendadas pela OMS e diretrizes nacionais de assistência ao parto normal.

<sup>3</sup> Parteira com formação, enfermeira obstétrica, obstetrix

## 7 MÉTODOS

Este estudo utilizou as informações de 02 bancos de dados:

### 7.1 ESTUDO DE BASE CASA DE PARTO

A pesquisa sobre o modelo Casa de Parto denominada “Resultados perinatais, boas práticas e intervenções do modelo de parto adotado na Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ”, estudo transversal, retrospectivo, com dados de registros dos prontuários de mulheres e recém-nascidos, no período de 2004 a 2018. Avalia o cuidado oferecido pela Casa de Parto e suas repercussões maternas e neonatais. Objetivo geral avaliar os resultados, as boas práticas e as intervenções do cuidado na Casa de Parto. Neste estudo foram incluídas todas as mulheres que pariram na Casa de Parto neste período, totalizando 3.227 observações.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado de forma semelhante ao instrumento da pesquisa “Nascer no Brasil”, para garantir a comparabilidade das informações (APENDICE A). O instrumento foi testado pela pesquisadora e comparado com as informações do SINASC, para checar possíveis erros de digitação ou exclusão de dados. Os dados de 2004 a 2013 foram colhidos no mesmo instrumento da pesquisa “Nascer no Brasil”, por 02 bolsistas da FIOCRUZ, no ano de 2013.

Na Casa de Parto, a admissão das mulheres em trabalho de parto segue um protocolo com critérios estritos para sua inclusão. As gestantes devem ser classificadas como de risco habitual, sem intercorrências clínicas e/ou obstétricas, com ausência de cirurgias uterinas (cesárea ou ginecológica), em trabalho de parto espontâneo, com idade gestacional entre 37 e 41s, feto único, cefálico, batimento cardíaco fetal dentro dos padrões de normalidade.

### 7.2 ESTUDO DE BASE “NASCER NO BRASIL”

Estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, que avaliou a atenção ao parto e nascimento e suas consequências para a saúde das mulheres e recém-nascidos.

A amostra deste estudo foi selecionada em três estágios. O primeiro, composto por hospitais com 500 ou mais partos/ano em 2007, estratificado pelas cinco macrorregiões do país, localização (capital ou não capital), e tipo de hospital (privado, público e misto). Na segunda etapa foi utilizado um método de amostragem inversa para selecionar quantos dias seriam

necessários para atingir 90 mulheres a serem entrevistadas no hospital e a terceira composto pelas puérperas. Nos 266 hospitais amostrados foram entrevistadas 90 puérperas, totalizando 23.894 sujeitos<sup>(81,82)</sup>.

Foram incluídas no estudo mulheres que pariram a um recém-nascido vivo, independentemente da idade gestacional (IG) ou peso ao nascer, ou natimorto com peso maior ou igual a 500g e/ou IG maior ou igual a 22 semanas. Foram excluídas as puérperas que pariram em casa ou estrangeiras que não compreendiam português. Foram realizadas entrevistas face a face com as puérperas durante a internação hospitalar com até 12 horas de pós-parto, por entrevistadores treinados<sup>(81,82)</sup>.

O questionário foi estruturado em módulos contendo informações sociodemográficas, antecedentes obstétricos, história da gestação atual, do trabalho de parto e do recém-nascido. Todas as informações foram registradas em formulário eletrônico e foram colhidas informações do prontuário da mulher e do recém-nascido (ANEXO A).

Neste estudo foi utilizado apenas as informações da primeira entrevista realizada durante a internação hospitalar e os dados dos prontuários.

### 7.3 MÉTODO DO PRIMEIRO ARTIGO

O objetivo do artigo 01 foi identificar a produção científica sobre Centros de Parto normal no Brasil, no período de 2010 a 2020. Para tanto foi desenvolvida uma *scoping review* de artigos, dissertações e teses, publicados de 2010 a junho de 2020. Este método tem como objetivo mapear de forma instantânea conceitos chaves e principais fontes e tipos de estudos disponíveis sobre determinadas áreas da produção de pesquisa<sup>(83,84)</sup>. Também permite a sumarização e divulgação dos dados apresentados e na identificação das lacunas de pesquisas que existem<sup>(85)</sup>.

Para construir a questão de pesquisa e conduzir as buscas foi utilizada a estratégia PCC (Population, Concept e Context) proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI) como uma adaptação da estratégia PICO (P- paciente, I- intervenção, C- comparação, O-outcomes, desfecho), que permite uma busca estruturada, de maneira acurada e replicável, dos estudos disponíveis<sup>(84)</sup>.

Neste sentido, o estudo foi guiado pela seguinte questão: Quais os resultados maternos e fetais (Context) dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas (Population) nos Centros de Parto Normal (CPN) no Brasil (Concept), no período de 2010 a 2020? Contemplando-se as seguintes etapas na elaboração da revisão: 1. Definição do objetivo; 2. Busca dos estudos nas

bases de dados (estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos); 3. Extração dos dados; 4. Análise crítica dos estudos incluídos; 5. Classificação, resumo e relatório dos resultados<sup>(83)</sup>.

Para a seleção dos estudos, foram consultadas as seguintes bases de dados: Portal da BVS, Portal de Periódicos da CAPES, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE, PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *The Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Science Direct, Scopus, e Banco de Teses e Dissertações da CAPES. O estudo teve seu protocolo publicado no *Open Science Framework* (OSF) em 24 de junho de 2020, pois o PROSPERO (*International prospective register of systematic reviews*) não aceita registro deste desenho de estudo.

A busca foi realizada em julho de 2020, por 03 revisores independentes, utilizando palavras naturais e descritores em Ciências da Saúde: DeCS (português) e MeSH (inglês). Os termos foram combinados, utilizando os operadores booleanos OR e AND: (Outcome OR resultados) AND (“centros independentes de assistência à gravidez e ao parto” OR “centro de parto normal” OR “casa de parto” OR “birthing centres” OR “birth center”) AND (“Enfermagem obstétrica” OR Enfermeira).

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos de estudos primários, dissertações e teses disponíveis na íntegra publicados em português, inglês e espanhol, no período compreendido entre janeiro de 2010 a junho de 2020; publicações com metodologia quantitativa, que permitia obter evidências claras sobre o tema em estudo (questão do estudo). Foram critérios de exclusão: pesquisas quantitativas que não abordassem os resultados maternos e neonatais, que não estivessem disponíveis na íntegra, editoriais, artigos de reflexão e estudos secundários de qualquer natureza.

Os estudos selecionados foram analisados e sistematizados, distribuídos em 03 quadros, considerando autores, ano da publicação, tipo e local do CPN, período analisado, desenho e amostra do estudo, objetivo e principais resultados.

Por ser um artigo que utiliza dados de domínio público de acesso irrestrito, não necessitou de apreciação por parte do Sistema CEP-CONEP<sup>(86)</sup>. O artigo está disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7933>

#### 7.4 MÉTODO DO SEGUNDO ARTIGO

O artigo 2 tem como objetivo analisar a conformidade do cuidado oferecido pelo modelo

Casa de Parto do Rio de Janeiro às recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Teve como delineamento o estudo observacional, transversal, com coleta retrospectiva dos dados.

O cenário funciona 24h por dia e em todos os dias da semana, tendo como referência o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, a menos de seis quilômetros da unidade. Acompanha a gestação de risco habitual, o parto e o nascimento humanizados das mulheres vinculadas à Casa. Incentiva a participação da família nas atividades assistenciais, com vistas a fortalecer o vínculo, aleitamento materno e a rede de apoio da mulher. A equipe da casa é composta por enfermeiras obstétricas responsáveis exclusivas pelo atendimento obstétrico e neonatal, técnicas de enfermagem, assistente social, nutricionista, técnico administrativo, e equipe de apoio terceirizada para higiene, manutenção, nutrição e logística<sup>(62,87,88)</sup>.

A amostra foi constituída pelos registros de todos os 952 partos ocorridos na Casa de Parto, no período de 2014 a 2018, constante no banco de dados da Casa de Parto. Foram excluídos os partos das puérperas que não realizaram o pré-natal na Casa ou que pariram no domicílio, assim como em via pública.

Para análise da conformidade do cuidado, foi elaborado pelos autores uma matriz de julgamento contendo 03 componentes: GI-Assistência ao trabalho de parto (TP), GII-Assistência ao parto e GIII-Assistência ao recém-nascido. Cada componente é composto por seus respectivos indicadores, recomendados pelas Diretrizes Nacionais da Assistência ao Parto Normal<sup>(21)</sup>.

Para o componente GI, foram utilizadas as seguintes variáveis: 1. Admissão em trabalho de parto com 4cm ou mais de dilatação do colo, 2. Presente Acompanhante da escolha da mulher estava, 3. Prescrição ingestão de líquidos e/ou alimentos no TP, 4. Não realização de tricotomia, 5. Não realização de enema, 6. Não prescrição uso de hidratação venosa, 7. Utilização do partograma no acompanhamento do TP, 8. Realização da ausculta fetal intermitente, 9. Realização de toques vaginais com intervalo de 4 h, 10. Utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, 11. Estimulação da livre movimentação no trabalho de parto, 12. Não utilização da ocitocina para aceleração do trabalho de parto de rotina e 13. Não realização da amniotomia de rotina.

Do GII incluímos as seguintes variáveis: 1. Utilização de posições não litotômicas para o nascimento, 2. Não realização de episiotomia, 3. Não realização de Manobra de Kristeller, 4. Administração de ocitocina 10 UI IM após desprendimento da criança.

E do componente GIII foram incluídas as seguintes variáveis: 1. Mantido em contato pele a pele durante a primeira hora de vida, 2. Realização do clampeamento oportuno/tardio do

cordão umbilical, 3. Estimulação da amamentação na primeira hora, 4. Não realização de aspiração de vias aéreas superiores, 5. Não realização de aspiração gástrica, 6. Administração de vitamina K IM, 7. Administração da profilaxia da oftalmia neonatal, 8. Permanência em alojamento conjunto com durante toda a internação.

Para definir a pontuação de cada indicador, os percentuais dos indicadores foram confrontados com o padrão estabelecido pela matriz de julgamento, sendo aplicada a pontuação correspondente a cada indicador analisado<sup>(89)</sup>. Quando o indicador obteve percentual  $\geq 80\%$ , recebeu a pontuação máxima (4,0), de 60-79% recebeu a metade da pontuação (2,0) e menor que 60% receberam zero pontos (quadro 4).

Quadro 4: Matriz de julgamento de conformidade do cuidado ao trabalho de parto, parto e nascimento na CPDCF, segundo as recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.

Componente	Indicadores	Resultados N (%)	Pontuação Obtida: 0 a 4,0	Pontuação máxima obtida
GI	Assistência ao trabalho de parto (13 indicadores)	%	$\geq 80\% = 4,0$ ; $60\% - 79\% = 2,0$ ; $< 60\% = 0$	52
GII	Assistência ao parto (04 indicadores)	%	$\geq 80\% = 4,0$ ; $60\% - 79\% = 2,0$ ; $< 60\% = 0$	16
GIII	Assistência ao recém-nascido (08 indicadores)	%	$\geq 80\% = 4,0$ ; $60\% - 79\% = 2,0$ ; $< 60\% = 0$	32

Fonte: autora (2022)

O julgamento de valor foi realizado por meio do cálculo de uma proporção simples, para determinar a conformidade do cuidado na assistência ao parto e nascimento na Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ. A pontuação obtida pelos indicadores foi dividida pela pontuação máxima de cada grupo componente e multiplicado por 100.

Para a classificação da conformidade, utilizou-se o ponto de corte por quartis: em conformidade total ( $\geq 75,0\%$ ), conformidade parcial (50,0%-74,9%), conformidade incipiente (49,9%-25,0%) e não conformidade (menor que 24,9%)<sup>(89)</sup>.

Foi realizada análise descritiva dos dados para cálculo da frequência absoluta e relativa dos indicadores selecionados, utilizando o Software estatístico R versão 4.3<sup>(90)</sup>.

## 7.5 MÉTODO DO TERCEIRO ARTIGO

O artigo proposto utilizou um delineamento transversal e observacional com dados retrospectivos comparáveis, provenientes de dois estudos sobre partos e nascimento. O primeiro deles, sobre a Casa de Parto David Capistrano Filho (CPDCF) e o outro Inquérito nacional sobre parto e nascimento “Nascer no Brasil”, da FIOCRUZ. Foram utilizados dados comparáveis dos dois estudos sobre partos, comparando o parto na Casa de Parto com os partos hospitalares, ocorridos em maternidades públicas da Região Sudeste da pesquisa nacional de base hospitalar Nascer no Brasil. O objetivo do artigo foi comparar os resultados perinatais, as boas práticas e as intervenções do modelo de parto adotado na Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ (CPDCF) com o modelo hospitalar.

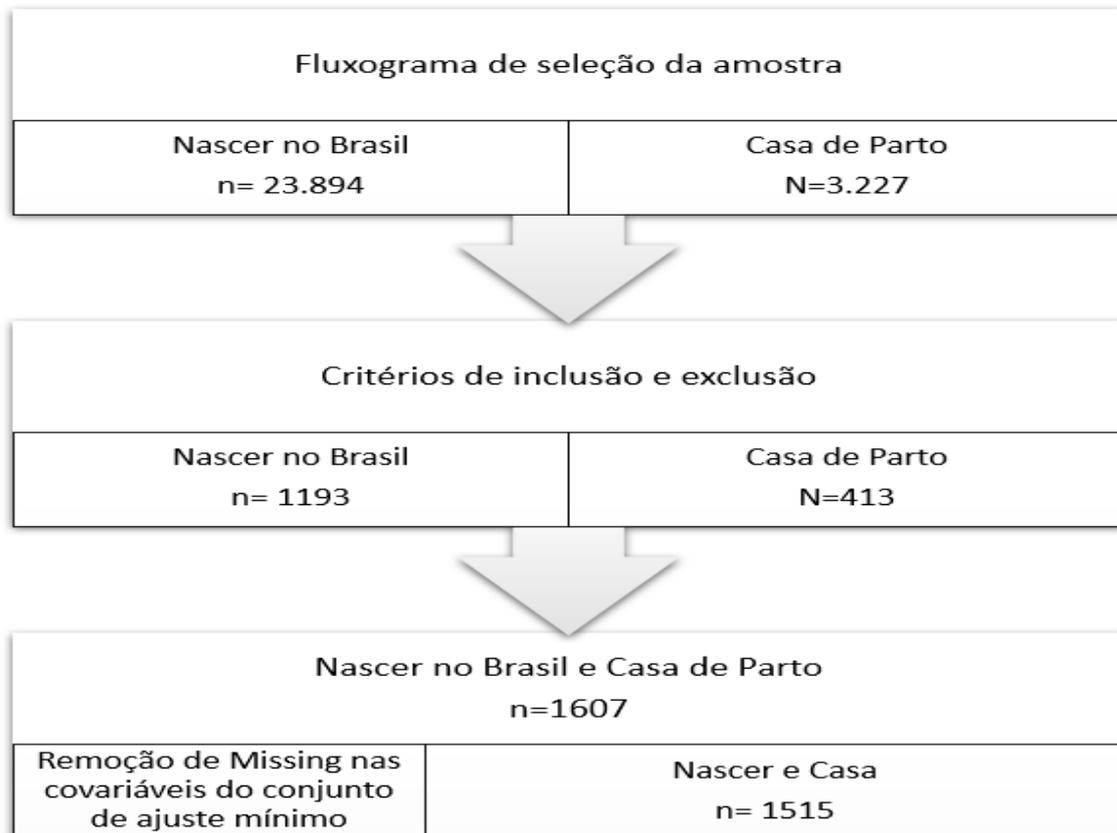
Para este estudo foram incluídas as gestantes admitidas na Casa de Parto no período de 2011 a 2012, mesmo período de coleta de dados da pesquisa “Nascer no Brasil”.

Para a amostra da pesquisa “Nascer no Brasil” foram incluídas apenas os partos da região Sudeste, de hospitais que atendem 100% SUS, que cumpriram os critérios de admissão da Casa de Parto.

No modelo Casa de Parto foram utilizados como **critérios de inclusão** as gestantes e recém-nascidos com gestação a termo, sem intercorrências clínicas, sem cirurgias uterinas ou cesáreas anteriores, que sejam classificadas como de risco habitual, definidas pelo protocolo assistencial da Casa de Parto. Como **critérios de exclusão** foram utilizados os dados referentes a mulheres de fora da Casa, que internaram em período expulsivo e por conta disso, foram transferidas no pós-parto e observações com dados faltantes relacionados às variáveis que foram utilizadas para o conjunto de ajuste mínimo do escore de propensão.

No modelo de parto hospitalar foram utilizados dados da entrevista hospitalar e de prontuário das puérperas. Para descrição das características das mulheres, das boas práticas e das intervenções durante o trabalho de parto e parto foram incluídos todos os nascimentos de parto vaginal, assistidos por profissional médico ou por enfermeiro, independentemente da especialidade em obstetrícia, das instituições públicas ou mistas que atendem pelo SUS, da Região Sudeste. Como **critérios de inclusão** foi utilizado o mesmo critério da Casa de Parto e como **critérios de exclusão** além das mulheres não compatíveis com o protocolo da Casa, mulheres que tiveram parto a fórceps e utilizaram analgesia peridural, por não ter estes procedimentos na Casa de Parto (Figura 2).

Figura 2 Fluxograma da seleção de mulheres para o estudo



Fonte: autora (2022)

A variável de exposição/tratamento foi o local de nascimento. As covariáveis analisadas foram: características sociodemográficas e da gestação; assistência ao trabalho de parto; assistência ao parto; assistência ao recém-nato e desfechos perinatais.

Foram consideradas características sociodemográficas e obstétricas: Idade materna, escolaridade, raça/cor, nº de partos, dilatação na internação, bolsa íntegra na internação.

Quadro 5: Características sociodemográficas e obstétricas das puérperas.

VARÁVEL	TIPO	CATEGORIA
Faixa etária	Categórica	< 20; > 20
Escolaridade 8 anos ou mais	Categórica	1-Sim; 2-Não
Raça/cor: Branca, parda, preta	Categórica	1-Sim; 2-Não
Paridade anterior	Categórica	1-Sim; 2-Não
Dilatação na internação $\geq 4$ cm	Categórica	1-Sim; 2-Não
Bolsa íntegra durante a internação	Categórica	1-Sim; 2-Não

Fonte: autora (2022)

Estas covariáveis foram selecionadas para compor o conjunto mínimo de ajuste do escore de propensão por serem causa comum tanto do grupo tratamento/exposição (Local de nascimento), como dos desfechos maternos e neonatais que foram analisados.

O conceito de Boas Práticas na assistência ao parto e nascimento consolida as recomendações da clínica baseada em evidência e se traduz por práticas recomendadas pela OMS. Traz o contexto da desmedicalização e humanização do cuidado, conforme discutido anteriormente.

Foram consideradas boas práticas durante o trabalho de parto e parto: presença do acompanhante, ingestão de líquidos e alimentos (dieta livre), mobilidade durante o primeiro estágio do trabalho de parto (deambulação), uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, posições não litotômica para o parto. Em relação ao recém-nascido, foram consideradas boas práticas: amamentação exclusiva durante a internação.

Quadro 6: Boas práticas para a mãe e recém-nascido no trabalho de parto (TP) e parto.

VARÁVEL	TIPO	CATEGORIA	OBSERVAÇÕES
Presença do acompanhante	Categórica	1-Sim; 2-Não	
Dieta liberada	Categórica	1-Sim; 2-Não	
Mobilidade durante o trabalho de parto	Categórica	1-Sim; 2-Não	Deambulação, bamboleio, bola, cavalinho, rebozo
Métodos não farmacológicos para alívio da dor	Categórica	1-Sim; 2-Não	Água, massagem, respiração, música, aroma
Posições não litotômica para o parto	Categórica	1-Sim; 2-Não	Vertical, lateral, água e quatro apoios
Aleitamento materno exclusivo	Categórica	1-Sim; 2-Não	

Fonte: autora (2022)

O conceito de intervenção na assistência ao parto e nascimento foi construído no contexto da medicalização do cuidado, com a utilização de práticas rotineiras evidenciadas pelos estudos como ineficazes ou danosas, ou que deveriam ser utilizadas de forma criteriosa e não rotineiras, se traduzindo por práticas não recomendadas pela OMS ou utilizadas de forma criteriosa.

Foram consideradas como intervenções durante o trabalho de parto: uso de ocitocina para aceleração do trabalho de parto, amniotomia (ruptura artificial de membranas); e como intervenções durante o parto: manobra de Kristeller e episiotomia. Em relação ao recém-nascido foram consideradas intervenções: aspiração de vias aéreas e gástrica, uso do oxigênio inalatório,

Quadro 7: Intervenções para a mãe e recém-nascido no trabalho de parto (TP) e parto.

VARÁVEL	TIPO	CATEGORIA
Mãe		
Uso de ocitocina	Catagórica	1-Sim; 2-Não
Amniotomia	Catagórica	1-Sim; 2-Não
Manobra de Kristeller	Catagórica	1-Sim; 2-Não
Episiotomia	Catagórica	1-Sim; 2-Não
Recém-nascido		
Aspiração de vias aéreas superiores	Catagórica	1-Sim; 2-Não
Aspiração gástrica	Catagórica	1-Sim; 2-Não

Fonte: autora (2022)

O conceito de desfecho é o resultado da assistência prestada, podendo ser desfecho positivo ou negativo, de acordo com os critérios identificados.

Neste estudo foram considerados desfechos perinatais maternos transferências para maternidade de referência e óbito. Em relação aos desfechos perinatais do recém-nascido: Em relação aos resultados perinatais do recém-nascido: índice de Apgar no 1º e 5º minutos ( $< 7$  e  $\geq 7$ ), reanimação neonatal, uso de oxigênio inalatório, ventilação com ambu e máscara, intubação orotraqueal, transferências/internação, óbito fetal ou neonatal.

Quadro 8: Desfechos para a mãe e recém-nascido durante o trabalho de parto (TP) ou parto.

VARÁVEL	TIPO	CATEGORIA	OBSERVAÇÕES
Mãe			
Transferência materna/internação	Catagórica	1-Sim; 2-Não	
Óbito materno	Catagórica	1-Sim; 2-Não	
Recém-Nascido			
Apgar $< 7$ no 1º e 5º minuto	Catagórica	1-Sim; 2-Não	Caracteriza asfixia
Manobras de reanimação	Catagórica	1-Sim; 2-Não	
Uso do oxigênio inalatório	Catagórica	1-Sim; 2-Não	
Ventilação com ambu e máscara	Catagórica	1-Sim; 2-Não	
Intubação orotraqueal	Catagórica	1-Sim; 2-Não	
Transferências/internação	Catagórica	1-Sim; 2-Não	
Óbito fetal ou neonatal	Catagórica	1-Sim; 2-Não	

Fonte: autora (2022)

Em estudos observacionais não é possível realizar a randomização para alocação dos indivíduos nos grupos de exposição/tratamento e controle, como nos estudos experimentais, portanto o estudo fica sujeito a viés de seleção. O escore de propensão é a probabilidade de um indivíduo receber o tratamento, em função das covariáveis observadas<sup>(91)</sup>.

Para realizar a estimativa do efeito causal do local do nascimento (Modelo Casa de Parto *versus* Modelo hospitalar) nos desfechos da atenção ao parto e nascimento foi realizado a

ponderação por escore de propensão dos dois grupos. Essa estratégia tem como objetivos reduzir o viés de seleção na estimativa do efeito causal do tratamento (exposição) e equilibrar a variável exposição/tratamento em relação a variável controle, alcançando o balanceamento nas covariáveis, pois são atribuídos pesos para contabilizar as diferenças de atribuição de seleção entre grupos de tratamento e de comparação, através da técnica da ponderação pelo inverso da probabilidade da seleção<sup>(92-94)</sup>.

As técnicas mais utilizadas em estudos observacionais com o uso do escore de propensão são<sup>(93)</sup>:

- Ponderação pelo inverso da probabilidade da seleção - duas amostras potenciais são criadas para representar amostras que teriam sido observadas se todos tivessem sido expostos ao tratamento ou se ninguém tivesse sido exposto a ele.
- Pareamento – cada indivíduo exposto (tratamento/exposição A) é comparado com um indivíduo não exposto (tratamento/exposição B) com as mesmas características/ pontuação de propensão antes da análise multivariável ser conduzida.
- Estratificação – são criados estratos com participantes que apresentaram valores iguais no escore de propensão. São calculadas médias ponderadas dentro dos estratos antes que a análise multivariável seja conduzida.

A análise com escore de propensão utilizou as seguintes etapas: (1) realizou análise ajustada em modelos de regressão convencional; (2) verificou o balanceamento antes da implementação do escore de propensão; (3) estimou o escore de propensão; (4) utilizou a ponderação com escore de propensão; (5) verificou o balanceamento após a implementação do escore de propensão e (6) calculou o efeito causal<sup>(92,94)</sup>.

Para o ajuste da etapa 1, foram selecionadas as variáveis idade materna (idade < 20 anos e idade > que 20 anos), escolaridade (8 ou mais anos de estudo), cor autodeclarada (preta, parda, branca), Integridade das membras na internação (bolsa rota e bolsa íntegra), dilatação do colo uterino  $\geq 4$  cm na internação. A escolha dessas variáveis se deu por serem causas comuns tanto da exposição (local do nascimento) quanto dos desfechos analisados (boas práticas, intervenções e resultados), com base nas evidências sobre modelos de atenção ao parto.

Após a estimação e a ponderação com o escore de propensão (etapas 3 e 4), verificou-se o balanceamento dos grupos em relação às variáveis do conjunto mínimo de ajuste (etapa 5), observadas por meio da diferença padronizada nas médias. Para o balanceamento adequado, considerou-se que a medida da diferença entre as médias foi menor que 0,10<sup>(94)</sup>.

Para realizar o cálculo do efeito causal do local do parto e nascimento foram utilizados regressão logística não condicional para estimar as razões de chance (OR) e seus respectivos

intervalos de confiança (IC95%) entre o local do parto e nascimento (Modelo Casa de Parto *versus* Modelo Hospitalar) e os desfechos analisados (boas práticas, intervenções e resultados), ponderados pelo escore de propensão.

Após a estimação do efeito causal do local de nascimento foi realizado a análise de sensibilidade para avaliar se o pressuposto da permutabilidade entre os grupos, garantidos pela randomização, foi garantido pelo escore de propensão. Este passo propicia “avaliar até que ponto os resultados do estudo são robustos em relação ao confundimento por uma variável não observada”<sup>(94)</sup>.

Todas as análises foram realizadas através do Programa R, na versão 4.1.0, sendo utilizadas as bibliotecas *tidyverse*, *descr*, para análise bivariada e testes estatísticos, as bibliotecas *survey*, *twang*, para realizar o escore de propensão e verificar o balanceamento, e a biblioteca *rbounds*, para realizar a análise de sensibilidade<sup>(90)</sup>.

## 7.6 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme o que recomenda a Resolução 466 de 04 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>(96)</sup>, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi submetida e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, CAAE: 10953719.5.0000.5282, com o número do **Parecer:** 3.316.926, pela CEP/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, CAAE: 10953719.5.3001.5279, com o número do **Parecer:** 3.450.662 e pelo CEP/ENSP, CAAE: 45007521.6.0000.5240, com número de **Parecer:** 3.450.662 (ANEXOS B,C,D).

Em relação à pesquisa base “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz sob o CAAE 0096.0.031.000-10 (ANEXO E).

Para este estudo foi solicitada autorização para uso do banco da “Nascer no Brasil” referente aos dados dos partos da região Sudeste (ANEXO F).

## 8 RESULTADOS

### 8.1 ARTIGO 1

RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS DOS PARTOS ACOMPANHADOS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NOS CENTROS DE PARTO NORMAL NO BRASIL: UMA REVISÃO DE ESCOPO<sup>1</sup>

MATERNAL AND NEONATAL OUTCOMES OF DELIVERIES ACCOMPANIED BY OBSTETRIC NURSES AT THE NORMAL DELIVERY CENTERS IN BRAZIL: A SCOPING REVIEW

RESULTADOS MATERNOS Y NEONATALES DE LOS PARTOS ACOMPAÑADOS POR ENFERMERAS OBSTÉTRICAS EN LOS CENTROS DE PARTO NORMAL EN BRASIL: UNA REVISIÓN DEL ALCANCE

---

<sup>1</sup> Artigo submetido e publicado pela Research, Society and Development, disponível no link: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7933>

## RESUMO

**Objetivo:** O estudo visa identificar a produção científica sobre resultados maternos e neonatais dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas nos centros de parto normal no Brasil, no período de 2010 a 2020. **Método:** Caracteriza-se como uma revisão de escopo, onde utilizamos a estratégia PCC (População, Conceito, Contexto) para construir a questão de pesquisa e conduzir as buscas. As publicações foram recuperadas nas bases de dados Portal de Periódicos CAPES/MEC, Portal BVS, CINAHL, PUBMED, LILACS, Scielo, Science Direct, Scopus e Banco de Teses e Dissertações da CAPES. **Resultados:** Foram selecionados 14 estudos, sendo nove transversais descritivos, quatro transversais analíticos e um caso-controle. Quanto à população, a amostra analisada nos estudos compreendeu 23.787 prontuários de parturientes. Os estudos descritivos analisaram práticas na assistência obstétrica e desfechos maternos e dos recém-nascidos, evidenciando que a grande parte das intervenções realizadas seguem as recomendações da Organização Mundial de Saúde, com oferecimento de boas práticas e redução das intervenções. Os resultados dos estudos comparativos, evidenciaram maior presença de boas práticas e menos intervenções quando comparados com o modelo hospitalar. Os dados encontrados sugerem que o parto no modelo assistencial desenvolvido nos centros de parto normal se caracteriza como desmedicalizado quando comparado ao desenvolvido no hospital. **Conclusão:** nos centros de parto normal ocorrem mais boas práticas obstétricas e menos intervenções, sendo assim mais apropriados para assistirem as mulheres de baixo risco, contribuindo para a desmedicalização do parto.

**Palavras-chaves:** Enfermagem obstétrica; Parto normal; Centros de assistência à gravidez e ao parto; Enfermagem baseada em evidência.

## ABSTRACT

**Objective:** The study aims to identify the scientific literature on maternal and neonatal outcomes of deliveries assisted by obstetric nurses in normal birth centers in Brazil, from 2010 to 2020. **Method:** Scope review, using strategy PCC (Population, Concept, Context) to construct the research question and to support the searches. The publications were retrieved from the CAPES / MEC Portal of Periodicals Portal, VHL Portal, CINAHL, PUBMED, LILACS, Scielo, Science Direct, Scopus and CAPES Thesis and Dissertation Bank. **Results:** 14 selected studies: nine cross-sectional, four cross-sectional and one case-control. the sample analyzed in the studies comprised 23,787 medical records of the parturients, from 1998 to 2016. The descriptive surveys analyzed practices in obstetric care and maternal and newborn outcomes, showed that most of the interventions performed follow the recommendations of WHO, offering good practices and reducing interventions. The comparative studies demonstrated that good practices and less interventions is more common when compared with the hospital model. The results implied that childbirth in the care model developed at the ANC is characterized as unmedicalized when compared to that developed at the hospital. **Conclusion:** The results show that in the NBC there are fewer interventions and more good practices, thus being more appropriate to assist low-risk women.

**Keywords:** Obstetric nursing; Normal birth; Pregnancy and childbirth assistance centers; Evidence-based nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** El estudio tiene como objetivo identificar la producción científica sobre los resultados maternos y neonatales de los partos monitoreados por enfermeras obstétricas en los centros de maternidad normales en Brasil, en el período de 2010 a 2020. **Método:** Se caracteriza como una revisión de alcance, donde utilizamos la estrategia PCC (Población, Concepto, Contexto) para construir la pregunta de investigación y realizar las búsquedas. Las publicaciones fueron recuperadas de las bases de datos CAPES / MEC Portal of Periodicals, Portal BVS, CINAHL, PUBMED, LILACS, Scielo, Science Direct, Scopus y CAPES Thesis and Dissertation. **Resultados:** Se seleccionaron 14 estudios, siendo nueve transversales, cuatro transversales y uno de casos y controles. En cuanto a la población, la muestra analizada en los estudios fue de 23.787 historias clínicas de las parturientas. Los estudios descriptivos analizaron las prácticas en la atención obstétrica y los resultados maternos y neonatales, mostrando que la mayoría de las intervenciones realizadas siguen las recomendaciones de OMS, ofreciendo buenas prácticas y reduciendo intervenciones. Los resultados de los estudios comparativos, mostraron una mayor presencia de buenas prácticas y menos intervenciones en comparación con el modelo hospitalario. Los datos encontrados sugieren que el parto en el modelo de atención desarrollado en la centros de maternidad normales se caracteriza por ser desmedicalizado en comparación con el desarrollado en el hospital. **Conclusión:** en los centros de maternidad normales hay más buenas prácticas obstétricas y menos intervenciones, por lo que es más adecuado para asistir a mujeres de bajo riesgo, contribuyendo a la desmedicalización del parto.

**Palabras-clave:** Enfermería obstétrica; Parto normal; Centros de asistencia para el embarazo y el parto; Enfermería basada en evidencias.

## INTRODUÇÃO

O parto em nossa cultura passou de um evento natural, cercado de saberes e práticas femininas, para um evento patológico, medicalizado, caracterizado com graus de risco e com necessidades de intervenções, nem sempre baseadas em evidências, para resolver os ditos riscos. Assim, por ser caracterizado como risco, o local de nascimento “seguro” deixou de ser o domicílio e passou a ser o hospital. Com a institucionalização do parto a partir do século XVII e XVIII na Europa e em meados do século XX no Brasil, a mulher perdeu sua autonomia, se tornando paciente e sendo submetida a inúmeras intervenções no nascimento, caracterizando a medicalização do processo (Progianti & Barreira, 2001; Domingues et al., 2004).

As mudanças no modelo de atenção ao parto ocorreram à medida que movimentos feministas, estudiosos e organismos internacionais discutiram protagonismo feminino, direitos reprodutivos e novas evidências no cuidado, principalmente após a divulgação das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre práticas mais adequadas para o cuidado ao parto e nascimento, baseadas em evidências clínicas (Rattner, 2009; Organização Mundial de Saúde, 1996).

No ano de 1996, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas utilizadas na assistência ao parto normal com base em evidências científicas. Elas foram classificadas em quatro grupos, de acordo com as recomendações: Grupo A, das práticas que são benéficas e merecem ser incentivadas; Grupo B, com as práticas que são danosas ou ineficazes e merecem ser abandonadas; Grupo C, de práticas para as quais ainda não há evidências suficientes e que necessitam mais pesquisas; e, finalmente, o Grupo D é de práticas que até são benéficas, mas que frequentemente têm sido utilizadas de maneira inadequada (Organização Mundial de Saúde, 1996).

As recomendações da OMS foram sendo atualizadas a partir da produção de novas evidências por pesquisadores de todo o mundo. Assim, o conceito de boas práticas na assistência ao parto e nascimento veio para consolidar as recomendações da clínica baseada em evidência (World Health Organization, 2018).

O movimento de desmedicalização ao parto no Brasil foi chamado de humanização do parto e nascimento, que foi adotada pelo Ministério da Saúde, como política pública de atenção à saúde da mulher, a partir do final dos anos 90. Desde então, diversos Programas e Políticas foram implementados, objetivando melhoria de processos de saúde e de indicadores, principalmente a redução da morte materna e infantil (Diniz, 2005).

Dentre os atores envolvidos no cenário do parto e nascimento, a enfermagem obstétrica

vem se configurando como agente importante na mudança de modelo pois apresenta como filosofia de cuidado, desenvolvido desde a formação, o uso de tecnologias não invasivas, caracterizado pela desmedicalização do processo de nascimento, um cuidado relacional, que envolve diversos saberes e valoriza a intuição, além das melhores evidências científicas disponíveis (Prata & Progianti, 2013; Torres et al., 2008; Vargens et al., 2017).

Em 1999, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 985 que cria os centros de parto normal (CPN), sendo caracterizado como unidades especializadas no acompanhamento exclusivo do parto normal de mulheres classificadas como de gestação de risco habitual. São classificados como CPN intra-hospitalar quando nas dependências do hospital, CPN peri-hospitalar quando está localizado ao lado de um hospital e CPN isolado quando distante em até uma hora do hospital de referência. O cuidado é centrado na mulher e na família, respeita a fisiologia do processo, estimula o uso de boas práticas obstétricas e tem enfermeiras obstétricas e obstetritzas como as profissionais responsáveis pelo cuidado (Brasil, 1999).

Em 2011 iniciou-se a implantação da Rede Cegonha, estratégia lançada pelo Ministério da Saúde para oferecer saúde, qualidade de vida e bem estar às mulheres durante a gravidez, o parto, e o puerpério e o acompanhamento do desenvolvimento da criança nos primeiros dois anos, além de sistematizar e institucionalizar um modelo de atenção ao parto e nascimento baseado em evidências. Dentre suas ações está a implantação de centros de parto normal, onde as mulheres devem ser acompanhadas por enfermeiras obstétricas e/ou obstetritzas, num ambiente diferenciado do hospitalar para que possam exercer as suas escolhas, tais como: livre movimentação, ter acesso as tecnologias não invasivas de cuidado para o alívio da dor (Brasil, 2011 & Brasil, 2017).

A Pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento foi conduzida em 2011/2012 e seus resultados mostram, pela primeira vez, um panorama sobre o parto e nascimento por região, capitais e interiores e nos setores público e privado. Seus resultados mostram que em relação à assistência ao parto normal, apresenta um modelo hegemônico altamente medicalizado e indicada a necessidade de mudança no modelo de assistência obstétrica (Leal et al., 2014a).

Resultados de uma recente revisão sistemática com metanálise sobre resultados maternos e perinatais por local de nascimento planejado entre mulheres com gestação de risco habitual, em países de alta renda concluiu que entre os estudos cuidadosamente selecionados de mulheres com gestações de baixo risco em países de alta renda, o local de nascimento planejado parece ter pouco impacto significativo sobre os resultados perinatais adversos. Além disso, as mulheres que planejavam dar à luz em um centro de parto ou em casa tinham chances

significativamente mais baixas de intervenção e morbidade grave no parto e nascimento (Scarf et al., 2018a).

Nessa perspectiva os centros de parto normal se configuram como uma alternativa ao modelo obstétrico hospitalar, por sua característica de cuidado centrado nas necessidades da mulher e família, e baseado nas melhores evidências recomendadas pela Organização Mundial de Saúde. No entanto, este modelo ainda gera desconfiança quanto à sua segurança, sendo de extrema importância o desenvolvimento de estudos comparativos para avaliar seus resultados (Machado & Praça, 2006).

Assim, conhecer o conteúdo da produção científica nacional sobre os centros de parto normal é relevante, por indicar as lacunas do conhecimento que precisam ser investigadas. Por conta disso foi realizado este estudo com o objetivo de identificar nas produções científicas os resultados maternos e fetais dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas nos centros de parto normal no Brasil, no período de 2010 a 2020.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão sistemática, do tipo *scoping review* sobre artigos publicados, dissertações e teses no período de 2010 a junho de 2020. A escolha desta data se deu por dar continuidade a uma revisão integrativa da produção nacional que abrange o período de 2005 até 2009 (Riesco et al., 2009).

Este método tem como objetivo mapear de forma instantânea conceitos chaves e principais fontes e tipos de estudos disponíveis sobre determinadas áreas da produção de pesquisa (Arksey & O'Malley, 2005; W. M. dos Santos et al., 2018). Também permite a sumarização e divulgação dos dados apresentados e na identificação das lacunas de pesquisas que existem (Menezes et al., 2015).

Para construir a questão de pesquisa e conduzir as buscas foi utilizada a estratégia PCC (Population, Concept e Context) proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI) como uma adaptação da estratégia PICO (P- paciente, I- intervenção, C- comparação, O-:outcomes, desfecho), que permite uma busca estruturada, de maneira acurada e replicável, dos estudos disponíveis (W. M. dos Santos et al., 2018).

Neste sentido, o estudo foi guiado pela seguinte questão: Quais os resultados maternos e fetais (Context) dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas (Population) nos Centros de Parto Normal (CPN) no Brasil (Concept), no período de 2010 a 2020? Contemplando-se as seguintes etapas na elaboração da revisão: 1. Definição do objetivo; 2.

Busca dos estudos nas bases de dados (estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos); 3. Extração dos dados; 4. Análise crítica dos estudos incluídos; 5. Classificação, resumo e relatório dos resultados (Arksey & O'Malley, 2005).

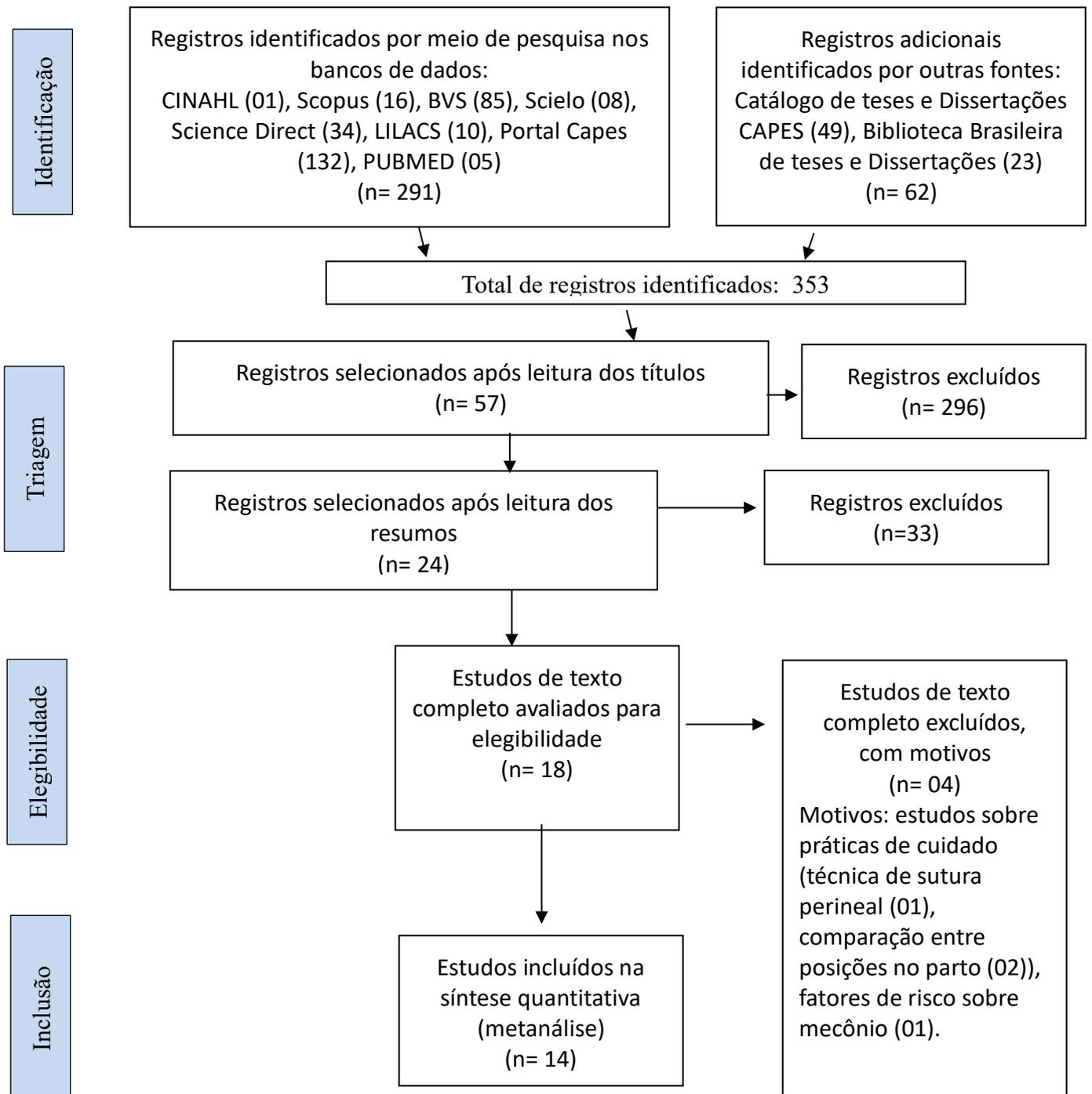
Para a seleção dos artigos, foram consultadas as seguintes bases de dados: Portal da BVS, Portal de Periódicos da CAPES, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE, PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *The Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Science Direct, Scopus, e Banco de Teses e Dissertações da CAPES. O estudo teve seu protocolo publicado no *Open Science Framework* (OSF) em 24 de junho de 2020, pois o PROSPERO (*International prospective register of systematic reviews*).

A busca foi realizada em julho de 2020, por 03 revisores independentes, utilizando palavras naturais e descritores em Ciências da Saúde: DeCS (português) e MeSH (inglês). Os termos foram combinados, utilizando os operadores booleanos OR e AND: (Outcome OR resultados) AND (“centros independentes de assistência à gravidez e ao parto” OR “centro de parto normal” OR “casa de parto” OR “birthing centres” OR “birth center”) AND (“Enfermagem obstétrica” OR Enfermeira).

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos de estudos primários, dissertações e teses disponíveis na íntegra publicados em português, inglês e espanhol, no período compreendido entre janeiro de 2010 a junho de 2020; publicações com metodologia quantitativa, que permitia obter evidências claras sobre o tema em estudo (questão do estudo). Foram critérios de exclusão: pesquisas quantitativas que não abordassem os resultados maternos e neonatais, que não estivessem disponíveis na íntegra, editoriais, artigos de reflexão e estudos secundários de qualquer natureza.

Os estudos selecionados foram analisados e sistematizados, distribuídos em 03 quadros, considerando autores, ano da publicação, tipo e local do CPN, período analisado, desenho e amostra do estudo, objetivo e principais resultados. O fluxograma com as etapas detalhadas da pesquisa foi apresentado na Figura 01

Figura 1- Fluxograma dos artigos da produção científica selecionados.



## RESULTADOS

Foram localizados 353 estudos, sendo 291 artigos e 62 teses e dissertações. Os artigos são disponibilizados no CINAHL (01), Scopus (16), BVS (85), Scielo (08), Science Direct (34), LILACS (10), Portal Capes (132), PUBMED (05). Os estudos produzidos em cursos de pós-graduação *stricto sensu* encontram-se no Catálogo de Teses e Dissertações CAPES (49), Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações (23).

Iniciamos o processo de seleção dos estudos com a leitura dos títulos, sendo excluídos 296 estudos. Em seguida realizamos a leitura dos 57 resumos, sendo excluídos 33 estudos (21 artigos repetidos, 05 artigos com metodologia qualitativa, 07 teses e dissertações sobre implantação dos centros de parto normal e a prática de cuidado), remanescendo 18 estudos para leitura completa. Após a leitura completa, foram excluídos 04 estudos considerados inapropriados com base nos critérios de inclusão. Assim, como amostra final, foram incluídos 14 estudos para análise desta revisão, sendo 11 artigos, 01 tese de doutoramento e 02 dissertações de mestrado (Figura 1).

Dessa amostra, todos foram publicados originalmente em português. Observamos um maior número de publicações entre 2010 e 2012 (7), dois em 2013, um em cada ano de 2015, 2016, 2017 e dois em 2018. Os estudos foram organizados por ordem cronológica de publicação e apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Apresentação da síntese dos estudos incluídos na revisão de escopo sobre a produção científica no Brasil, no período de 2010 a 2020.

Nº	Autores/ Ano publ/ formação	Local publicação	Tipo de CPN; Cidade; Período estudado	Desenho do estudo/ Amostra	Objetivos
1	(Lobo, Sheila Fagundes et al., 2010) (enfer)	Rev Esc Enferm USP	CPN peri-hospitalar; São Paulo-SP; 2003 e 2006	Descritivo Amostra: 991	Descrever os resultados maternos e perinatais da assistência no Centro de Parto Normal Casa de Maria (CPNCM), na cidade de São Paulo.
2	(Cruz & Barros, 2010) (enfer)	Acta Paulist Enferm	CPN Isolado e CPN intra-hospitalar; São Paulo-SP; 2007-2009	Transversal- analítico Amostra: 192 96 para cada grupo	Descrever as práticas obstétricas e os resultados maternos e neonatais de dois Centros de Parto Normal do Município de São Paulo, comparando-se as unidades intra e extra-hospitalares.
3	(Bonadio et al., 2011) (enfer)	Rev Esc Enferm USP	CPN Isolado; São Paulo-SP; 09/ 1998 a 07/2008	Descritivo  População 229 casos.	Caracterizar as remoções maternas da Casa do Parto de Sapopemba, em São Paulo, para hospitais de referência, entre setembro de 1998 e julho de 2008
4	(Vogt et al., 2011) (enfer / 01 medi/ 01 estatist)	Cad Saúde Pública	CPN Peri-hospitalar; Belo Horizonte- MG; 2006	Transversal- analítico. Amostra: 831 prontuários 03 grupos com 277 = CPN/ HG/ HP	Avaliar a frequência das intervenções sobre o trabalho de parto de mulheres de baixo risco nos três modelos assistenciais definidos: Centro de Parto Normal (CPN), num hospital vencedor do título “Galba de Araújo” (HG) e numa maternidade com modelo assistencial prevalente (HP).
5	(Osava et al., 2011) (enfer/ 01 estatístico)	Rev Saúde Pública	CPN intra-hospitalar; São Paulo-SP; mar- abr de 2005	Transversal- descritivo Amostra: 2441 prontuários	Estimar a prevalência de cesarianas em um centro de parto normal intra-hospitalar e identificar fatores associados.
6	(A. L. de F. Pereira et al., 2012) (enfer)	R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online	CPN Isolado; Rio de Janeiro-RJ; 2004-2009	Transversal- descritivo Amostra: 1477 prontuários	Analisar os dados maternos e neonatais dos atendimentos realizados por enfermeiras obstétricas em casa de parto.
7	(Schneck et al., 2012) (enfer/ 01 med)	Rev Saúde Pública	CPN São Paulo-SP; 2003 a 2006.	Transversal- analítico. Amostra: 991 mulheres do CPN e 325 do hospital.	Comparar os resultados maternos e neonatais em mulheres de baixo risco atendidas em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital.
8	(F. M. B. da Silva et al., 2013) (enfer)	Rev Esc Enferm USP	CPN Isolado; São Paulo-SP; 2006-2009	Descritivo Amostra: 1079 partos	Caracterizar a assistência intraparto em um centro de parto extra-hospitalar quanto às práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).
9	(A. L. de F. Pereira et al., 2013)	Escola Anna Nery	CPN Isolado; Rio de Janeiro-RJ;	Descritivo Amostra: 458 prontuários	Descrever os resultados maternos e neonatais da assistência na Casa de Parto David Capistrano Filho.

	(enfer)		2008- 2009		
10	(N. C. P. Santos et al., 2015) (enfer/ med)	Adolescente Saúde	CPN Peri-hospitalar; Belo Horizonte- MG; 07/2001 a 12/2012	Transversal- Descritivo Amostra: 9.585	Analisar os resultados maternos, neonatais e assistenciais da atenção ao parto de adolescentes admitidas em um Centro de Parto Normal (CPN).
11	(Karin Fatima Silveira, 2016) [Dissert.] (medica)	Catálogo de teses e dissert CAPES	CPN Intra-hospitalar; São Paulo- SP; 2007 e 2014	Avaliação estrutura, processo e resultado Amostra: 2007: 1954 2014: 865	Avaliar a adesão às boas práticas de atenção ao parto e atenção ao recém-nascido pelo CPN, comparando dois momentos: no segundo ano após a implantação e no ultimo ano que precede o estudo.
12	(Juliana Manoela dos Santos Freitas, 2017) [Dissert.] (enfer)	Catálogo de teses e dissert CAPES	CPN Intra-hospitalar; São Paulo; 2015	Transversal descritivo Amostra: 300	Verificar se as enfermeiras obstetras utilizam as práticas baseadas em evidências (boas práticas), na assistência ao parto de risco habitual em um Centro de Parto Normal;
13	(Teixeira et al., 2018) (enfer)	Enferm em Foco	CPN Intra-hospitalar; Manaus- AM; setembro 2014- 2016	Transversal descritivo, Amostra: 378 prontuários	Descrever os resultados maternos e neonatais da assistência no Centro de Parto Normal Intra-hospitalar da Maternidade Balbina Mestrinho em Manaus.
14	(N. C. P. Santos, 2018) [Tese] (enfer)	Biblioteca Brasileira de teses e Dissert	CPN Peri-hospitalar; Belo Horizonte- MG e hospitais da R. Sudeste (Nascer no Brasil)	Transversal analítico 2011 – 2012 Amostra: CPN: 1561 Hospitais: 913	Analisar dois modelos de atenção ao parto e práticas assistenciais entre mulheres de baixo risco obstétrico, em relação às intervenções/intercorrências durante o trabalho de parto e parto e suas repercussões nos resultados perinatais.

Fonte: autores

Os estudos foram conduzidos nos 3 modelos de centro de parto normal (CPN), sendo cinco estudos em CPN intra-hospitalar (4 em São Paulo e 1 em Manaus), cinco estudos em CPN peri-hospitalar (2 em São Paulo e 3 em Belo Horizonte) e quatro estudos em CPN isolado (2 no Rio de Janeiro e 2 em São Paulo), com atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os estudos são do tipo transversal descritivo (nove), transversal analítico (quatro) e de avaliação (um). Quanto à população, a amostra analisada nos estudos compreendeu 23.787 prontuários das parturientes, no período de 1998 a 2016. Em apenas 1 estudo o autor principal foi uma médica, todos os outros tiveram como autores principais enfermeiras(os). Em cinco estudos houve participação de outros profissionais como pedagoga, médico(a) e estatístico.

No Quadro 2 foi apresentada a prevalência dos resultados maternos e neonatais dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas em CPN no Brasil. Foram extraídos os resultados relacionados à prevalência das boas práticas, intervenções e desfechos em CPN, descritos nas tabelas apresentadas pelos estudos selecionados para a revisão de escopo. Apenas um estudo que utilizou a análise fatorial de correspondência múltipla não pode ser extraído a prevalência (estudo nº 2 do quadro 1).

Quadro 02 - Prevalência dos resultados maternos e neonatais dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas em CPN no Brasil, período 2010 a 2020.

Nº art	n= 22.500	Boas Práticas										Intervenções				Desfecho			
		Mãe							RN			Mãe			RN	Mãe		RN	
		aco	die	ban	dea	mas	pns	out*	pp	ct	am	amn	oci	epi	avs	rm	out**	ap5<7	rm
1	991	92,2	-	92,9	47,6	29,8	-	-	-	-	-	62,6	23,5	25,7	9,3	-	-	0,1	1,4
3	229	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,8	-	-	-
4	277	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67,6	27,9	7,2	-	-	-	0,0	1,8
5	2441	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13,7	-	-	-	14,9	-	-
6	1477	94,9	-	-	-	-	90,2	-	-	-	-	-	-	3,9	-	12,3	-	0,3	6,6
7	991	-	99,7	-	-	-	-	-	-	-	-	71,3	23,6	25,7	9,3	-	-	0,1	1,4
8	1079	93,3	95,6	84,4	68	60,1	98,3	51,7	-	-	-	51,7	31	14,1	7	0,7*	-	0,8	2
9	458	94,5	87,1	75,2	85,1	65,7	-	93,2	-	-	-	11,1	45	2,4	-	2,8*	-	0	8,5
10	9.585	78,7	-	-	-	-	60,5	61,8	-	-	-	40,9	30,7	9,2	-	-	-	-	-
11	1954	85,2	-	-	-	-	87,9	-	-	-	85,5	-	45,8	23,7	-	8,5	5,7	0,6	-
	779	92,7	-	-	-	-	78,9	-	50,3	-	95,6	-	42,6	19,3	-	9,9	6,1	0,1	-
12	300	96,2	-	51,7	58,6	-	74,5	42,7	61,2	-	97,9	6,7	19,0	16,0	-	-	-	1,0	-
13	378	97,4	-	-	-	-	-	-	86,6	77,8	-	-	-	8,5	-	-	1,7	0,7	3,4
14	1561	96,7	-	-	-	-	96,1	62,7	95,2	-	-	54,0	21,5	6,7	34,5	-	-	0,9	1,3

Fonte: autores

Legenda: **Boas Práticas Mãe** - aco=acompanhante; die= dieta liberada; ban= chuveiro ou banheira; mas= massagem; pns= parto em posições não supinas; out\*= outras práticas (bola; exercícios respiratórios; alívio não farmacológico da dor, movimentos pélvicos). **Intervenções Mãe**- amn= amniotomia; oci= ocitocina; epi= episiotomia. **Desfecho Mãe**- rm= remoção; out\*\*= outras (tx cesarea). **Boas Práticas RN**- pp= contato pele a pele; cort= corte tardio do cordão umbilical; am=amamentação 1ªh. **Intervenções RN**- avs= aspiração das vias aéreas. **Desfecho RN**- ap5<7= Índice de Apgar< 7 no 5º minuto; Mãe rm \*=remoção no pós-parto.

Dentre as variáveis avaliadas nos estudos, observa-se que as mulheres puderam contar com a presença do acompanhante (78,7-97,4) durante o trabalho de parto e parto, se alimentaram (87,1-99,7%), foram estimuladas a deambular (47,6-85,1%) no trabalho de parto e utilizaram métodos não farmacológicos para conforto e alívio da dor (massagem: 29,8-65,7%; banho de imersão: 51,7-92,9% e outros: 42,7-93,2%). Outra questão importante é o oferecimento de posições não supinas para o parto (60,5-98,3%). Em relação ao recém-nascido, as variáveis relacionadas às boas práticas como o contato pele a pele (86,6-95,2%) e amamentação na primeira hora (85,5-97,9%) apresentaram alta prevalência, assim como o clampeamento tardio do cordão umbilical (77,5%), avaliado por apenas um estudo.

Em relação às intervenções no parto, observamos que a amniotomia foi a mais frequente (6,7-71,3%), seguida pelo uso da ocitocina no trabalho de parto (13,7-45,8%) e da episiotomia (2,4-25,7). A intervenção relacionada ao recém-nascido foi a aspiração das vias aéreas superiores (7,0-34,5%).

Quanto aos desfechos maternos, quatro estudos apontaram transferência no trabalho de parto (5,8-12,3%) e dois estudos a transferência no pós-parto (0,7- 2,8%). Em outros quatro estudos foram descritas as taxas de cesárea entre as mulheres transferidas no trabalho de parto (1,7-14,9%). Em relação ao recém-nascido a asfixia foi medida pelo índice de Apgar no 5º minuto (0,0-0,9%) e foi avaliada a taxa de remoção do CPN para a unidade de referência (1,3-8,5%).

A seguir o Quadro 3, onde foram apresentados os estudos analíticos. Observamos que foram utilizadas diferentes técnicas de análise, o que impossibilitou a realização da sumarização dos dados. O primeiro estudo apresentado no Quadro (nº2 do Quadro 1) utilizou análise fatorial de correspondência múltipla e apresentou os dados por meio de gráfico, sem detalhar os resultados em forma de tabelas. O outros dois estudos a seguir (nº 04 e 07 do Quadro 1) compararam resultados de centros de parto normal peri-hospitalar com hospital, utilizando como análise a prevalência e testes estatísticos como qui-quadrado e exato de Fisher, e apenas o último estudo (nº 14 do Quadro 1) apresentou razão de chances e pareamento dos grupos com escore de propensão para reduzir viés.

Quadro 03 - Apresentação da síntese dos estudos comparativos incluídos na revisão de escopo sobre resultados maternos e neonatais dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas em CPN no Brasil, no período de 2010 a 2020.

Nº	Amostra	Comparados	Principais Resultados							
2	Amostra: 192 96 cada grupo	CPN Isolado; CPN intra-hospitalar;	Análise fatorial de correspondência múltipla entre CPN intra e extra hospitalar apontou que							
			CPN intra-hospitalar utilizou com maior frequência às intervenções como ocitocina, amniotomia e tempo de permanência materna e neonatal superior às 48h, após o parto	CPN extra-hospitalar apresentou maior frequência de parturientes com períneo íntegro, amniorrexe espontânea e tempo de permanência materna e neonatal inferior a 48 horas pós-parto. Os resultados maternos e neonatais não evidenciaram complicações relacionadas às práticas utilizadas						
4	Amostra: 831 277 cada grupo.	CPN Peri-hospitalar (CPN); Hospital Humanizado (HG); Hospital tradicional (HP)		Ocitocina	Amniot	Episio	Analgesia	Forceps	Apgar 5'	RN U. Neo
			CPN	27,9	67,6	7,2	-	-	0,0	1,8
			HG	59,5	73,6	14,8	54,4	1,1	0,4	2,2
			HP	40,1	82,2	54,9	7,7	9,4	0,4	5,1
A análise de CPN x HG, CPN x HP, HG x HP mostram o uso seletivo de intervenções em todos os modelos assistenciais, embora favoreçam o CPN como estratégia no controle das intervenções durante o trabalho de parto e parto nas gestantes de risco habitual sem prejuízos para as mulheres e os recém-nascidos										
7	Amostra: CPN 991 hospital 325	CPN peri-hospitalar; Hospital	Variáveis	amniotomia	ocitocina	dieta	episiotomia	AVAS	APGAR 5'<7	RN U. Neo
			CPN	71,3	23,6	99,7	25,7	9,33	0,1	1,4
Hospital			84,5	47,2	86,7	32,	86,1	0,6	5,6	
Foram encontradas diferenças significativas nas intervenções, sendo a maior frequência no hospital										
14	Amostra: CPN: 1561 Parto hospit: 913	CPN peri-hospitalar; Hospitais Região Sudeste	As mulheres que tiveram parto no CPN comparadas com aquelas com parto hospitalar tiveram:							
			Maior Chance				Menor chance			
			Uso de métodos não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto (OR = 2,94; IC95%: 2,47-3,49), presença de acompanhante (OR = 90,13; IC95%: 62,92-129,11); e outras posições para o parto (OR=3,19; IC95%: 2,06-4,95) Em relação ao RN: contato pele a pele com a mãe na				Episiotomia (OR =0,05; IC95%: 0,04-0,07), uso de ocitocina durante o trabalho de parto (OR= 0,26; IC95%: 0,21-0,31), cesariana (OR = 0,67; IC95%: 0,51-0,87), parto instrumental (OR = 0,53; IC95%: 0,39-0,71) e parto em posição			

			primeira hora de vida (OR = 49,66; IC95%:37,59-65,60)	litotômica (OR = 0,003; IC95%: 0,002-0,004) Em relação ao RN: Apgar < 7 no quinto minuto de vida (OR = 0,63; IC95%: 0,43-0,92), reanimação na sala de parto (OR = 0,32; IC95%:0,24-0,42), uso de oxigênio (OR = 0,32; IC95%: 0,26-0,43) e aspiração de vias aéreas superiores (OR = 0,14; IC95%: 0,12-0,16)
--	--	--	---	--

Fonte: autores

Na análise fatorial de correspondência múltipla que avaliou os resultados nos dois tipos de CPN (intra-hospitalar e isolado), o primeiro utilizou mais intervenções como ocitocina, amniotomia e o tempo de permanência materna e neonatal foi superior a 48h após o parto, enquanto no CPN isolado (extra-hospitalar) observou-se maior frequência de períneo íntegro, rompimento de membranas de maneira espontânea e tempo de permanência materna e neonatal inferior a 48 horas pós-parto.

Na comparação de CPN com hospital e CPN com Hospital humanizado e tradicional, foram apontadas, no CPN, menos intervenções e mais boas práticas na assistência obstétrica. Na comparação entre os três modelos, foi identificado um gradiente com menos intervenções e mais boas práticas no CPN e mais intervenções e menos boas práticas nos hospitais tradicionais.

O estudo comparativo que entre CPN e hospitais da região sudeste da base de dados da pesquisa Nascer no Brasil, apontou que no CPN as mulheres tiveram maior chance de uso de métodos não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, presença de acompanhante e outras posições para o parto, e os RN tiveram contato pele a pele com a mãe na primeira hora de vida. Foi menor a chance de episiotomia, uso de ocitocina durante o trabalho de parto, de cesariana e parto em posição litotômica, enquanto os RN apresentaram menor chance de Apgar < 7 no quinto minuto de vida, utilizar manobras de reanimação na sala de parto e de aspiração de vias aéreas superiores.

## **DISCUSSÃO**

Ao compararmos os resultados desta revisão de escopo com a revisão integrativa realizada anteriormente, observamos alguma evolução nas características metodológicas dos estudos relacionados com o modelo CPN. Assim como na revisão anterior, observamos uma maior frequência dos estudos descritivos, demonstrando que a produção nacional permanece na fase exploratória dos dados (Riesco et al., 2009). A mudança identificada foi a incorporação de estudos de outros municípios, como Rio de Janeiro e Manaus, apontando para a ampliação do modelo CPN, saindo do eixo São Paulo-Belo Horizonte.

Observamos a iniciativa de promoção de estudos comparativos, para avaliar os resultados, sendo em sua totalidade estudos transversais, com coleta retrospectiva de dados, em fontes secundárias, com diferentes tipos de análises, o que compromete a validade externa dos mesmos.

Houve avanço nas variáveis analisadas, com a incorporação de outros desfechos que

extrapolam a tradição hegemônica de investigação sobre a assistência ao parto, como o estímulo às boas práticas e diminuição das intervenções, recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2018) e Diretrizes do Parto Normal do Ministério da Saúde (Brasil, 2016, 2017), ampliando os cenários e modelos de assistência ao parto.

O desafio de transformar o modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil, instiga enfermeiras obstétricas e obstetrizes a expandir seus *conhecimentos* técnico-científicos e utilizá-los no cuidado à saúde das mulheres e recém-nascidos. Por essa razão, o CPN representa um espaço de autonomia, onde se desenvolve e fortalece um modelo de cuidados próprio desta categoria, baseado nas tecnologias não invasivas de cuidado, tanto do ponto de vista conceitual, como relacional, entre os atores envolvidos no processo, e protege os direitos da mulher (Silva et al., 2015; Teixeirense et al., 2018; Torres et al., 2008; Vargens et al., 2017).

Importante salientar que antes da implantação da Rede Cegonha no ano de 2011, já foi observado maior prevalência de boas práticas na assistência ao parto nos CPN, como presença do acompanhante, alimentação, incentivo à deambulação, uso de práticas para alívio da dor, e menor prevalência de intervenções como uso de ocitocina, amniotomia, partos em posição supina, episiotomia, evidenciado nos estudos de número 01 a 10, cujo período analisado nos estudos foi de 1998 a 2010.

Esses achados também foram evidenciados pela pesquisa *Nascer no Brasil* estudo de base hospitalar realizada em 2011/2012, que entrevistou 23.894 mulheres de todas as regiões do Brasil e apontou que as boas práticas durante o trabalho de parto ocorreram em menos de 50% das mulheres e as intervenções como amniotomia e ocitocina foram de 40% e episiotomia e posição supina no parto foi respectivamente 56% e 92% (Leal et al., 2014b).

Estudos internacionais corroboram os achados deste estudo, apontando que em partos fora do hospital e conduzidos por enfermeiras obstétricas/obstetrizes/parteira não apresentaram resultados adversos para as mães e RN, as mulheres tiveram mais parto vaginais espontâneos, amamentaram mais e tiveram menores taxas de intervenções do que as mulheres que pariram em unidades hospitalares, as chances de mortalidade perinatal não diferiram entre os locais de nascimento e chance significativamente mais baixas de admissão na UTIN para os partos fora do hospital (Hodnett et al., 2012; Scarf et al., 2018b).

Portanto, o modelo de atenção ao parto no CPN, se configura como uma estratégia de desmedicalização do modelo de assistência ao parto e nascimento, na medida em que desenvolvem ensino, pesquisa e assistência orientados pela concepção do parto como processo fisiológico, social e cultural próprio de cada mulher, a qual tem direito à escolha do local do

parto e do profissional que deve prestar essa assistência (Freitas et al., 2019; S. B. Pereira et al., 2018).

Importante ressaltar que os estudos analisados após 2011 mostraram aumento significativo no uso de boas práticas, além de uma grande diminuição no uso das intervenções. Podemos considerar que este fato se deu pelas estratégias e ações desenvolvidas pela Rede Cegonha principalmente no âmbito da formação e qualificação de recursos humanos, tais como: Programa Nacional de Bolsas para Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF) em 2012, Curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica (CAEO) em 2013, e o Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (APICE ON) no ano de 2017 (Brasil, 2017; Sanfelice et al., 2020).

## **CONCLUSÃO**

A produção científica brasileira sobre CPN ainda é de autoria restrita a poucos pesquisadores, vinculados à área de enfermagem, mas com parcerias de outros profissionais como médicos, estatísticos e pedagoga. Os estudos são principalmente descritivos, retrospectivos, ainda sem padronização das variáveis estudadas e dos métodos de análise, mas com uma tendência para ampliação das variáveis que incorporam as boas práticas e intervenções no cuidado, além dos desfechos maternos. A assistência neonatal ainda recebe menor ênfase nos estudos, que são focados predominantemente nas práticas obstétricas e nos resultados maternos. Apresenta dados produzidos ao longo de duas décadas relacionados a 11 serviços, mas com discreta ampliação dos locais.

Novos estudos serão importantes para acompanhar os resultados maternos e neonatais nos centros de parto normal, principalmente estudos analíticos, que permitam inferência dos resultados encontrados.

## REFERÊNCIAS

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Bonadio, I. C., Schneck, C. A., Pires, L. G., Osava, R. H., Silva, F. M. B. da, Oliveira, S. M. J. V. de, & Riesco, M. L. G. (2011). Remoções maternas da Casa do Parto de Sapopemba para hospital de referência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1301–1308. Recuperado 25 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600004>
- Brasil. (2011) Ministério da Saúde. *Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha* [Institucional]. Recuperado 25 de julho de 2020, de <https://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha>
- Brasil. (2016). *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal* (p. 381) [Relatório de Recomendação]. Ministério da Saúde-CONITEC. Recuperado 22 de julho de 2020 de [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)
- Brasil. (2017). *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal-versão resumida* (Recomendações; p. 53). Ministério da Saúde-CONITEC. Recuperado 22 de julho de 2020 de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
- Brasil. (1999) Ministério da Saúde. Portaria nº 985, 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde [legislação na Internet]. Brasília; 1999 [citado 2020 jul. 15]. Diário Oficial União. Recuperado 20 de julho de 2020 de <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-29-1999-08-05-985>
- Cruz, A. P. da, & Barros, S. M. O. de. (2010). Práticas obstétricas e resultados maternos e neonatais: Análise fatorial de correspondência múltipla em dois centros de parto normal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(3), 366–371. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000300009>
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 627–637. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>
- Freitas, J. M. dos S., Narchi, N. Z., Fernandes, R. A. Q., Freitas, J. M. dos S., Narchi, N. Z., & Fernandes, R. A. Q. (2019). Práticas obstétricas em centro de parto normal intra-hospitalar realizadas por enfermeiras obstetras. *Escola Anna Nery*, 23(4). Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/2177-9465-2019-0112>
- Hodnett, E. D., Downe, S., & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000012.pub4>
- Freitas, J. M. dos S. (2017). *Resultados maternos e neonatais em centro de parto natural intra-hospitalar* [Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Universus Veritas Guarulhos]. Recuperado 29 de julho de 2020 de [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=5780575](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5780575)

- Karin, F. S. (2016). *Centro de Parto Natural intra-hospitalar: Uma estratégia para humanização da assistência ao parto* [Dissertação de Mestrado, Secretaria de Estado da Saúde]. Recuperado 29 de julho de 2020 de [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=3667302](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3667302)
- Leal, M. do C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Filha, M. M. T., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Bastos, M. H., & Gama, S. G. N. da. (2014a). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, S17–S32. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
- Leal, M. do C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Filha, M. M. T., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Bastos, M. H., & Gama, S. G. N. da. (2014b). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, S17–S32. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
- Lobo, S. F., Oliveira, S. M. J. V. de, Schneck, C. A., Silva, F. M. B. da, Bonadio, I. C., & Riesco, M. L. G. (2010). Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal perinatal hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Revista Escola Enfermagem USP*, 44(3), 812–818.
- Machado, N. X. de S., & Praça, N. de S. (2006). Delivery center and obstetric assistance focused on the parturient's needs. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(2), 274–279. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000200017>
- Menezes, S. S. C. de, Corrêa, C. G., Silva, R. de C. G. e, Cruz, D. de A. M. L. da. (2015). Raciocínio clínico no ensino de graduação em enfermagem: Revisão de escopo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(6), 1032–1039. Recuperado 21 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/S0080-62342015000600021>
- Organização Mundial da Saúde. (1996). *Maternidade segura: Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico*. OMS. Recuperado 11 de julho de 2020 de <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-9570>
- Osava, R. H., Silva, F. M. B. da, Tuesta, E. F., Oliveira, S. M. J. V. de, & Amaral, M. C. E. do. (2011). Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. *Revista de Saúde Pública*, 45(6), 1036–1043. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000600005>
- Pereira, A. L. de F., Azevedo, L. G. F. de, Medina, E. T., Lima, T. R. L. de, & Schroeter, M. S. (2012). Maternal and neonatal care in David Capistrano Filho Birth Center, Rio de Janeiro, Brazil. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 4(2), 2905–2913. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v4.1659>
- Pereira, A. L. de F., Lima, T. R. L. de, Schroeter, M. S., Gouveia, M. da S. F., & Nascimento, S. D. do. (2013). Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. *Escola Anna Nery*, 17(1), 17–23. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100003>
- Pereira, S. B., Diaz, C. M. G., Backes, M. T. S., Ferreira, C. L. de L., Backes, D. S., Pereira, S. B., Diaz, C. M. G., Backes, M. T. S., Ferreira, C. L. de L., & Backes, D. S. (2018). Good

practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1313–1319. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>

Prata, J. A., & Progianti, J. M. (2013). A influência da prática das enfermeiras obstétricas na construção de uma nova demanda social. *Rev. enferm. UERJ*, 21(1), 23–28. Recuperado 29 de julho de 2020 de <HTTPS://WWW.E-PUBLICACOES.UERJ.BR/INDEX.PHP/ENFERMAGEMUERJ/ARTICLE/VIEW/6341>.

Riesco, M. L. G., Oliveira, S. M. J. V. de, Bonadio, I. C., Schneck, C. A., Silva, F. M. B. da, Diniz, C. S. G., Lobo, S. F., & Saito, E. (2009). Birth Centers in Brazil: Scientific production review. *Revista Da Escola de Enfermagem da USP*, 43(SPE2), 1297–1302. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600026>

Sanfelice, C. F. de O., Tiburcio, C. A., Anastácio, J. V., Barros, G. M., Sanfelice, C. F. de O., Tiburcio, C. A., Anastácio, J. V., & Barros, G. M. (2020). Curso de aprimoramento para enfermeiras obstétricas do Projeto Apice On: Relato de experiência. *Escola Anna Nery*, 24(2). Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0212>

Santos, W. M. dos, Secoli, S. R., Püschel, V. A. de A., Santos, W. M. dos, Secoli, S. R., & Püschel, V. A. de A. (2018). The Joanna Briggs Institute approach for systematic reviews. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2885.3074>

Santos, N. C. P. (2018). *Comparação de desfechos maternos e neonatais em um centro de parto normal e hospitais públicos do SUS em partos de baixo risco* [Thesis]. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/35290>

Santos, N. C. P., Vogt, S. E., Pimenta, A. M., Duarte, E. D., Madeira, L. M., Abreu, M. N. S., & Léon, R. G. P. de. (2015). Resultados maternos y neonatales en el trabajo de parto y parto de adolescentes admitidas en un Centro de Parto Normal brasileiro. *Adolescencia e Saude*, 12(2), 16–28. Recuperado 29 de julho de 2020 de [HTTP://WWW.ADOLESCENCIAESAUDE.COM/DETALHE\\_ARTIGO.ASP?ID=459](HTTP://WWW.ADOLESCENCIAESAUDE.COM/DETALHE_ARTIGO.ASP?ID=459)

Scarf, V. L., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Forster, D., Foureur, M. J., McLachlan, H., Oats, J., Sibbritt, D., Thornton, C., & Homer, C. S. E. (2018a). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, 240–255. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>

Schneck, C. A., Riesco, M. L. G., Bonadio, I. C., Diniz, C. S. G., & Oliveira, S. M. J. V. de. (2012). Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 77–86. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000100010>

Silva, A. L. S., Nascimento, E. R. do, Coelho, E. de A. C., Silva, A. L. S., Nascimento, E. R. do, & Coelho, E. de A. C. (2015). Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Escola Anna Nery*, 19(3), 424–431. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150056>

Silva, F. M. B. da, Paixao, T. C. R. da, Oliveira, S. M. J. V. de, Leite, J. S., Riesco, M. L. G., & Osava, R. H. (2013). Care in a birth center according to the recommendations of the World Health Organization. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 47(5), 1031–1038. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500004>

Teixeira, C. S., Pinheiro, V. E., & Nogueira, I. da S. (2018). Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal intra-hospitalar. *Enfermagem em Foco*, 9(1). Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n1.1101>

Teixeirense, M. M. de S., Santos, S. L. S. D., Teixeira, M. M. de S., & Santos, S. L. S. D. (2018). From expectation to experience: Humanizing childbirth in the Brazilian National Health System. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(65), 399–410. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0926>

Torres, J. A., Santos, I. dos, & Vargens, O. M. da C. (2008). Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: Estudo sociopoético. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 656–664. Recuperado 19 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400005>

Vargens, O. M. da C., Silva, A. C. V. da, & Progianti, J. M. (2017). Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. *Escola Anna Nery*, 21(1). Recuperado 19 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170015>

Vogt, S. E., Diniz, S. G., Tavares, C. M., Santos, N. C. P., Schneck, C. A., Zorzam, B., Vieira, D. de A., Silva, K. S. da, & Dias, M. A. B. (2011). 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*, 27(9), 1789–1800. Recuperado 29 de julho de 2020 de <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900012>

World Health Organization. (2018). *WHO / WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience* [Institucional]. WHO. Recuperado 29 de julho de 2020 de <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

## 8.2 ARTIGO 2

O CUIDADO NA CASA DE PARTO E SUA CONFORMIDADE COM AS DIRETRIZES NACIONAIS

CARE IN A NORMAL BIRTH CENTER AND ITS COMPLIANCE WITH NATIONAL GUIDELINES

LA ATENCIÓN EN UN CENTRO DE PARTO NORMAL Y SU CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS NACIONALES

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a conformidade do cuidado oferecido pela Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ às recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. **Método:** Estudo transversal descritivo com 952 observações, no período de 2014 a 2018. Análise de conformidade através de matriz de julgamento e classificada como conformidade total ( $\geq 75,0\%$ ), conformidade parcial (50,0%-74,9%), conformidade incipiente (49,9%-25,0%) e não conformidade (menor que 24,9%). **Resultados:** Os resultados da matriz de julgamento mostram que o cuidado na atenção ao trabalho de parto, parto e assistência ao recém-nascido apresenta conformidade total em relação às recomendações das Diretrizes. **Conclusão:** O cuidado na Casa de Parto, conduzido por enfermeiras obstétricas, segue as recomendações das diretrizes nacionais, e vem evidenciando uma prática desmedicalizada, autônoma, que respeita a fisiologia do parto. Desenvolvem também um modelo de tecnologias próprias de cuidar, constituindo as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica.

**DESCRITORES:** Cuidado de enfermagem; Centros de assistência à gravidez e ao parto; Enfermagem obstétrica; Parto normal; Diretrizes clínica.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the compliance of the care offered by Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ to the recommendations of the National Guidelines for Assistance to Normal Childbirth. **Method:** Descriptive cross-sectional study with 952 observations, from 2014 to 2018. Analysis of compliance through judgment matrix and classified as total compliance ( $\geq 75.0\%$ ), partial compliance (50.0%-74.9%) , incipient compliance (49.9%-25.0%) and non-compliance (less than 24.9%). **Results:** The results of the judgment matrix show that care in the care of labor, delivery and newborn care is in full compliance with the recommendations of the Guidelines. **Conclusion:** The care at the Birth Center, conducted by obstetric nurses, follows the recommendations of the national guidelines, and has shown a demedicalized, autonomous practice, which respects the physiology of childbirth. They also develop a model of their own care technologies, constituting the non-invasive technologies of obstetric nursing care.

**DESCRIPTORS:** Nursing care; Pregnancy and childbirth care centers; Obstetric nursing; Normal birth; clinical guidelines

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la conformidad de la atención ofrecida por la Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ a las recomendaciones de las Directrices Nacionales para la Asistencia al Parto Normal. **Método:** Estudio transversal descriptivo con 952 observaciones, de 2014 a 2018. **Análisis del cumplimiento** mediante matriz de juicio y clasificado en cumplimiento total ( $\geq 75,0\%$ ), cumplimiento parcial (50,0%-74,9%), cumplimiento incipiente (49,9%-25,0 %) e incumplimiento (menos del 24,9%). **Resultados:** Los resultados de la matriz de juicio muestran que la atención en la atención del trabajo de parto, parto y recién nacido está en pleno cumplimiento de las recomendaciones de las Directrices. **Conclusión:** La atención en el Centro de Maternidad, realizada por enfermeras obstétricas, sigue las recomendaciones de las directrices nacionales, y ha mostrado una práctica desmedicalizada, autónoma, que respeta la fisiología del parto. También desarrollan un modelo de sus propias tecnologías de cuidado, constituyendo las tecnologías no invasivas del cuidado de enfermería obstétrica.

**DESCRIPTORES:** Atención de enfermería; Centros de atención al embarazo y parto; enfermería obstétrica; Parto normal; Pautas clínicas.

## INTRODUÇÃO

Centro de Parto Normal (CPN) é uma instituição que oferece cuidados à gestante de risco habitual, por enfermeiras obstétricas/ obstetrizes, de forma autônoma. Presta atendimento humanizado e de qualidade, exclusivamente ao parto normal sem distócias. Funciona em parceria com uma unidade de referência, na qual estão disponíveis médicos obstetras, neonatologistas e anestesistas, e que garantirá o atendimento nas intercorrências, o que implica em remoção da gestante, quando necessário<sup>(1-3)</sup>.

A criação dos Centros de Parto Normal (CPN), foi uma das iniciativas do Ministério da saúde para a mudança de modelo de atenção ao parto no Brasil, sendo o primeiro CPN inaugurado em São Paulo, em 1998, e desde então, foi sendo ampliado e consolidado como um espaço seguro para as gestantes de risco habitual, especialmente, com a instituição da Rede Cegonha (RC)<sup>(1,4,5)</sup>.

Em 2015 a RC redefiniu as diretrizes para a implantação e habilitação dos CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), atualizando a definição de CPN para “unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações, nos termos desta Portaria”<sup>(2)</sup>. Eles podem ser classificados em: CPN Intra-Hospitalar (CPNi), localizados nas dependências internas do estabelecimento hospitalar, e CPN Peri-Hospitalar (CPNp), localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar, com distância máxima de 20 minutos até a Unidade de Referência. Este modelo é semelhante ao CPN Isolado, da Portaria 985/99, que criou os CPNs no Brasil e ficou conhecido como Casa de Parto<sup>(1,2,6)</sup>.

Nessa perspectiva, a Casa de Parto se configura como uma alternativa ao modelo obstétrico hospitalar, por considerar a mulher como protagonista e o parto como evento fisiológico. Trazem um panorama sobre o parto e nascimento no Brasil, por região, capital e interior, nos setores público e privado, evidenciando que, em relação à assistência ao parto normal, o modelo encontrado se caracterizava como hegemônico e altamente medicalizado, reafirmando a necessidade de mudança na assistência obstétrica<sup>(7)</sup>.

Frente a esse cenário, o modelo assistencial inovador desenvolvido na Casa de Parto demanda pesquisa avaliativa sobre seus processos assistenciais.

Por conta disso, esse estudo tem como objetivo analisar a conformidade do cuidado oferecido pela Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ às recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado na Casa de Parto David Capistrano Filho, localizado na zona oeste do Rio de Janeiro.

O cenário funciona 24h por dia e em todos os dias da semana, tendo como referência o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, a menos de seis quilômetros da unidade. Acompanha a gestação de risco habitual, o parto e o nascimento humanizados das mulheres vinculadas à Casa. Incentiva a participação da família nas atividades assistenciais, com vistas a fortalecer o vínculo, aleitamento materno e a rede de apoio da mulher. A equipe da casa é composta por enfermeiras obstétricas responsáveis exclusivas pelo atendimento obstétrico e neonatal, técnicas de enfermagem, assistente social, nutricionista, técnico administrativo, e equipe de apoio terceirizada como, higiene, manutenção, nutrição e logística<sup>(8-10)</sup>.

A amostra foi constituída pelos registros de todos os 952 partos ocorridos na Casa de Parto, no período de 2014 a 2018. Foram excluídos os partos das puérperas que não realizaram o pré-natal na Casa ou que pariram no domicílio, assim como em via pública.

Para análise da conformidade do cuidado, foi elaborado pelos autores uma matriz de julgamento contendo 03 componentes: GI-Assistência ao trabalho de parto (TP), GII-Assistência ao parto e GIII-Assistência ao recém-nascido. Cada componente é composto por seus respectivos indicadores, recomendados pelas Diretrizes Nacionais da Assistência ao Parto Normal<sup>(11)</sup>.

Para o componente GI, foram utilizadas as seguintes variáveis: 1. Admissão em trabalho de parto com 4cm ou mais de dilatação do colo, 2. Presente Acompanhante da escolha da mulher estava, 3. Prescrição ingestão de líquidos e/ou alimentos no TP, 4. Não realização de tricotomia, 5. Não realização de enema, 6. Não prescrição uso de hidratação venosa, 7. Utilização do partograma no acompanhamento do TP, 8. Realização da ausculta fetal intermitente, 9. Realização de toques vaginais com intervalo de 4 h, 10. Utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, 11. Estimulação da livre movimentação no trabalho de parto, 12. Não utilização da ocitocina para aceleração do trabalho de parto de rotina e 13. Não realização da amniotomia de rotina.

Do GII incluímos as seguintes variáveis: 1. Utilização de posições não litotômicas para o nascimento, 2. Não realização de episiotomia, 3. Não realização de Manobra de Kristeller, 4. Administração de ocitocina 10 UI IM após desprendimento da criança.

E do componente GIII foram incluídas as seguintes variáveis: 1. Mantido em contato

pele a pele durante a primeira hora de vida, 2. Realização do clampeamento oportuno/tardio do cordão umbilical, 3. Estimulação da amamentação na primeira hora, 4. Não realização de aspiração de vias aéreas superiores, 5. Não realização de aspiração gástrica, 6. Administração de vitamina K IM, 7. Administração da profilaxia da oftalmia neonatal, 8. Permanência em alojamento conjunto com durante toda a internação.

A pontuação dos componentes foi distribuída entre os indicadores, onde cada indicador recebeu 4,0 pontos e cada componente da matriz recebeu uma pontuação a partir do número de indicadores que a compõe. Assim, o GI recebeu como pontuação máxima 52 pontos, o GII recebeu 16 pontos e o GIII recebeu 32 pontos, totalizando 100 pontos.

Para definir a pontuação de cada indicador, os percentuais dos indicadores foram confrontados com o padrão estabelecido pela matriz de julgamento, sendo aplicada a pontuação correspondente a cada indicador analisado. Quando o indicador obteve percentual  $\geq 80\%$  receberam a pontuação máxima (4,0), de 60-79% recebeu a metade da pontuação (2,0) e menor que 60% receberam zero pontos (quadro 1).

Quadro 1: Matriz de julgamento de conformidade do cuidado ao trabalho de parto, parto e nascimento na CPDCF, segundo as recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.

Componente	Indicadores	Resultados N (%)	Pontuação Obtida: 0 a 4,0	Pontuação máxima obtida
GI	Assistência ao trabalho de parto (13 indicadores)	%	$\geq 80\% = 4,0$ ; 60%-79% = 2,0; < 60% = 0	52
GII	Assistência ao parto (04 indicadores)	%	$\geq 80\% = 4,0$ ; 60%-79% = 2,0; < 60% = 0	16
GIII	Assistência ao recém-nascido (08 indicadores)	%	$\geq 80\% = 4,0$ ; 60%-79% = 2,0; < 60% = 0	32

Fonte: Autora (2022)

Foi realizada análise descritiva dos dados para cálculo da frequência absoluta e relativa dos indicadores selecionados, utilizando o Software estatístico R versão 4.3(12).

O julgamento de valor foi realizado por meio do cálculo de uma proporção para

determinar a conformidade do cuidado na assistência ao parto e nascimento na Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ. A pontuação obtida pelos indicadores foi dividida pela pontuação máxima de cada grupo componente e multiplicado por 100.

Para a classificação da conformidade, utilizou-se o ponto de corte por quartis: em conformidade total ( $\geq 75,0\%$ ), conformidade parcial ( $50,0\%-74,9\%$ ), conformidade incipiente ( $49,9\%-25,0\%$ ) e não conformidade (menor que  $24,9\%$ ).

Este estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa, sob o CAAE: 10953719.5.0000.5282, CAAE: 10953719.5.3001.5279 e CAAE: 45007521.6.0000.5240, recebendo os seguintes pareceres 4.635.958, 3.316.926, 3.450.662, conforme recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos<sup>(13)</sup>.

## RESULTADOS

Quanto à assistência ao trabalho de parto, observamos que 83,1% das mulheres foram admitidas com 04 ou mais centímetros de dilatação, 98,7% tinham acompanhante, 99,7% ingeriram líquidos e/ou alimentos, nenhuma mulher recebeu enema ou tricotomia e em 99,9% não foi instalada hidratação venosa no momento da internação para o trabalho de parto.

Durante o acompanhamento do trabalho de parto, observou-se que 99,9% apresentaram partograma no prontuário, 97,3% tiveram a ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal, em 55,5% das mulheres respeitou-se o intervalo de 04 horas para a realização do toque vaginal para avaliação da dilatação cervical, 97,4% utilizaram métodos não farmacológicos de alívio da dor como banho morno, massagens, respiração, música, 80% foram estimuladas a se movimentar no trabalho de parto por meio da deambulação, bamboleio, uso da banqueta e bola. Em 92,3% não foi utilizada ocitocina intravenosa para aceleração do trabalho de parto e em 97,8% não foi realizada a amniotomia. Neste componente, o resultado da matriz de julgamento foi 93,3%, conformidade total às recomendações das diretrizes (Quadro 2).

Quadro 2. Resultado do componente “assistência ao trabalho de parto” na CPDCF. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014 a 2018, (N=952)

Componente	Indicador	TP N (%)	Pontuação obtida (≥80%= 4,0; 60% - 79% = 2,0; < 60%= 0)
GI-Assistência ao trabalho de parto	1.Admissão em trabalho de parto com 4cm ou mais de dilatação do colo. *	773 (83,1)	4,0
	2.Presente Acompanhante da escolha da mulher estava.	942 (98,9)	4,0
	3.Prescrição ingestão de líquidos e/ou alimentos no TP.	949 (99,7)	4,0
	4.Não realização de tricotomia	952 (100,0)	4,0
	5.Não realização de enema.	952 (100,0)	4,0
	6.Não prescrição Hidratação venosa.	951 (99,9)	4,0
	7.Utilização do partograma no acompanhamento do TP.	951 (99,9)	4,0
	8.Realização da ausculta fetal intermitente.	926 (97,3)	4,0
	9.Realização de toques vaginais com intervalo de ≥ 4 h. *	528 (55,5)	0,0
	10.Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor.	927 (97,4)	4,0
	11.Estimulação da livre movimentação no trabalho de parto.	762 (80,0)	4,0
	12.Não utilização da ocitocina para aceleração do trabalho de parto de rotina.	879 (92,3)	4,0
	13.Não realização da amniotomia de rotina.	931 (97,8)	4,0
Componente	Indicador	TP N (%)	Pontuação obtida (≥80%= 4,0; 60% - 79% = 2,0; < 60%= 0)
	Classificação da conformidade obtidos	Total de pontos	48
	Resultado	92,3%	Conformidade total

Fonte: Autora (2022)

\*(N=930)

Na assistência ao parto, 97% das mulheres pariram em posições não litotômicas, em 100% dos casos não houve episiotomia, em 98,8% não foi realizada a manobra de Kristeller e 94,1% receberam a ocitocina 10UI intramuscular após o parto. Neste componente, o resultado da matriz de julgamento alcançou a conformidade total, segundo as recomendações das diretrizes (Quadro 3).

Quadro 3. Resultado do componente “assistência ao parto” na CPDCF. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014 a 2018, (N=952)

Componente	Indicador	Parto N (%)	Pontuação obtida ( $\geq 80\% = 4,0$ ; $60\% - 79\% = 2,0$ ; $< 60\% = 0$ )
GII- Assistência ao parto	1.Utilização de posições não litotômicas no parto	902 (97,0)	4,0
	2.Não realização de episiotomia	952 (100,0)	4,0
	3.Não realização manobras de Kristeller	941 (98,8)	4,0
	4.Administração de ocitocina 10 UI IM após desprendimento da criança.	875 (94,1)	4,0
	Classificação da conformidade obtidos	Total de pontos	16
	Resultado	100,0%	Conformidade total

Fonte: Autora (2022)

Quanto à assistência ao recém-nascido, 99,2% foram mantidos em contato pele a pele durante a primeira hora de vida, em 98,8% o cordão umbilical foi clampeado em tempo oportuno/tardio, 98,3% foram amamentados na primeira hora de vida, 97,3% dos recém-nascidos não tiveram aspiradas as vias aéreas superiores e em 95,5% não foi realizada a aspiração gástrica. Em relação aos cuidados, 97,7% receberam vitamina K, 97% realizaram a profilaxia da oftalmia neonatal e 100% permaneceram em alojamento conjunto durante toda a internação. Neste componente, o resultado da matriz de julgamento foi de conformidade total às recomendações das diretrizes (Quadro 4).

Quadro 4. Resultado do componente “assistência ao recém-nascido” na CPDCF. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014 a 2018, (N=952)

Componente	Indicador	RN N (%)	Pontuação obtida ( $\geq 80\% = 4,0$ ; $60\% - 79\% = 2,0$ ; $< 60\% = 0$ )
GIII- Assistência ao recém-nascido	1.Mantido em contato pele a pele durante a primeira hora de vida.	923 (99,2)	4,0
	2.Realização do clampeamento oportuno/tardio do cordão umbilical.	919 (98,8)	4,0
	3.Estimulação da amamentação na primeira hora.	914 (98,3)	4,0

4.Não realização de aspiração de vias aéreas superiores.	927 (97,3)	4,0
5.Não realização de aspiração gástrica.	947 (99,5)	4,0
6.Administração de vitamina K IM.	909 (97,7)	4,0
7.Administração da profilaxia da oftalmia neonatal.	902 (97,0)	4,0
8.Permanência em alojamento conjunto com durante toda a internação.	952 (100,0)	4,0
Classificação da conformidade	Total de pontos obtidos	36
Resultado	100,0%	Conformidade total

Fonte: Autores

## DISCUSSÃO

Neste estudo foi analisada a conformidade do cuidado oferecido às mulheres e recém-nascidos na Casa de Parto David Capistrano Filho, do município do Rio de Janeiro, segundo as recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal de 2016. Os resultados da matriz de julgamento mostram que os processos e os procedimentos de atenção ao parto e nascimento estavam em conformidade total em relação às recomendações, no período de 2014 a 2018.

O momento mais oportuno da admissão em trabalho de parto na maternidade tem sido foco de discussões desde o início deste século, sendo consenso que quando a internação ocorre na fase ativa do trabalho de parto, diminui riscos de intervenções desnecessárias, sem aumento de resultados desfavoráveis maternos e neonatais, inclusive como prevenção para cesariana desnecessária<sup>(14-16)</sup>.

A definição de fase ativa também foi atualizada, após estudos sobre padrões atuais de evolução do trabalho de parto, pois estudos anteriores eram da década de 50 do século passado<sup>(17)</sup>. Sendo assim, em 2018, a OMS recomendou a internação em trabalho de parto no Centro obstétrico/CPN com 6 ou mais cm de dilatação, sendo este o limite entre as fases latente ou ativa. No entanto, as diretrizes nacionais foram implantadas em 2016/2017, apresentando como ponto de corte a dilatação de 04 cm, utilizada neste estudo<sup>(11,18)</sup>.

O apoio contínuo da parturiente com a presença do acompanhante ou doula foi relacionado à maior chance de trabalho de parto mais rápido e de parto vaginal espontâneo, e menor chance de analgesia no trabalho de parto, cesariana ou parto instrumental, baixo escore

de APGAR no 5º minuto de vida e relato de insatisfação com a experiência do nascimento<sup>(19,20)</sup>.

A presença do acompanhante foi maior que a encontrada em outros estudos em CPN, que variou de 78,7 a 97,4%<sup>(21)</sup> e são superiores à investigação que avaliou a presença de acompanhantes em setor público (84,7%) e privado (97,9%)<sup>(22)</sup>. Este dado aponta a necessidade de ampliação do acesso em modelos hospitalares, uma vez que é determinado pela lei do acompanhante, Lei 11.108 de 07 de abril de 2005<sup>(23)</sup>. Cabe ressaltar que, na Casa de Parto, a gestante tem direito a levar dois acompanhantes no trabalho de parto, não havendo qualquer barreira institucional, mas por escolha ou dificuldade da mulher que sua rede de apoio esteja presente no nascimento.

A ingestão de alimentos ou líquidos é uma prática cujo resultado foi similar ao encontrado em outros estudos sobre CPN, porém superior ao encontrado em partos no modelo hospitalar, que apresentou 47,6% no setor público e 61,1% no setor privado<sup>(21,22)</sup>. A ingestão de alimentos ou líquidos não apresentou diferenças estatisticamente significativas no aumento de cesariana, partos vaginais operatórios e escores de Apgar inferior a sete no 5º minuto de vida, nem em quaisquer outros resultados avaliados. Portanto, não há justificativa para a restrição de líquidos e alimentos no trabalho de parto para mulheres com baixo risco de complicações<sup>(24)</sup>.

Não existem evidências de que a utilização rotineira do partograma contribua de forma intensa nos resultados maternos e neonatais. Entretanto, sua aplicação foi relacionada à redução de cesariana em países de baixa renda. Sendo o Brasil recordista de cesarianas, com taxas de 43,8% no sistema público e 77,2% no sistema privado, em 2015 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) editou a Resolução Normativa 368, indicando o uso do partograma no acompanhamento do trabalho de parto<sup>(22,25,26)</sup>. O uso do partograma apresenta uma importante vantagem, pois aumenta o monitoramento da mulher durante a evolução do trabalho de parto, pela necessidade do registro do profissional no impresso.

A ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais é o método recomendado para a vigilância da vitalidade fetal durante o trabalho de parto. Esta vigilância permite a identificação das alterações e tomada de providência de modo oportuno e quando comparado com o monitoramento cardiotocográfico contínuo, não apresentou diferenças na taxa geral de morte perinatal<sup>(27)</sup>.

Avaliação da progressão do trabalho de parto através do toque vaginal com intervalo igual ou maior que 4 horas não mostrou diferença na duração do trabalho de parto, embora o desconforto pelo procedimento tenha sido relatado<sup>(28)</sup>. Portanto, em 2017, a observância desde intervalo entrou nas recomendações das Diretrizes<sup>(11)</sup>. Na casa de Parto este intervalo, quando

estratificado por ano, variou de 32,7% em 2014 a 69,4% em 2018, evidenciando uma adesão progressiva às recomendações (dados não mostrados).

Os métodos não farmacológicos (MNF) de alívio da dor são técnicas que utilizam recursos naturais para ajudar a mulher a lidar com a dor durante o trabalho de parto, além de promover o relaxamento, reduzir a ansiedade e aumentar o vínculo entre a mulher, acompanhante e equipe que os assiste<sup>(29)</sup>. Os MNF mais utilizados são banhos, massagens, técnicas de respiração, bola suíça, deambulação, eletroestimulação, aromaterapia, acupuntura, musicoterapia<sup>(29-31)</sup>.

Resultados encontrados em CPN no Brasil, apontam o uso do banho variando de 51,7 a 92,9% e massagens 29,8% a 65,7%, além de outras práticas não medidas de forma individualizada<sup>(21)</sup>. No serviço público o uso de MNF foi de 56,7% e no privado 57,1%<sup>(22)</sup>. Mas, quando avaliado por profissional que assistiu, nos partos acompanhados pelas enfermeiras obstétricas/obstetizes o uso de MNF foi maior<sup>(32)</sup>. Este achado corrobora a percepção positiva das mulheres com o cuidado da enfermagem obstétrica, além de se consolidar como tecnologia não invasiva de cuidado, por ser relacional e estar estruturada com base em conhecimentos, objetos e procedimentos utilizados pelas enfermeiras obstétricas no cuidado<sup>(33,34)</sup>.

Evidências apontam que caminhar e permanecer verticalizada durante o primeiro estágio do parto reduzem a duração do trabalho de parto, o risco de cesariana, a necessidade de peridural, sem aumentar as intervenções ou efeitos negativos para mães e bebês<sup>(35)</sup>. Em CPN do Brasil, verificamos que a deambulação variou de 47,6 a 85,1%<sup>(21)</sup>. Em modelos hospitalares, os registros apontam que a deambulação atingiu 69,2% nos serviços públicos e 89,8% nos serviços privados<sup>(22)</sup>. Quando relacionado com o profissional que assistiu, observamos que foi mais frequente no acompanhamento pelas enfermeiras obstétricas, se caracterizando como tecnologia não invasiva de cuidado na perspectiva da desmedicalização, pois respeita a fisiologia e as vivências da mulher<sup>(33)</sup>.

Os cuidados não recomendados ou recomendados em situação específica no acompanhamento do trabalho de parto, fazem parte do rol de procedimentos que foram incorporados à prática obstétrica sem evidências científicas que embasasse sua utilização, caracterizando a medicalização do cuidado<sup>(36)</sup>. A permanência do uso desses cuidados na prática obstétrica atual, tem sido caracterizado como violência obstétrica<sup>(37,38)</sup>.

Estudos sobre CPN apontam para utilização reduzida ou abolida dos cuidados não recomendados em sua assistência<sup>(39)</sup>, destacando que são mais frequentes no modelo hospitalar. Em CPN no Brasil, a amniotomia variou de 6,7 a 71,3%, com média de 45,7%, e a ocitocina

variou de 13,7 a 45,8% com média de 29,5%, bem superior ao realizado na Casa de Parto<sup>(21)</sup>. Estes resultados estão de acordo com estudo internacional apontando que os cuidados conduzidos por parteiras/ enfermeiras obstétricas/ obstetizes em centros de parto, apresentaram menos probabilidade de sofrer intervenções, mais probabilidade das mulheres ficarem satisfeitas com o cuidado, e menos resultados adversos quando comparados com mulheres que receberam cuidados em outros modelos<sup>(40)</sup>.

As posições vertical e lateral para o nascimento podem ter mais benefícios potenciais na melhoria dos resultados maternos e neonatais e no manejo de complicações obstétricas. Nas posições verticais, especialmente nas posições cócoras e sentada, é recomendado que os profissionais permaneçam atentos na avaliação do períneo, uma vez que o posicionamento não favorece a observação direta e pode ocorrer perda de sangue superior a 500 ml em caso de laceração. As posições supina e de litotomia devem ser evitadas, a menos que seja um desejo da mulher, pelo risco aumentado de trauma perineal grave, parto comparativamente mais longo, maior dor e mais padrões alterados de frequência cardíaca fetal<sup>(41)</sup>.

As posições não litotômicas para o nascimento variaram de 60,5 a 98,3% em CPN no Brasil. Uma posição de parto ereta pode levar a uma maior satisfação com o [parto](#), um segundo estágio significativamente mais curto e sem resultados neonatais adversos, sugerindo que cadeira de parto pode ser uma intervenção não medicalizada para reduzir a duração do segundo estágio do trabalho de parto<sup>(42,43)</sup>.

A episiotomia sem o consentimento da mulher e a Manobra de Kristeller são práticas que violam os direitos da mulher, sendo caracterizadas como violência institucional e de gênero, dentro de um contexto multifatorial, portanto, devem ser abolidas da assistência obstétrica<sup>(44)</sup>. Nos CPN no Brasil, a episiotomia apresentou uma variação de 2,4 a 25,7%, com média de 13,5%<sup>(21)</sup>.

Na comparação dos resultados obtidos nas maternidades vinculadas à RC foi verificado que a episiotomia foi realizada em 27,7% e a Manobra de Kristeller em 15,9% das mulheres no sistema público, enquanto no sistema privado que aderiram ao Parto Adequado da ANS, foi respectivamente, 39,4% e 21,4%<sup>(22)</sup>. Quando avaliado pelo profissional que assistiu, entre as enfermeiras obstétricas a episiotomia foi realizada em 21,6% das mulheres e a Manobra de Kristeller em 13,4%. Apesar da frequência maior quando comparado ao CPN, observamos que quando realizados por enfermeiras obstétricas está associada a melhores resultados, com redução de intervenções desnecessárias no trabalho de parto e parto<sup>(32)</sup>.

A “hora de ouro” do recém-nascido é definida como a primeira hora da vida e engloba

cuidados tais como: contato pele a pele (PP) por pelo menos uma hora, o clampeamento oportuno/tardio do cordão umbilical, realização de avaliação do bem-estar do recém-nascido no abdome da mãe, adiamento de tarefas não urgentes, início precoce da amamentação. Tais práticas baseadas em evidências contribuem para a estabilização fisiológica da mãe e do recém-nascido após o nascimento<sup>(45-47)</sup>.

Em CPN do Brasil, a prevalência do contato pele a pele variou de 50,3 a 95,2%<sup>(21)</sup>. Esse contato é essencial para criar o apego mãe-bebê, pois nesse período ainda permanecem os hormônios liberados pelo trabalho de parto e nascimento por pelo menos uma hora. Daí a relevância de que sejam evitadas intervenções desnecessárias dos profissionais durante esse tempo<sup>(45,47,48)</sup>.

Além da formação do apego, o contato pele a pele apresentou maior taxa de iniciação e exclusividade da amamentação, favorecendo a termorregulação eficaz no recém-nascido e diminuindo a reatividade ao estresse materno e neonatal atuando como uma medida de estabilização cardiopulmonar, redução da dor de recém-nascidos antes e durante procedimentos dolorosos<sup>(45,47)</sup>.

Amamentação na primeira hora na variaram de 85,5 a 97,9% em outros CPN no Brasil<sup>(21)</sup>. Esses valores foram bem superiores aos encontrados em maternidades da Rede Cegonha, que apresentaram 41,9% de amamentação na sala de parto<sup>(32)</sup>. A prática de colocar o RN ao seio materno logo após o nascimento, adotada sistematicamente em Casas de Parto, é uma medida que também auxilia na prevenção da hemorragia pós-parto<sup>(39,49,50)</sup>.

O aleitamento materno exclusivo é preconizado por até 6 meses, a partir da primeira hora de vida. O leite humano é o melhor alimento para a nutrição do recém-nascido, não existindo uma composição ideal do leite humano, nem uma maneira fácil de controlar a complexidade de sua qualidade nutricional e nem a quantidade recebida pelos lactentes, sendo, portanto, recomendado a livre demanda do mesmo<sup>(51)</sup>. Quanto aos seus benefícios, estão a proteção da saúde da criança nas primeiras semanas de vida, com redução de 12% no risco de mortalidade infantil em comparação aos não amamentados, pela diminuição das infecções respiratórias e gastrointestinais provavelmente relacionada à composição do colostro e do leite materno, que conferem proteção imunológica à criança<sup>(52,53)</sup>.

O clampeamento oportuno/tardio do cordão umbilical foi superior ao encontrado em um CPN intra-hospitalar, que foi de 77,8%<sup>(54)</sup>. O clampeamento precoce do cordão umbilical em recém-nascidos a termo, diminui o hematócrito, a pressão arterial, o volume sanguíneo e os estoques de ferro e aumenta a anemia, e parece resultar em diminuição da Bainha de Mielina e

em habilidades do neurodesenvolvimento em comparação com a manutenção do cordão intacto por pelo menos 3 minutos<sup>(55)</sup>.

O uso profilático da vitamina K se mostrou eficaz na prevenção da doença hemorrágica clássica<sup>(56,57)</sup>. Não há evidências que a profilaxia da oftalmia evita resultados graves e tem evidência moderada de redução de incidência de qualquer etiologia, sugerindo estudos para avaliar o agente farmacológico mais eficaz e universalmente aplicável<sup>(58)</sup>.

Na assistência ao recém-nascido, a aspiração das vias aéreas (AVA) foi realizada em 2,7% dos recém-nascidos e em apenas 0,5% foi realizada a aspiração gástrica. Em comparação com CPN do Brasil, a aspiração foi verificada em 7 a 34,5% dos recém-nascidos, não tendo sido avaliado os outros indicadores<sup>(21)</sup>. Em maternidades da rede Cegonha, a aspiração foi realizada em 25,6% dos recém-nascidos, um avanço quando comparados com o período de 2011/2012 que apresentou 71,4% de AVA<sup>(59)</sup>.

As mulheres demonstraram satisfação com a experiência do nascimento em CPN, apontando como motivos o apoio contínuo das enfermeiras obstétricas, uso de tecnologias não invasivas para alívio da dor, estímulo a autonomia da mulher e a presença do acompanhante, uso de cuidado baseado em evidência, além do ambiente privativo, seguro e calmo<sup>(60,61)</sup>.

## CONCLUSÃO

A análise da conformidade do cuidado oferecido pela Casa de Parto David Capistrano Filho às recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal foi classificada como conformidade total, no trabalho de parto, assistência ao parto e na assistência ao recém-nascido, demonstrando que as práticas desenvolvidas estão alinhadas com as melhores evidências disponíveis até o momento.

O cuidado em CPN é conduzido por enfermeiras obstétricas/obstetizes e vem evidenciando uma prática desmedicalizada, que acredita na fisiologia feminina, respeita as escolhas das mulheres e incentiva a autonomia feminina. Tais profissionais também desenvolvem um modelo de tecnologias próprias de cuidar, constituindo as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica.

Importante salientar que a publicação das recomendações foi posterior ao período analisado neste estudo e que, ainda assim, os resultados foram muito favoráveis, mostrando que o centro de parto normal é uma opção para o parto de mulheres de risco habitual. Destaca-se também a satisfação das mulheres e famílias, com o cuidado oferecido nos centros de parto normal.

Como limitação apontamos que a maioria dos estudos são retrospectivos, observacionais, e ainda com número reduzido de estudos em CPN, sejam intra ou peri hospitalar. Ainda assim, podemos observar que de maneira geral são seguidas as recomendações das Diretrizes para a assistência ao parto normal.

Nesse sentido, mais pesquisas são importantes e necessárias para evidenciar o cuidado em Centros de Parto Normal, que se consolida cada vez mais como um modelo desmedicalizado de cuidado ao parto e nascimento.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Diário Oficial da União. Seç. 1, Portaria nº 985/GM em 05 de agosto de 1999 1999 p. 51–2. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria\\_985\\_1999\\_cpn.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria_985_1999_cpn.pdf)
2. Brasil. Ministério da saúde [Internet]. Diário Oficial da União. Seç. 1, Portaria nº 11 de 7 de Janeiro de 2015 jan 8, 2015 p. 30. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html)
3. Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, Dziekan G, et al. Improving Quality of Care for Maternal and Newborn Health: Prospective Pilot Study of the WHO Safe Childbirth Checklist Program. PLoS One [Internet]. 16 de maio de 2012 [citado 14 de fevereiro de 2020];7(5). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3353951/>
4. Riesco MLG, Oliveira SMJV de, Bonadio IC, Schneck CA, Silva FMBD, Diniz CSG, et al. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2009;43(spe2):1297–302.
5. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
6. Pereira AL de F. O processo de implantação da casa de parto no contexto do sistema único de saúde: uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci [Internet] [Doutorado em Enfermagem]. [Rio de Janeiro]: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2007 [citado 29 de agosto de 2017]. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp122061.pdf>
7. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saúde Pública [Internet]. agosto de 2014 [citado 4 de junho de 2021];30:S17–32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTx-DCwvmPqTw9gTWFgGd/?lang=pt>
8. Azevedo LGF de. Estratégias das enfermeiras para manutenção do modelo desmedicalizado: O habitus profissional das enfermeiras obstétricas da Casa de Parto David Capistrano Filho. 1º ed. Rio de Janeiro: Novas Edições Acadêmicas; 2015. 116 p.
9. Medeiros A. A Casa de Parto David Capistrano Filho pelas lentes de uma fotógrafa. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [Internet]. 2018 [citado 17 de dezembro de 2021];25(4):1171–83. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3861/386157995016/html/>
10. Loiola AMR de, Alves VH, Vieira BDG, Rodrigues DP, Souza KV de, Marchiori GRS. Plano de parto como tecnologia do cuidado: experiência de puérperas em uma casa de parto. Cogitare Enfermagem [Internet]. 1º de abril de 2020 [citado 3 de agosto de 2021];25(0). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/66039>

11. Brasil. Diretriz Nacional de Atenção ao Parto Normal [Internet]. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 25 de maio de 2019]. 53 p. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)
12. R Core Team. A language and environment for statistical computing. [Internet]. Viena/Áustria: Foundation for Statistical Computing; 2021. Disponível em: <https://www.R-project.org/>
13. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/normativas-conep?view=default>
14. Lauzon L, Hodnett E. Labour assessment programs to delay admission to labour wards. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(3):CD000936.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists (College), Society for Maternal-Fetal Medicine, Caughey AB, Cahill AG, Guise J-M, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* março de 2014;210(3):179–93.
16. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 [citado 2 de novembro de 2021];(4). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011516.pub2/full>
17. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes. *Obstet Gynecol* [Internet]. dezembro de 2010 [citado 2 de novembro de 2021];116(6):1281–7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3660040/>
18. Organização Mundial de Saúde. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Genebra: OMS; 2018. 210 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
19. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2012 [citado 31 de julho de 2020];(8). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000012.pub4/full>
20. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 [citado 4 de agosto de 2021];(7). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full?highlightAbstract=admissio%7C%7Cadmiss%7C%7Clabour%7C%7Clabor>
21. Medina ET, Mouta RJO, Silva SC de SB, Gama SGN da. Resultados maternos e neonatais dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas nos centros de parto normal no Brasil: uma revisão de escopo. *Research, Society and Development* [Internet]. 10 de setembro de 2020 [citado 4 de agosto de 2021];9(9):e854997933–e854997933. Disponível em: <https://www.rsjournal.org/index.php/rsd/article/view/7933>

22. Leal M do C, Bittencourt S de A, Esteves-Pereira AP, Ayres BV da S, Silva LBRA de A, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 22 de julho de 2019 [citado 5 de novembro de 2020];35:e00223018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2019.v35n7/e00223018/>
23. Brasil. Presidência da República [Internet]. Diário Oficial da União, Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005 abr 7, 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)
24. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [citado 4 de agosto de 2021];(8). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/full?highlightAbstract=food%7Clabor%7Clabour>
25. Lavender T, Cuthbert A, Smyth RM. Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018 [citado 4 de agosto de 2021];(8). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005461.pub5/full?highlightAbstract=partogram%7Cpartograma>
26. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. Diário Oficial da União, Resolução Normativa-RN nº 368, de 06 de janeiro de 2015 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2015/res0368\\_06\\_01\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2015/res0368_06_01_2015.html)
27. Alfirevic Z, Gyte GM, Cuthbert A, Devane D. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 [citado 4 de agosto de 2021];(2). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006066.pub3/full?highlightAbstract=continuous%7Cfoetal%7Ccontinuo%7Cmonitor%7Cmonitoring%7Cfetal>
28. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 de julho de 2013;(7):CD010088.
29. Coelho KC, Rocha IM da S, Lima AL da S. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem* [Internet]. 1º de abril de 2018 [citado 27 de setembro de 2021];8(22):14–21. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/recien/article/view/244#:~:text=Entre%20os%20m%C3%A9todos%20n%C3%A3o%20farmacol%C3%B3gicos,de%20parto%20e%20sua%20efic%C3%A1cia.>
30. Mascarenhas VHA, Lima TR, Silva FMD e, Negreiros F dos S, Santos JDM, Moura MÁP, et al. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta paul enferm* [Internet]. 29 de julho de 2019 [citado 4 de agosto de 2021];32:350–7. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ape/a/QPfvQVTpmczQgjL783B9bVc/?lang=pt>

31. Santos CB, Marçal RG, Voltarelli A, Silva RP de M, Sakman R. Métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto normal | Global Academic Nursing Journal. Glob Acad Nurs [Internet]. 25 de janeiro de 2021 [citado 27 de setembro de 2021];1(1):e2. Disponível em: <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/1>
32. Gama SGN da, Viellas EF, Medina ET, Angulo-Tuesta A, Silva CKRT da, Silva SD da, et al. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil - 2017. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2021 [citado 4 de agosto de 2021];919–29. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232021000300919](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000300919)
33. Prata JA, Ares LPM, Vargens OM da C, Reis CSC dos, Pereira AL de F, Progianti JM. Tecnologias não invasivas de cuidado: contribuições das enfermeiras para a desmedicalização do cuidado na maternidade de alto risco. Esc Anna Nery [Internet]. 28 de março de 2019 [citado 4 de junho de 2021];23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wzTQ57Qv9RRdcmBXXnWGgyC/?lang=pt>
34. Lima MM de, Ribeiro LN, Costa R, Monguilhot JJ da C, Gomes IEM. Enfermeiras obstétricas no processo de parturição: percepção das mulheres. Revista Enfermagem UERJ [Internet]. 16 de outubro de 2020 [citado 4 de agosto de 2021];28(0):45901. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/45901>
35. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2013 [citado 5 de agosto de 2021];(10). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/full?highlightAbstract=posit%7Cmobility%7Cpositions%7Cduring%7Cdure%7Cmatern%7Clabour%7Clabor%7Cmobility%7Cstag%7Cstage%7Cfirst%7Cmaternal>
36. Nicida LR de A, Teixeira LA da S, Rodrigues AP, Bonan C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 6 de novembro de 2020 [citado 26 de julho de 2021];25:4531–46. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/NFLfVvk59DRwVc3PPPPvPLv/?lang=pt>
37. Tesser CD, Knobel R, Andrezza HF de A, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 24 de junho de 2015 [citado 25 de novembro de 2019];10(35):1–12. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>
38. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde [Internet]. OMS; 2014. Disponível em: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-child-birth/pt/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-child-birth/pt/)
39. Silva FMB da, Paixao TCR da, Oliveira SMJV de, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH, et al. Care in a birth center according to the recommendations of the World Health Organization. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. outubro de 2013 [citado 21

- de julho de 2019];47(5):1031–8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0080-62342013000501031&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342013000501031&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
40. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 28 de abril de 2016;4:CD004667.
  41. Huang J, Zang Y, Ren L-H, Li F-J, Lu H. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International Journal of Nursing Sciences* [Internet]. 10 de outubro de 2019 [citado 7 de agosto de 2021];6(4):460–7. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013219301309>
  42. Thies-Lagergren L, Hildingsson I, Christensson K, Kvist LJ. Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women and Birth* [Internet]. 1º de dezembro de 2013 [citado 7 de agosto de 2021];26(4):e99–104. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519213000723>
  43. Thies-Lagergren L, Kvist LJ, Sandin-Bojö A-K, Christensson K, Hildingsson I. Labour augmentation and fetal outcomes in relation to birth positions: A secondary analysis of an RCT evaluating birth seat births. *Midwifery* [Internet]. 1º de abril de 2013 [citado 7 de agosto de 2021];29(4):344–50. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613812000253>
  44. Katz L, Amorim MM, Giordano JC, Bastos MH, Brilhante AVM. Quem tem medo da violência obstétrica? *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 5 de agosto de 2020 [citado 27 de setembro de 2021];20:623–6. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbsmi/a/RDwVm7ZV3DksbRBsKLBwXjw/?lang=pt>
  45. Cleveland L, Hill CM, Pulse WS, DiCioccio HC, Field T, White-Traut R. Systematic Review of Skin-to-Skin Care for Full-Term, Healthy Newborns. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* [Internet]. 1º de novembro de 2017 [citado 7 de agosto de 2021];46(6):857–69. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088421751730388X>
  46. Sharma D. Golden hour of neonatal life: Need of the hour. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology* [Internet]. 19 de setembro de 2017 [citado 7 de agosto de 2021];3(1):16. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40748-017-0057-x>
  47. Neczypor JL, Holley SL. Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour. *Nursing for Women’s Health* [Internet]. 1º de dezembro de 2017 [citado 8 de agosto de 2021];21(6):462–72. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751485117302817>
  48. Odent M. *Pode a humanidade sobreviver à medicina?* 1º ed. Rio de Janeiro: Instituto Michel Odent; 2016. 201 p.
  49. Antunes L dos S, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. fevereiro de 2008 [citado 9 de agosto de 2021];13:103–9. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/XkC7Ktc7M8g6LJ35CxVbZfQ/?lang=pt>

50. Silva VM da, Tonon TCA. Atuação do enfermeiro no processo da amamentação. *Research, Society and Development* [Internet]. 18 de outubro de 2020 [citado 9 de agosto de 2021];9(10):e7819109158–e7819109158. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9158>
51. Boquien C-Y. Human Milk: An Ideal Food for Nutrition of Preterm Newborn. *Front Pediatr* [Internet]. 2018 [citado 9 de agosto de 2021];0. Disponível em: <https://internal-journal.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2018.00295/full>
52. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. dezembro de 2015;104(467):3–13.
53. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 30 de janeiro de 2016;387(10017):475–90.
54. Teixeira CS, Pinheiro VE, Nogueira I da S. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal intra-hospitalar. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 8 de outubro de 2018 [citado 14 de fevereiro de 2020];9(1). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1101>
55. Andersson O, Mercer JS. Cord Management of the Term Newborn. *Clinics in Perinatology* [Internet]. 1º de agosto de 2021 [citado 8 de agosto de 2021];48(3):447–70. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0095510821000415>
56. Puckett RM, Offringa M. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2000 [citado 9 de agosto de 2021];(4). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002776/full?highlightAbstract=prophylactic%7Cbleeding%7Cin%7Cfor%7Cdefici%7Ck%7Cneonates%7Cbleed%7Cvitamin%7Cprophylact%7Cneonat%7Cdeficiency%7Cfour>
57. Martín-López JE, Carlos-Gil AM, Rodríguez-López R, Villegas-Portero R, Luque-Romero L, Flores-Moreno S. Prophylactic Vitamin K for Vitamin K Deficiency Bleeding of the Newborn. *Farmacia Hospitalaria (English Edition)* [Internet]. 1º de maio de 2011 [citado 9 de agosto de 2021];35(3):148–55. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173508511000025>
58. Kapoor VS, Evans JR, Vedula SS. Interventions for preventing ophthalmia neonatorum. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2020 [citado 9 de agosto de 2021];(9). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001862.pub4/full?highlightAbstract=prophylaxi%7Cneonat%7Cophthalmi%7Cneonatal%7Cophthalmia%7Cprophylaxis>
59. Gomes MA de SM, Esteves-Pereira AP, Bittencourt SD de A, Augusto LCR, Lamy-Filho F, Lamy ZC, et al. Atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil: estamos avançando na garantia das boas práticas? *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 15 de março de 2021 [citado 9 de agosto de 2021];26:859–74. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/sMX4jp5MbK9DBLzsTjTrbTF/?lang=pt>

60. Soares YK da C, Melo SS e S, Guimarães TMM, Feitosa VC, Gouveia MT de O. Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. *Revista de Enfermagem UFPE on line* [Internet]. 3 de outubro de 2017 [citado 27 de setembro de 2021];11(11):4563–73. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231195>
61. Costa N dos S, Bracarense CF, Duarte JMG, Paula MSR de, Simões AL de A. Expectativas, percepções e opiniões de mulheres sobre o atendimento durante o parto. *Revista Mineira de Enfermagem* [Internet]. 2018 [citado 27 de setembro de 2021];22(0):1–8. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1266>

### 8.3 ARTIGO 3

BOAS PRÁTICAS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DO MODELO CASA DE PARTO:  
UM ESTUDO COMPARATIVO

GOOD PRACTICES, INTERVENTIONS AND RESULTS OF THE NORMAL BIRTH  
CENTER MODEL: A COMPARATIVE STUDY

BUENAS PRÁCTICAS, INTERVENCIONES Y RESULTADOS DEL MODELO DE  
CENTROS DE PARTO NORMALES: UN ESTUDIO COMPARATIVO

## RESUMO

Os Centros de Parto Normal se destinam ao acompanhamento do parto de gestantes de risco habitual, sob cuidado exclusivo da enfermagem obstétrica/obstetriz, espaço cuja assistência é centrada na mulher, com o mínimo de intervenção e uso das melhores práticas, baseadas em evidências científicas. **Objetivo:** Analisar o efeito causal do modelo Casa de Parto nas boas práticas e intervenções em comparação com o modelo hospitalar, entre mulheres de risco habitual da região Sudeste. **Métodos:** Estudo transversal com 1515 puérperas de risco habitual que tiveram parto em Casa de Parto (408) ou em hospitais públicos (1107) da região Sudeste do Brasil, no período de 2011 a 2012. Os desfechos analisados incluíram variáveis maternas (presença do acompanhante oferecimento de líquidos ou alimentos, movimentação no trabalho de parto, uso de método não farmacológico para alívio da dor, posição do parto, ocitocina e amniotomia no trabalho de parto, episiotomia e manobras de Kristeller, transferência e óbito materno) e variáveis neonatais (aleitamento exclusivo, aspiração de vias aéreas superiores, aspiração gástrica, índice de Apgar no 1º e 5º minutos, reanimação neonatal, uso de oxigênio inalatório, ventilação com ambu e máscara, intubação orotraqueal, transferências/internação, óbito fetal ou neonatal). Utilizou-se ponderação pelo escore de propensão (EP) ajustado pelas seguintes covariáveis: idade materna, cor da pele, paridade, integridade da bolsa amniótica e dilatação do colo uterino na internação. Regressões logísticas foram utilizadas para estimar as razões de chance (OR) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) entre o local de parto (CPN e Hospitais) e os desfechos analisados. **Resultados:** a mulher que teve parto no modelo Casa de Parto, comparada ao modelo Hospitalar, teve maior chance de ter o acompanhante no trabalho de parto e parto (OR= 86,31; IC95%: 29,65-251,29), de se alimentarem ou tomar líquidos (OR= 862,38; IC 95%: 120,20-6187,33), de se movimentar (OR=7,56; IC95%: 4,65-12,31), de usar métodos não farmacológicos para alívio da dor (OR= 27,82; IC95%: 17,05-45,40), de parir em posição verticalizada (OR= 252,78; IC95%: 150,60 – 423,33) e menor chance de utilizar ocitocina no trabalho de parto (OR= 0,22; IC95%: 0,16 - 0,31), de realizar a amniotomia (OR= 0,01; IC95%: 0,01-0,04), ser submetidas a episiotomia (OR= 0,01; IC95%: 0,00 – 0,02) e à manobras de Kristeller (OR= 0,01; IC95%: 0,00-0,02). As transferências maternas/internações não apresentaram diferenças significativas entre os dois modelos. Não ocorreu óbito materno nos dois modelos. Em relação ao recém-nascido, no modelo Casa de Parto teve maior chance de aleitamento exclusivo (OR= 1,84; IC95%: 1,16-2,90) e menor chance de aspiração de vias aéreas superiores (OR=0,24; IC95%: 0,18-0,33) e aspiração gástrica (OR= 0,15; IC95%: 0,1-

0,22). Não houve diferença estatística quanto às demais variáveis. No modelo Hospitalar ocorreram 02 óbitos fetais. **Conclusão:** O modelo Casa de Parto apresenta mais ofertas de boas práticas e menos intervenções na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento, com segurança e cuidado.

**Descritores:** Centros de assistência à gravidez e ao parto; Casa de Parto; Enfermagem obstétrica; Parto normal; Parto humanizado.

## ABSTRACT

The Normal Delivery Centers are intended to monitor the delivery of pregnant women at usual risk, under the exclusive care of obstetric/midwifery nursing, a space whose assistance is centered on women, with minimal intervention and use of best practices, based on scientific evidence. Objective: To analyze the causal effect of the Casa de Parto model on good practices and interventions compared to the hospital model, among women at usual risk in the Southeast region. Methods: A cross-sectional study with 1515 puerperal women at usual risk who gave birth in a birthing center (408) or in public hospitals (1107) in the Southeast region of Brazil, from 2011 to 2012. The outcomes analyzed included maternal variables (presence of a companion offering fluids or food, movement during labor, use of a non-pharmacological method for pain relief, position of delivery, oxytocin and amniotomy during labor, episiotomy and Kristeller maneuvers, maternal transfer and death) and neonatal variables (breastfeeding exclusive, upper airway aspiration, gastric aspiration, Apgar score at 1 and 5 minutes, neonatal resuscitation, use of inhaled oxygen, ventilation with ambu bag and mask, orotracheal intubation, transfers/hospitalization, fetal or neonatal death). Weighting was used by the propensity score (PE) adjusted by the following covariates: maternal age, skin color, parity, amniotic sac integrity and cervical dilatation at admission. Logistic regressions were used to estimate the odds ratios (OR) and respective 95% confidence intervals (95%CI) between the place of delivery (NCC and Hospitals) and the outcomes analyzed. Results: women who gave birth in the Casa de Parto model, compared to the Hospital model, were more likely to have a companion during labor and delivery (OR= 86.31; 95%CI: 29.65-251.29), eating or drinking fluids (OR= 862.38; 95% CI: 120.20-6187.33), moving around (OR=7.56; 95% CI: 4.65-12.31), using non-pharmacological methods for pain relief (OR= 27.82; 95% CI: 17.05-45.40), of giving birth in an upright position (OR= 252.78; 95% CI: 150.60 – 423.33) and lower chance of using oxytocin in labor (OR= 0.22; 95%CI: 0.16 - 0.31), of performing amniotomy (OR= 0.01; 95%CI: 0.01-0.04) , to undergo episiotomy (OR= 0.01; 95% CI: 0.00 – 0.02) and Kristeller's maneuver (OR= 0.01; 95% CI: 0.00-0.02). Maternal transfers/hospitalizations did not show significant differences between the two models. There was no maternal death in both models. Regarding the newborn, in the Casa de Parto model, there was a greater chance of exclusive breastfeeding (OR= 1.84; 95%CI: 1.16-2.90) and a lower chance of aspiration of the upper airways (OR=0, 24; 95%CI: 0.18-0.33) and gastric aspiration (OR=0.15; 95%CI: 0.1-0.22). There was no statistical difference regarding the other variables. In the Hospital model,

there were 02 fetal deaths. Conclusion: The Casa de Parto model presents more offers of good practices and fewer interventions in the care of labor, delivery and birth, with safety and care.

Descriptors: Pregnancy and childbirth care centers; Birthing House; Obstetric nursing; Normal birth; Humanized birth.

## RESUMEN

Los Centros de Parto Normal están destinados a acompañar el parto de gestantes de riesgo habitual, bajo la atención exclusiva de enfermería obstétrica/partera, espacio cuya atención está centrada en la mujer, con mínima intervención y uso de las mejores prácticas, basadas en evidencia científica. Objetivo: Analizar el efecto causal del modelo Casa de Parto sobre las buenas prácticas e intervenciones frente al modelo hospitalario, entre mujeres de riesgo habitual en la región Sudeste. Métodos: Estudio transversal con 1515 púerperas de riesgo habitual que dieron a luz en un centro de maternidad (408) o en hospitales públicos (1107) en la región Sudeste de Brasil, de 2011 a 2012. Los resultados analizados incluyeron variables maternas (presencia de acompañante que ofrezca líquidos o alimentos, movimiento durante el trabajo de parto, uso de un método no farmacológico para el alivio del dolor, posición del parto, oxitocina y amniotomía durante el trabajo de parto, episiotomía y maniobras de Kristeller, traslado materno y muerte) y variables neonatales (exclusivo lactancia materna), aspiración de vía aérea superior, aspiración gástrica, puntuación de Apgar a 1 y 5 minutos, reanimación neonatal, uso de oxígeno inhalado, ventilación con bolsa ambu y mascarilla, intubación orotraqueal, traslados/hospitalización, muerte fetal o neonatal). La ponderación se utilizó por el puntaje de propensión (PE) ajustado por las siguientes covariables: edad materna, color de la piel, paridad, integridad del saco amniótico y dilatación cervical al ingreso. Se utilizaron regresiones logísticas para estimar las razones de probabilidad (OR) y los respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%) entre el lugar del parto (NCC y Hospitales) y los desenlaces analizados. Resultados: las mujeres que dieron a luz en el modelo Casa de Parto, en comparación con el modelo Hospital, tenían más probabilidades de tener un acompañante durante el trabajo de parto y el parto (OR= 86,31; IC 95%: 29,65-251,29), comer o beber líquidos (OR = 862,38; IC 95%: 120,20-6187,33), moverse (OR=7,56; IC 95%: 4,65-12,31), usar métodos no farmacológicos para el alivio del dolor (OR= 27,82; IC 95%: 17,05-45,40), de dar a luz en posición erguida (OR= 252,78; IC 95%: 150,60 – 423,33) y menor probabilidad de utilizar oxitocina en el trabajo de parto (OR= 0,22; IC 95%: 0,16 - 0,31), de realizar amniotomía (OR= 0,01; IC 95%: 0,01-0,04), para someterse a episiotomía (OR= 0,01; IC 95%: 0,00 – 0,02) y maniobra de Kristeller (OR= 0,01; IC 95%: 0,00-0,02). Los traslados/hospitalizaciones maternas no mostraron diferencias significativas entre los dos modelos. No hubo muerte materna en ambos modelos. En cuanto al recién nacido, en el modelo Casa de Parto, hubo mayor probabilidad de lactancia materna exclusiva (OR= 1,84;

IC95%: 1,16-2,90) y menor probabilidad de aspiración de vías aéreas superiores (OR=0,24; 95 %IC: 0,18-0,33) y aspiración gástrica (OR=0,15; 95%IC: 0,1-0,22). No hubo diferencia estadística con respecto a las demás variables. En el modelo de Hospital, hubo 02 muertes fetales. Conclusión: El modelo Casa de Parto presenta más ofertas de buenas prácticas y menos intervenciones en la atención del trabajo de parto, parto y parto, con seguridad y cuidados.

Descriptores: Centros de atención al embarazo y parto; Casa de Parto; enfermería obstétrica; Parto normal; Nacimiento humanizado.

## INTRODUÇÃO

O movimento de medicalização do parto, iniciado em meados do século 20, se caracterizou pela perda da autonomia feminina, quando o parto deixou de ser um evento natural, cercado de saberes e práticas femininas, para se transformar em um evento patológico, medicalizado, caracterizado com graus de risco e com intervenções na prática obstétrica. Por ser considerado de risco, o local de nascimento “seguro” deixou de ser o domicílio e passou a ser o hospital. Portanto, o parto no modelo hospitalar se caracteriza por cuidado intervencionista e sem evidência clínica<sup>(1,2)</sup>.

Em contraponto, no Brasil e no mundo, vários movimentos pela desmedicalização do parto e nascimento ganharam força nos anos de 1990 principalmente após a divulgação das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre práticas mais adequadas para o cuidado ao parto e nascimento, baseadas em evidências clínicas. Este cuidado recebe o nome de boas práticas na atenção obstétrica e neonatal<sup>(3-5)</sup>.

Esse movimento de desmedicalização no Brasil foi chamado de humanização do parto e nascimento, adotada pelo Ministério da Saúde, como política pública de atenção à saúde da mulher, a partir do final dos anos 1990. Desde então Programas e Políticas foram implementados, visando melhorar processos e indicadores de saúde, especialmente reduzir morte materna e infantil<sup>(6,7)</sup>.

A criação dos Centros de Parto Normal (CPN), unidades especializadas no acompanhamento exclusivo do parto normal de mulher com gestação classificada de risco habitual, foi uma importante iniciativa para a mudança de modelo de assistência ao parto. Criado via Portaria 985/99, no CPN o cuidado é centrado na mulher e na família, respeita a fisiologia do processo, estimula o uso de boas práticas no cuidado, e tem enfermeiras obstétricas e/ou obstetizes como responsáveis pelo cuidado<sup>(2,8)</sup>.

Dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, primeira pesquisa nacional a mostrar um panorama sobre o parto e nascimento por região, capital e interior e nos setores público e privado, apontaram que, em relação à assistência ao parto normal, se apresentava um modelo hegemônico hospitalar, altamente medicalizado, reafirmando a necessidade de melhorar o modelo de assistência obstétrica<sup>(9)</sup>. Os Centros de Parto Normal (CPN) se configuram como uma alternativa ao modelo obstétrico hospitalar, por se basear nas melhores evidências científicas recomendadas pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e pela Organização Mundial de Saúde<sup>(5,10,11)</sup>.

Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo comparar os resultados perinatais, as

boas práticas e as intervenções do modelo de parto adotado na Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ (CPDCF) com o modelo hospitalar.

## MÉTODO

Estudo com delineamento transversal, com dados retrospectivos comparáveis, provenientes de dois estudos sobre partos e nascimento. O primeiro deles, sobre a Casa de Parto David Capistrano Filho (CPDCF) e o outro Inquérito nacional sobre parto e nascimento “Nascer no Brasil”, da FIOCRUZ.

A CPDCF é um Centro de Parto Normal peri-hospitalar, inaugurada em 2004, no Rio de Janeiro (RJ), dentro da estratégia municipal de humanização do parto e nascimento, com enfermeiras obstétricas como ordenadoras do cuidado. Atende a mulheres classificadas com de risco habitual, desde o pré-natal ao pós-natal, configurando integralidade no cuidado ao parto e nascimento<sup>(12,13)</sup>.

A pesquisa sobre o modelo Casa de Parto denominada “Resultados perinatais, boas práticas e intervenções do modelo de parto adotado na Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ”, é um estudo com dados de registros dos prontuários de mulheres e recém-nascidos, no período de 2004 a 2018. Avalia o cuidado oferecido pela Casa de Parto e suas repercussões maternas e neonatais.

Neste estudo foram incluídas todas as mulheres que pariram na Casa de Parto neste período, totalizando 3.227 observações. O instrumento de coleta de dados foi elaborado de forma semelhante ao instrumento da pesquisa “Nascer no Brasil”, para garantir a comparabilidade das informações. O instrumento foi testado pela pesquisadora e comparado com as informações do SINASC, para checar possíveis erros de digitação ou exclusão de dados.

A admissão das mulheres em trabalho de parto segue um protocolo com critérios estritos para sua inclusão. As gestantes devem realizar o pré-natal na Casa, ser classificadas como de risco habitual, sem intercorrências clínicas e/ou obstétricas, com ausência de cirurgias uterinas (cesárea ou ginecológica), em trabalho de parto espontâneo, com idade gestacional entre 37 a 41s, feto único, cefálico, batimento cardíaco fetal dentro dos padrões de normalidade<sup>(14,15)</sup>.

Para este estudo foram selecionados os dados dos partos e nascimentos no período de 2011/2012, totalizando 415 observações, por ser o mesmo período da pesquisa “Nascer no Brasil”, utilizando como critérios de inclusão os mesmos critérios do protocolo assistencial da Casa de Parto e como critérios de exclusão, partos domiciliares ou de fora do protocolo.

A pesquisa Nascer no Brasil é um inquérito nacional de base hospitalar composto por

puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, que avaliou a atenção ao parto e nascimento e suas consequências para a saúde das mulheres e recém-nascidos. A amostra foi selecionada em três estágios, sendo o primeiro, composto por hospitais com 500 ou mais partos/ano em 2007, estratificado pelas cinco macrorregiões do país, localização (capital ou não capital), e tipo de hospital (privado, público e misto). Na segunda etapa foi utilizado um método de amostragem inversa para selecionar quantos dias seriam necessários para atingir 90 mulheres a serem entrevistadas no hospital e a terceira composta pelas puérperas<sup>(16,17)</sup>.

Nos 266 hospitais amostrados foram entrevistados 90 puérperas, totalizando 23.894 sujeitos. Foram incluídas no estudo mulheres que pariram a um recém-nascido vivo, independentemente da idade gestacional (IG) ou peso ao nascer, ou natimorto com peso maior ou igual a 500g e/ou IG maior ou igual a 22 semanas. Foram excluídas as puérperas que pariram em casa ou estrangeiras que não compreendiam português. Foram realizadas entrevistas face a face com as puérperas durante a internação hospitalar com até 12 horas de pós-parto, por entrevistadores treinados<sup>(16,17)</sup>.

O questionário foi estruturado em módulos contendo informações sociodemográficas, antecedentes obstétricos, história da gestação atual, do trabalho de parto e do recém-nascido. Todas as informações foram registradas em formulário eletrônico e foram colhidas informações do prontuário da mulher e do recém-nascido<sup>(16,17)</sup>.

Para este estudo foram utilizados dados da entrevista hospitalar e de prontuário das puérperas de parto vaginal, das instituições públicas ou mistas que atendem pelo SUS, da Região Sudeste do Brasil, totalizando 3378 observações.

Para possibilitar a comparação dos grupos de puérperas, os critérios de inclusão para este estudo foram os mesmos adotados na casa de Parto. Foram **excluídas** além das mulheres não compatíveis com o protocolo da Casa, mulheres que tiveram parto a fórceps e utilizaram analgesia peridural, por não ter estes procedimentos na Casa de Parto.

Também foram excluídas as observações com dados faltantes relacionados às variáveis que serão utilizadas para o conjunto mínimo de ajuste do escore de propensão.

O grupo tratado foi composto pelas mulheres de risco habitual admitidas na CPDCF, enquanto o grupo controle foram as mulheres de risco habitual da pesquisa “Nascer no Brasil”, atendidas na Região Sudeste.

Foram consideradas boas práticas durante o trabalho de parto e parto: presença do acompanhante (sim/não) oferecimento de líquidos ou alimentos (sim/não), movimentação no trabalho de parto (sim/não), uso de método não farmacológico para alívio da dor (sim/não),

posição do parto (vertical, litotomia). Como posição vertical foi considerado partos realizados na banqueta, cócoras, em pé, lateral, de quatro e na água. Em relação ao recém-nascido, foi considerada boa prática: aleitamento exclusivo (sim/não).

Como intervenções durante o trabalho de parto e parto foi considerado: uso de ocitocina no trabalho de parto (sim/não), realização de amniotomia (sim/não), e como intervenções durante o parto: realização de episiotomia (sim/não), realização de manobras de Kristeller (sim/não). Em relação ao recém-nascido foram consideradas intervenções: aspiração de vias aéreas superiores (sim/não), aspiração gástrica (sim/não).

Os resultados perinatais são indicadores da assistência prestada e foram definidos como resultados perinatais maternos: transferência/internação (sim/não), óbito materno (sim/não). Em relação aos resultados perinatais do recém-nascido: índice de Apgar no 1º e 5º minutos ( $< 7$  e  $\geq 7$ ), reanimação neonatal (sim/não), uso de oxigênio inalatório (sim/não), ventilação com ambu e máscara (sim/não), intubação orotraqueal (sim/não), transferências/internação (sim/não), óbito fetal ou neonatal (sim/não).

Para fazer inferência causal precisa assumir alguns pressupostos, sendo o mais importante a permutabilidade, ou seja, indivíduos tratados/ expostos são semelhantes aos não tratados/controle, de forma que poderia estar em qualquer dos grupos<sup>(18)</sup>. Portanto, para realizar a estimativa do efeito causal do local do nascimento (Modelo Casa de Parto *versus* Modelo hospitalar) nos desfechos da atenção ao parto e nascimento, foi realizado a ponderação por escore de propensão dos dois grupos.

Essa estratégia tem como objetivos reduzir o viés de seleção na estimativa do efeito causal do tratamento (exposição) e equilibrar a variável exposição/tratamento em relação a variável controle, alcançando o balanceamento nas covariáveis, pois são atribuídos pesos para contabilizar as diferenças de atribuição de seleção entre grupos de tratamento e de controle, através da técnica da ponderação pelo inverso da probabilidade da seleção<sup>(18-20)</sup>.

A análise com escore de propensão utilizou as seguintes etapas: (1) realizou análise ajustada em modelos de regressão convencional; (2) verificou o balanceamento antes da implementação do escore de propensão; (3) estimou o escore de propensão; (4) utilizou a ponderação com escore de propensão; (5) verificou o balanceamento após a implementação do escore de propensão e (6) calculou o efeito causal<sup>(18,19)</sup>.

Para o ajuste da etapa 1, foram selecionadas as variáveis idade materna (idade  $< 20$  anos e idade  $>$  que 20 anos), escolaridade (8 ou mais anos de estudo), cor autodeclarada (preta, parda, branca), Integridade das membras na internação (bolsa rota e bolsa íntegra), dilatação do colo uterino  $\geq 4$  cm na internação. A escolha dessas variáveis se deu por serem causas comuns tanto

da exposição (local do parto), quanto dos desfechos analisados (boas práticas, intervenções e resultados), com base nas evidências sobre modelos de atenção ao parto.

Após a estimação e a ponderação com o escore de propensão (etapas 3 e 4), verificou-se o balanceamento dos grupos em relação às variáveis do conjunto mínimo de ajuste (etapa 5), observadas por meio da diferença padronizada nas médias. Para o balanceamento adequado, considerou-se que a medida da diferença entre as médias foi menor que 0,10<sup>(18,21)</sup>.

Para realizar o cálculo do efeito causal do local de parto foram utilizados regressão logística não condicional para estimar as razões de chance (OR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%) entre o local do nascimento (Modelo Casa de Parto *versus* Modelo Hospitalar) e os desfechos analisados (boas práticas, intervenções e resultados), ponderados pelo escore de propensão.

Após a estimação do efeito causal do local de parto, foi realizado a análise de sensibilidade para avaliar se o pressuposto da permutabilidade entre os grupos, garantidos pela randomização, foi conseguido pelo escore de propensão. Através dessa técnica é possível avaliar a robustez dos resultados em relação ao confundimento por variável não observada (viés oculto), que pode afetar tanto o local de parto como os resultados (boas práticas, intervenções e resultados) e assim modificar as conclusões do efeito causal do local de nascimento<sup>(18,21)</sup>.

Todas as análises foram realizadas através do Programa R, na versão 4.1.0, sendo utilizadas as bibliotecas *tidyverse*, *descr*, para análise bivariada e testes estatísticos, as bibliotecas *survey*, *twang*, para realizar o escore de propensão e verificar o balanceamento, e a biblioteca *Matching* e *rbounds*, para realizar a análise de sensibilidade<sup>(22)</sup>.

Este estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa, sob o CAAE: 10953719.5.0000.5282, CAAE: 10953719.5.3001.5279 e CAAE: 45007521.6.0000.5240, recebendo os seguintes pareceres 4.635.958, 3.316.926, 3.450.662, conforme recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos<sup>(23)</sup>.

## RESULTADOS

Após aplicação dos critérios de exclusão, a amostra foi constituída de 408 mulheres cujos partos ocorreram na CPDCF e 1107 no modelo hospitalar da região Sudeste, totalizando uma amostra de 1515 observações.

Quanto às variáveis do conjunto mínimo de dados para o ajuste, observamos que 27,6% das mulheres eram adolescentes, sendo menor a frequência na Casa de Parto (23,8%). Em

relação à cor da pele, 29,2% se declararam brancas e 68,7% pretas e pardas, sendo maior a frequência de pardas na Casa de Parto e Modelo Hospitalar (51,7% e 61,3% respectivamente). Das mulheres estudadas, 74,8% tinham mais de 8 anos de estudo, sendo 80,6% a frequência na Casa de Parto.

Quanto às informações da gestação e da internação, 50,3% eram primíparas, 76,5% apresentavam bolsa íntegra e 71,9% internaram com 4 ou mais cm de dilatação do colo do útero, sendo a frequência na Casa de parto de 56,9%, 66,9% e 85,8% respectivamente.

Tabela 1 Distribuição dos dados relacionados às características sociodemográficas e da gestação, CPDCF e Hospitais da Região Sudeste, Brasil, 2011 a 2012.

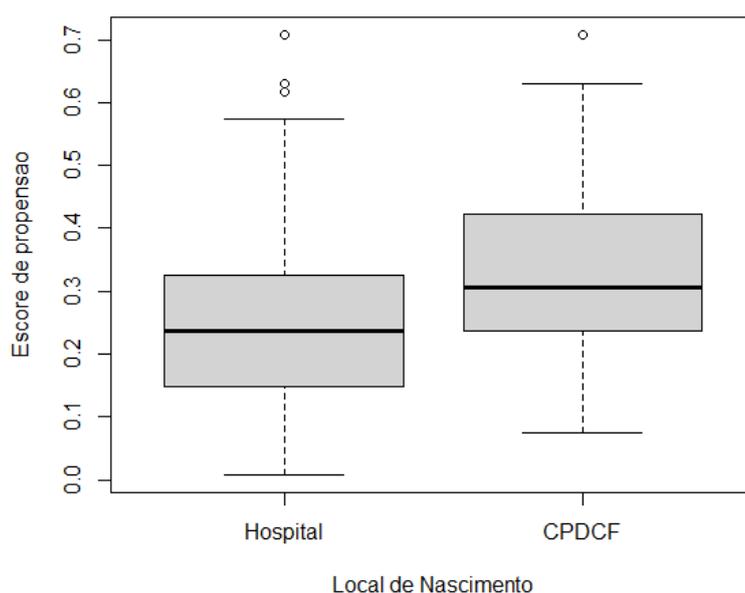
	CPDCF (n=408)		Hospital (n=1107)		Total (n=1515)		P valor*
	N	%	N	%	N	%	
<b>Idade materna (anos)</b>							0.052
<20	97	23,8	321	29,0	418	27,6	
20 a 34	299	73,3	740	66,8	1039	68,6	
35 ou mais	12	2,9	46	4,2	58	3,8	
<b>Cor da pele</b>							< 0.001
Branca	134	32,8	309	27,9	443	29,2	
Indígena/amarela	1	0,2	15	1,4	16	1,1	
Parda	211	51,7	679	61,3	890	58,7	
Preta	62	15,2	104	9,4	166	11,0	
<b>Oito ou mais anos de estudo</b>							0.001
Não	79	19,4	303	27,4	382	25,2	
Sim	329	80,6	804	72,6	1133	74,8	
<b>Paridade</b>							< 0.001
Nenhum	232	56,9	530	47,9	762	50,3	
Um	142	34,8	324	29,3	466	30,8	
Dois ou mais	34	8,3	253	22,9	287	18,9	
<b>Integridade das membranas na internação</b>							< 0.001
Bolsa rota	135	33,1	221	20,0	356	23,5	
Bolsa íntegra	273	66,9	886	80,0	1159	76,5	
<b>Dilatação do colo uterino no momento da internação</b>							< 0.001
< 4 cm	58	14,2	367	33,2	425	28,1	
4 a 10 cm	350	85,8	740	66,8	1090	71,9	

Fonte: Autora (2022)

\*Teste estatístico de Qui quadrado

Observando a figura 1 do escore de propensão dos dois grupos do estudo, percebe-se que há uma boa zona de suporte comum, pois os dois *boxplot* estão quase em paralelo, com poucas observações acima do limite superior. Os valores de escore foram maiores no Modelo Casa de Parto, assim como a mediana.

Figura 1 Boxplot da área de suporte comum das variáveis selecionadas após escore de propensão



O balanceamento antes e após a implementação do escore de propensão pode ser verificado na tabela 2, analisando as diferenças padronizadas entre as médias do grupo tratado (Modelo Casa de Parto) e do grupo controle (Modelo Hospitalar), com a utilização da estimativa do efeito causal (ATE-efeito médio do tratamento). Observamos na tabela 2 que as maiores diferenças foram observadas nas variáveis dilatação (0,421), seguido da integridade das membranas (-0,309), cor parda (-0,195), cor preta (0,186) e 8 anos ou mais de estudo (0,184). Após o balanceamento, todas as variáveis ficaram abaixo de 0,10, mostrando que o balanceamento foi atingido.

Tabela 2 Balanceamento antes e após a implementação do escore de propensão

ANTES DO ESCORE DE PROPENSÃO									
	Média do GT	Desvio padrão do GT	Média do GC	Desvio padrão do GC	Diferença padronizada entre as médias (GT e GC)	Testes estatístico de comparação entre grupos**	P-valor	Teste de Kolmogorov	P-valor do teste de Kolmogorov
Idade < 20	0,238	0,426	0,290	0,454	<b>-0,117</b>	-2,080	0,038	0,052	0,390
Idade >20	0,762	0,426	0,710	0,454	<b>0,117</b>	2,080	0,038	0,052	0,390
Cor preta	0,152	0,359	0,094	0,292	<b>0,186</b>	2,926	0,003	0,058	0,268
Cor Parda	0,517	0,500	0,613	0,487	<b>-0,195</b>	-3,346	0,001	0,096	0,008
Cor Branca	0,328	0,470	0,279	0,449	<b>0,108</b>	1,834	0,067	0,049	0,463
8 ou mais anos de estudo	0,806	0,396	0,726	0,446	<b>0,184</b>	3,376	0,001	0,080	0,044
Primiparidade	0,569	0,496	0,479	0,500	<b>0,180</b>	3,124	0,002	0,090	0,016
BI na internação	0,669	0,471	0,800	0,400	<b>-0,309</b>	-5,006	0,000	0,131	0,000
Dilatação ≥ 4 cm na internação	0,858	0,350	0,668	0,471	<b>0,421</b>	8,474	0,000	0,189	0,000
APÓS O ESCORE DE PROPENSÃO									
Idade < 20	0,268	0,443	0,276	0,447	<b>-0,019</b>	-0,268	0,789	0,009	1,000
Idade >20	0,732	0,443	0,724	0,447	<b>0,019</b>	0,268	0,789	0,009	1,000
Cor preta	0,106	0,308	0,109	0,312	<b>-0,011</b>	-0,182	0,856	0,003	1,000
Cor Parda	0,604	0,490	0,588	0,492	<b>0,033</b>	0,462	0,644	0,016	1,000
Cor Branca	0,288	0,454	0,291	0,455	<b>-0,006</b>	-0,081	0,936	0,003	1,000
8 ou mais anos de estudo	0,779	0,416	0,748	0,434	<b>0,069</b>	1,072	0,284	0,030	0,997
Primiparidade	0,501	0,501	0,501	0,500	<b>-0,013</b>	0,182	0,856	0,007	1,000
BI na internação	0,753	0,432	0,766	0,423	<b>-0,032</b>	-0,516	0,606	0,014	1,000
Dilatação ≥ 4 cm na internação	0,755	0,430	0,719	0,450	<b>0,081</b>	0,863	0,388	0,037	0,966

\*GT-Grupo tratado; GC- Grupo controle; BI- Bolsa íntegra

\*\*Teste do Qui quadrado

Na tabela 3 analisamos a estimativa do efeito causal nos desfechos maternos e aponta que as mulheres que tiveram parto no Modelo Casa de Parto, comparadas ao Modelo Hospitalar, tiveram maior chance de ter o acompanhante no trabalho de parto e parto (OR= 86,31; IC95%: 29,65 - 251,29), de se alimentar ou tomar líquidos (OR= 862,38; IC 95%: 120,20- 6187,33), de se movimentarem (OR=7,56; IC95%: 4,65 – 12,31), de usar métodos não farmacológicos para alívio da dor (OR= 27,82; IC95%: 17,05 – 45,40), de parirem em posição verticalizada (OR= 252,78; IC95%: 150,60 – 423,33) e menor chance de utilizar ocitocina no trabalho de parto (OR= 0,22; IC95%: 0,16 - 0,31), de realizar a amniotomia (OR= 0,01; IC95%: 0,01 - 0,04), serem submetidas a episiotomia (OR= 0,01; IC95%: 0,00 – 0,02) e à manobras de Kristeller (OR= 0,01; IC95%: 0,00 – 0,02). As transferências maternas/internações não apresentaram diferenças significativas entre os dois modelos. Não ocorreu óbito materno nos dois modelos.

Tabela 3 Distribuição dos dados relacionados ao efeito do local de parto (CPDCF *versus* Hospital) nos indicadores de atenção ao parto e nascimento, Região Sudeste, Brasil, 2011 a 2012.

	CPDCF (n=408)		Hospital (n=1107)		OR (IC95%)
	N	%	N	%	
<b>Presença do acompanhante</b>					
Não	4	1,0	292	26,4	1
Sim	404	99,0	815	73,6	86,31 (29,65 - 251,29)
<b>Oferecimento de líquidos ou alimento</b>					
Não	1	0,2	695	62,8	1
Sim	407	99,8	412	37,2	862,38 (120,20- 6187,33)
<b>Movimentou no trabalho de parto (TP)</b>					
Não	35	8,6	501	45,3	1
Sim	373	91,4	606	54,7	7,56 (4,65 – 12,31)
<b>Usou métodos não farmacológicos para dor</b>					
Não	21	5,1	665	60,1	1
Sim	387	94,9	442	39,9	27,82 (17,05 – 45,40)
<b>Utilizou ocitocina EV no TP</b>					
Não	296	72,5	433	39,1	1
Sim	112	27,5	674	60,9	0,22 (0,16 - 0,31)
<b>Realizou amniotomia no TP</b>					
Não	403	98,8	598	54,0	1
Sim	5	1,2	509	46,0	0,01 (0,01 - 0,04)
<b>Posição do parto</b>					

Litotomia	21	5,2	1028	92,9	1
Vertical	385	94,8	79	7,1	252,78 (150,60 – 423,33)
<b>Realizou episiotomia</b>					
Não	403	98,8	492	44,4	1
Sim	5	1,2	615	55,6	0,01 (0,00 – 0,02)
<b>Foi submetida a Manobra de Kristeller</b>					
Não	405	99,3	701	63,3	1
Sim	3	0,7	406	36,7	0,01 (0,00 – 0,03)
<b>Transferência/internação mãe</b>					
Não	404	99,0	1091	98,6	1
Sim	4	1,0	16	1,4	1,40 (0,34 – 5,76)
<b>Óbito materno</b>					
Não	408	100,0	1107	100,0	-
Sim	0	0,0	0	0,0	

Fonte: Autora (2022)

Quanto ao efeito causal do local do nascimento relacionados ao recém-nascido, observamos que para os que nasceram no Modelo Casa de Parto, em comparação com o Modelo Hospitalar, apresentaram maior chance de aleitamento exclusivo (OR= 1,84; IC95%: 1,16 – 2,90) e menor chance de aspiração de vias aéreas superiores (OR=0,24; IC95%: 0,18 – 0,33) e aspiração gástrica (OR= 0,15; IC95%: 0,1 – 0,22). Não houve diferença estatística nos índices de Apgar < 7 e ≥ 7 no 1º e 5º minuto, em reanimação neonatal, no uso de oxigênio inalatório, no uso do ambu com máscara, intubação orotraqueal e nas transferências/internação do recém-nascido. No Modelo Hospitalar houve 02 óbitos fetais.

Tabela 4 Distribuição dos dados relacionados com o efeito do local de parto (CPDCF versus Hospital) nos indicadores de atenção ao cuidado ao recém-nascido, Região Sudeste, Brasil, 2011 a 2012.

	CPDCF (n=408)		Hospital (n=1107)		OR (IC95%)
	N	%	N	%	
<b>Índice de Apgar no 1º minuto</b>					
< 7	13	3,2	45	4,1	1
≥ 7	395	96,8	1062	95,9	1,50 (0,78 – 2,91)
<b>Índice de Apgar no 5º minuto</b>					
< 7	1	0,2	6	0,5	1
≥ 7	407	99,8	1101	99,5	2,29 (0,27 – 19,24)
<b>Reanimação neonatal</b>					
Não	363	89,0	954	86,2	1
Sim	45	11,0	153	13,8	0,83 (0,53 - 1,32)
<b>Uso de O2 Inalatório</b>					

Não	365	89,5	974	88,0	1
Sim	43	10,5	133	12,0	0,95 (0,59 – 1,53)
<b>Ventilação por ambu e máscara</b>					
Não	401	98,3	1078	97,4	1
Sim	7	1,7	29	2,6	0,56 (0,24 – 1,31)
<b>Intubação orotraqueal</b>					
Não	407	99,8	1098	99,2	1
Sim	1	0,2	9	0,8	0,25 (0,03 – 1,96)
<b>Aspiração de vias aéreas superiores</b>					
Não	220	53,9	232	21,0	1
Sim	188	46,1	875	79,0	0,24 (0,18 – 0,33)
<b>Aspiração gástrica</b>					
Não	369	90,4	655	59,2	1
Sim	39	9,6	452	40,8	0,15 (0,1 – 0,22)
<b>Aleitamento exclusivo</b>					
Não	40	9,8	170	15,4	1
Sim	368	90,2	937	84,6	1,84 (1,16 – 2,90)
<b>Transferência/internação</b>					
Não	380	93,1	1032	93,2	1
Sim	28	6,9	75	6,8	1,01 (0,57 – 1,77)
<b>Natimorto</b>					
Não	408	100,0	1107	99,8	-
Sim	0	0,0	2	0,2	

Fonte: Autora (2022)

A análise de sensibilidade se mostrou robusta em relação a viés oculto, nos desfechos relacionados às boas práticas, intervenções e se mostrou sensível ao viés oculto nos resultados, que não foram significativos.

## DISCUSSÃO

Este estudo expõe dois modelos assistenciais e mostra que, comparado aos resultados hospitalares, a Casa de Parto apresenta maior uso de boas práticas na assistência ao trabalho de parto, parto e ao recém-nascido, menor uso de intervenções desnecessárias, sem impacto negativo nos resultados da assistência obstétrica, apontando que o cuidado na Casa de Parto é mais centrado na fisiologia, desenvolve práticas assistenciais baseadas em evidências científicas e traz segurança para a mãe e bebê.

Os achados da Casa de Parto são semelhantes aos do estudo inglês sobre local de nascimento, com dados de 2008-2010, contemporâneo ao estudo *Nascer no Brasil*, o *Birthplace in England*, que apresentou dados sobre partos em Hospitais, em CPN Intra-hospitalar, centros de parto autônomo (igual à Casa de Parto) e no domicílio. Os resultados adversos foram avaliados em conjunto (transferências, natimortos intraparto e mortes

neonatais precoces, encefalopatia neonatal, síndrome de aspiração de mecônio, tocotraumatismo). Como principais resultados demonstrou que mulheres de baixo risco que optam pelo parto fora do ambiente hospitalar tem maior probabilidade de ter partos vaginais com menos intervenções e mais possibilidade de amamentação. A incidência de resultados adversos é baixa em todos os cenários de parto, mas para mulheres multíparas não há diferença nos resultados adversos, mas para as nulíparas aumentam o resultado perinatal adverso no parto domiciliar<sup>(24)</sup>.

Outros estudos internacionais que analisaram modelos assistenciais, demonstraram que nascimentos em centros de parto normal, conduzidos por parteiras (enfermeiras obstétricas/obstetizes), apresentaram menos chance de intervenção na assistência ao parto e mais chance de satisfação com os cuidados recebidos, sem resultados adversos para mulheres ou seus bebês<sup>(25-29)</sup>. Em modelos hospitalares dados apontaram probabilidades maiores de cesarianas, mais traumas perineais graves ou hemorragia pós-parto<sup>(30)</sup>.

Na avaliação das mulheres, o cuidado da enfermeira obstétrica no trabalho de parto em Centro de Parto Normal apresenta qualidade, compartilhamento de conhecimentos<sup>(31)</sup> e utiliza boas práticas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde<sup>(32)</sup>. Além disso, cria vínculo, é empático, humanizado, integral e longitudinal<sup>(33)</sup>. A confiança na equipe e o ambiente adequado ampliam a sensação de bem-estar físico e emocional<sup>(33)</sup>, portanto, deveria receber mais apoio do SUS para sua implantação<sup>(34)</sup>.

As mulheres que optaram por um cuidado humanizado e desmedicalizado na Casa de Parto tinham maior escolaridade. Este fato está em consonância com outros estudos que mostram a relação da busca pelo parto humanizado com maior nível de escolaridade. Esta busca incluiu realizar pré-natal em estabelecimentos públicos, canais de informação, como livros, mídias sociais, relato de outras experiências de parto, apoio de doulas, associações e redes que apoiam a humanização do parto, como apontam estudos sobre CPN em São Paulo e na Bahia<sup>(34-37)</sup>.

Pesquisas internacionais que avaliaram resultados perinatais relacionados às características sociodemográficas de mães adolescentes, como cor da pele não branca, escolaridade, locais de moradias inseguros apontaram que partos em centros de parto, sob os cuidados de parteiras, melhoram os desfechos perinatais e apresentam cuidado de alta qualidade, respeitosos e culturalmente apropriados, além do menor custo para os sistemas de saúde e diminuir a disparidade racial, contribuindo com a melhoria da saúde da população<sup>(38,39)</sup>.

A internação na fase ativa do trabalho de parto é uma recomendação desde o início deste século, ratificada pela OMS em 2018, por diminuir os riscos de intervenções desnecessárias, sem aumento de resultados desfavoráveis maternos e neonatais, previne a cesariana desnecessária e aumenta a satisfação materna com a assistência ao parto<sup>(40,41)</sup>. Desde 2016, com a implantação das diretrizes nacionais de assistência ao parto normal recomenda-se a internação com 4 ou mais cm de dilatação, sendo amplamente utilizada na Casa de Parto desde então<sup>(10)</sup>.

A presença do acompanhante da escolha da mulher é um direito desde 2005, quando foi instituída a Lei do Acompanhante no Brasil<sup>(42)</sup>, no entanto, ainda não é plenamente respeitada nos serviços de saúde, principalmente no Modelo Hospitalar<sup>(9,43)</sup>. Estudos apontam que a presença do acompanhante de escolha da mulher amplia a chance de trabalho de parto abreviado, parto vaginal espontâneo, satisfação materna com a experiência do nascimento, além de menor chance de analgesia no trabalho de parto, cesariana ou parto instrumental e de baixo escore de Apgar no 5º minuto de vida<sup>(44-46)</sup>.

Em Centros de Parto Normal, a presença do acompanhante de escolha foi identificada na ampla maioria dos partos, o que é garantido desde a sua implantação<sup>(8)</sup>. Em um estudo comparativo de modelos, em um CPN em Minas Gerais e dados do Nascer no Brasil- Região Sudeste, também demonstrou maior chance da presença do acompanhante no Modelo CPN<sup>(47)</sup>.

A ingestão de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto é recomendado pela OMS e pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, mas ainda encontram resistência nos serviços obstétricos no Modelo Hospitalar<sup>(5,10,43)</sup>. Não há evidências que justifiquem a restrição de alimentos e líquidos para mulheres de baixo risco, sendo uma prática utilizada de forma rotineira nos Centros de Parto Normal<sup>(11,48)</sup>.

A movimentação e a verticalização durante o trabalho de parto reduzem a duração do mesmo, aumentam os diâmetros pélvicos, diminui o risco de cesariana desnecessária, analgesia peridural, sem aumento de intervenções desnecessárias ou efeitos negativos para o binômio mãe-bebê, devendo, portanto, ser uma prática estimulada nos serviços de atenção obstétrica<sup>(49,50)</sup>. No Brasil, em 2011/2012, período deste estudo, apenas 47% das mulheres puderam caminhar no Modelo Hospitalar, dado que aumentou significativamente em 2017, na avaliação das Maternidades que aderiram a Rede Cegonha<sup>(9,43)</sup>.

A utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor faz parte do cuidado da enfermagem obstétrica/obstetrix, independentemente do local do nascimento, conforme

apontam estudos, como construção de tecnologias não invasivas de cuidado da enfermeira obstétrica<sup>(51-54)</sup>, portanto fazem parte da assistência obstétrica em Centros de Parto Normal. São técnicas que utilizam recursos naturais para ajudar a mulher a lidar com a dor durante o trabalho de parto, além de promover o relaxamento, reduzir a ansiedade e aumentar o vínculo entre a mulher, acompanhante e equipe que os assiste<sup>(51)</sup>.

Os métodos mais citados nos estudos são a utilização de banhos, compressas quentes, massagens, técnicas de respiração, bola suíça, deambulação, além do uso de práticas integrativas como eletroestimulação, aromaterapia, acupuntura, acupressão, musicoterapia e técnicas de relaxamento<sup>(51,55-58)</sup>.

A posição litotômica ou supina para o nascimento aumentam o risco de trauma perineal grave, partos mais longos, mais sensação de dor e alterações no padrão da frequência cardíaca fetal, devendo ser evitada<sup>(5,10,59)</sup>, mas é a posição mais frequente no Modelo Hospitalar<sup>(43)</sup>. Nos CPN são estimuladas posições não litotômicas para o nascimento, como lateral, vertical, de quatro e na água, respeitando o desejo e autonomia da mulher nessa escolha<sup>(11,60-62)</sup>.

Quanto às intervenções obstétricas na assistência ao parto, estudos apontam que modelos assistenciais coordenados por parteiras (enfermeiras obstétricas/obstetrizes) tiveram menos chance de episiotomia, amniotomia<sup>(26,47)</sup> e uso de ocitocina no trabalho de parto<sup>(47)</sup>. Em relação às manobras de Kristeller, resultados da Nascir no Brasil apontam que 37,3% das mulheres de risco habitual foram expostas a essa manobra<sup>(9)</sup>. Esses achados apoiam a importância do Modelo Casa de Parto, no processo de desmedicalização do nascimento.

As recomendações relacionadas ao recém-nascido (RN), diferenciam o cuidado oferecido ao recém-nascido saudável daqueles que apresentam situações de risco, características de RN nascidos em CPN. Portanto, o RN saudável que nasce vigoroso e que assume a respiração fisiologicamente não deve ter suas vias aéreas e gástrica aspirados. Este momento precioso, conhecido como hora de ouro, deve respeitar e valorizar a formação do vínculo mãe-bebê<sup>(5,10,63)</sup>.

Os cuidados ao recém-nascido sadio incluem o contato pele a pele imediato, visando formação do vínculo, o estímulo à amamentação na primeira hora de vida, promoção do equilíbrio térmico e corte oportuno do cordão umbilical<sup>(64-68)</sup>. Este conjunto de cuidados favorecem a manutenção da amamentação de forma exclusiva durante a internação nos serviços obstétricos, como recomendado pela OMS, favorecendo o aleitamento materno

exclusivo desde a primeira hora de vida<sup>(5)</sup>, sendo o melhor alimento para a nutrição do recém-nascido<sup>(69)</sup>, por proteger de infecções, reduzindo o risco de mortalidade infantil em 12%<sup>(70,71)</sup>.

Embora a maioria dos recém-nascidos de partos de risco habitual nasçam saudáveis, até 10% dos nascimentos podem necessitar de algum suporte na transição de feto a recém-nascido, portanto, todo serviço de atenção obstétrica e neonatal, mesmo os CPN, devem ter em seus quadros, profissionais qualificados em reanimação neonatal<sup>(10,63,72)</sup>. No Brasil, enfermeiras obstétricas/obstetrizes estão entre esses profissionais qualificados, de acordo com a Portaria 371 de 07 de maio de 2014, que institui diretrizes para a reorganização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido<sup>(63)</sup>.

Não há registro de resultados negativos estatisticamente significativos sobre a assistência ao recém-nascido, nos diversos serviços que têm a enfermagem obstétrica/obstetriz na condução do cuidado, principalmente nos CPN<sup>(11,25–29,47)</sup>. Este fato aponta a segurança e a qualidade do cuidado prestado por esses profissionais, mostrando a relevância da expansão de serviços de atenção obstétrica e implantação em todo o país de Centros de Parto Normal/Casas de Parto para atenção às gestantes de risco habitual.

O estudo apresenta algumas limitações, por ser derivado de dois bancos com coleta de dados retrospectivos, sujeito a viés de informações que podem estar ausentes no prontuário, embora este fato não tenha impossibilitado as análises comparativas. Para minimizar estas limitações, foi utilizada uma metodologia robusta para minimizar o viés, e tornar os dois grupos comparáveis, escore de propensão, que aproxima os resultados obtidos aos estudos experimentais.

## CONCLUSÃO

O modelo Casa de Parto é seguro para o atendimento de gestantes de risco habitual no trabalho de parto, parto e nascimento. Isto se dá pela maior oferta de boas práticas e menos intervenções na assistência ao parto, sem qualquer impacto negativo nos resultados perinatais.

A enfermagem obstétrica/obstetriz tem construído um cuidado desmedicalizado, centrado na autonomia, nos princípios da fisiologia e nos direitos da mulher, valorizando a família e a cultura que permeiam as relações estabelecidas entre os atores. Este cuidado tem sido objeto de estudo da enfermagem obstétrica/obstetriz e tem sido denominado como tecnologia não invasiva de cuidado.

Investir na formação da enfermagem obstétrica e na ampliação e criação de mais Centros de Parto Normal/ Casas de Parto, tem potencial para mudar a realidade obstétrica no Brasil, seja no Sistema Único de Saúde (SUS) ou no sistema privado, pois evidências mostram que onde tem enfermagem obstétrica, tem uma maior oferta de boas práticas e menor uso de intervenções no processo fisiológico do nascimento. Portanto, há necessidade das mulheres e seus familiares obterem informações e ter acesso ao cuidado desta profissional e deste ambiente.

Importante o desenvolvimento de mais estudos sobre o Modelo Casa de Parto ou Centro de Parto Normal, com metodologias que permitam a comparabilidade, para a consolidação deste modelo assistencial no Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Palharini LA, Figueirôa SF de M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2018 [citado 26 de julho de 2021];25(4):1039–61. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3861/386157995009/html/>
2. Nicida LR de A, Teixeira LA da S, Rodrigues AP, Bonan C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 6 de novembro de 2020 [citado 26 de julho de 2021];25:4531–46. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/NFLfFVvk59DRwVc3PPPPv-PLv/?lang=pt>
3. Organização Mundial de Saúde. *Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico* [Internet]. Genebra: OMS; 1996 [citado 14 de fevereiro de 2020]. 53 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-9570>
4. Pearson A, Jordan Z, Munn Z. *Translational Science and Evidence-Based Healthcare: A Clarification and Reconceptualization of How Knowledge Is Generated and Used in Healthcare*. *Nursing Research and Practice* [Internet]. 14 de fevereiro de 2012 [citado 26 de julho de 2021];2012:e792519. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2012/792519/>
5. Organização Mundial de Saúde. *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience* [Internet]. Genebra: OMS; 2018. 210 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
6. Diniz CSG. *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. setembro de 2005 [citado 14 de fevereiro de 2020];10(3):627–37. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
7. Bourguignon AM, Grisotti M. *A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras*. *Hist cienc saude-Manguinhos* [Internet]. 13 de julho de 2020 [citado 26 de julho de 2021];27:485–502. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/hcsm/a/zZddht4v88Y6Vz84frYyj7Q/?lang=pt>
8. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. *Diário Oficial da União*. Seç. 1, Portaria nº 985/GM em 05 de agosto de 1999 1999 p. 51–2. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria\\_985\\_1999\\_cpn.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria_985_1999_cpn.pdf)
9. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. *Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual*. *Cad Saúde Pública* [Internet]. agosto de 2014 [citado 4 de junho de 2021];30:S17–32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWFgGd/?lang=pt>

10. Brasil. Diretriz Nacional de Atenção ao Parto Normal [Internet]. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 25 de maio de 2019]. 53 p. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)
11. Medina ET, Mouta RJO, Silva SC de SB, Gama SGN da. Resultados maternos e neonatais dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas nos centros de parto normal no Brasil: uma revisão de escopo. *Research, Society and Development* [Internet]. 10 de setembro de 2020 [citado 4 de agosto de 2021];9(9):e854997933–e854997933. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7933>
12. Medeiros A. A Casa de Parto David Capistrano Filho pelas lentes de uma fotógrafa. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2018 [citado 17 de dezembro de 2021];25(4):1171–83. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3861/386157995016/html/>
13. Loiola AMR de, Alves VH, Vieira BDG, Rodrigues DP, Souza KV de, Marchiori GRS. Plano de parto como tecnologia do cuidado: experiência de puérperas em uma casa de parto. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 1º de abril de 2020 [citado 3 de agosto de 2021];25(0). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/66039>
14. Costa RF da. As práticas educativas na Casa de Parto David Capistrano Filho sob a ótica do cuidado cultural [Internet] [Dissertação (Mestrado em Enfermagem)]. [Rio de Janeiro]: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007. Disponível em: <https://www.btd.uerj.br:8443/bitstream/1/11317/1/Rafael%20Ferreira%20da%20Costa.pdf>
15. Azevedo LGF de. Estratégias das enfermeiras para manutenção do modelo desmedicalizado: O habitus profissional das enfermeiras obstétricas da Casa de Parto David Capistrano Filho. 1º ed. Rio de Janeiro: Novas Edições Acadêmicas; 2015. 116 p.
16. Leal M do C, Gama SGN, Silva AAM, Rattner D, Moreira ME, Filha MMT, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health* [Internet]. 22 de agosto de 2012;9:15. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-9-15>
17. Vasconcellos MTL de, Silva PL do N, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB de, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saúde Pública* [Internet]. agosto de 2014 [citado 17 de dezembro de 2021];30:S49–58. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/nHsybvJ-MNBHThZpVnwrFwdw/?lang=pt>
18. Silva AAM da. Introdução à inferência causal em epidemiologia- uma abordagem gráfica e contrafactual. 1º ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 402 p.
19. Olmos A, Govindasamy P. A Practical Guide for Using Propensity Score Weighting in R. *Practical Assessment, Research, and Evaluation* [Internet]. 25 de novembro de 2019;20(1). Disponível em: <https://scholarworks.umass.edu/pare/vol20/iss1/13>
20. Patino CM, Ferreira JC, Patino CM, Ferreira JC. Propensity scores: a tool to help quantify treatment effects in observational studies. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*

- [Internet]. abril de 2017 [citado 25 de março de 2021];43(2):86–86. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1806-37132017000200086&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-37132017000200086&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
21. Resende ACC, Oliveira AMHC de. Avaliando resultados de um programa de transferência de renda: o impacto do Bolsa-Escola sobre os gastos das famílias brasileiras. *Estud Econ* [Internet]. 2008 [citado 14 de janeiro de 2022];38(2):235–65. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-41612008000200002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612008000200002&lng=pt&tlng=pt)
  22. R Core Team. A language and environment for statistical computing. [Internet]. Viena/Áustria: Foundation for Statistical Computing; 2021. Disponível em: <https://www.R-project.org/>
  23. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/normativas-conep?view=default>
  24. 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* [Internet]. 25 de novembro de 2011 [citado 28 de dezembro de 2021];343:d7400. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>
  25. Stapleton SR, Osborne C, Illuzzi J. Outcomes of Care in Birth Centers: Demonstration of a Durable Model. *Journal of Midwifery & Women's Health* [Internet]. 2013 [citado 19 de novembro de 2021];58(1):3–14. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jmwh.12003>
  26. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 28 de abril de 2016;4:CD004667.
  27. Alliman J, Phillippi JC. Maternal Outcomes in Birth Centers: An Integrative Review of the Literature. *Journal of Midwifery & Women's Health* [Internet]. 2016 [citado 19 de novembro de 2021];61(1):21–51. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jmwh.12356>
  28. Phillippi JC, Danhausen K, Alliman J, Phillippi RD. Neonatal Outcomes in the Birth Center Setting: A Systematic Review. *Journal of Midwifery & Women's Health* [Internet]. 2018 [citado 19 de novembro de 2021];63(1):68–89. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jmwh.12701>
  29. Homer CSE, Cheah SL, Rossiter C, Dahlen HG, Ellwood D, Foureur MJ, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000 - 2012: a linked population data study. *BMJ Open*. 29 de outubro de 2019;9(10):e029192.
  30. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*

- [Internet]. 1º de julho de 2018 [citado 29 de julho de 2020];62:240–55. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613818300974>
31. Clementino MOS, Silva JV. Os significados e os motivos de dar à luz em Casa de Parto: as representações sociais no contexto bioético de puérperas de São Paulo, SP. *Mundo Saúde* [Internet]. 6 de dezembro de 2008 [citado 18 de dezembro de 2021];32(4):452–7. Disponível em: [https://www.revistamundodasaude.com.br/assets/artigos/2008/65/06\\_O%20significado\\_baixa.pdf](https://www.revistamundodasaude.com.br/assets/artigos/2008/65/06_O%20significado_baixa.pdf)
  32. Soares YK da C, Melo SS e S, Guimarães TMM, Feitosa VC, Gouveia MT de O. Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. *Revista de Enfermagem UFPE on line* [Internet]. 3 de outubro de 2017 [citado 27 de setembro de 2021];11(11):4563–73. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231195>
  33. Dias EG, Freitas AMS, Nunes HKG de F, Silva DKC, Campos LM. O partejar da enfermagem à mulher em uma casa de parto. *Revista Enfermagem Contemporânea* [Internet]. 31 de março de 2021 [citado 17 de dezembro de 2021];10(1):79–85. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/3501>
  34. Riesco MLG, Oliveira SMJV de, Bonadio IC, Schneck CA, Silva FMDB, Diniz CSG, et al. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009;43(spe2):1297–302.
  35. Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV de. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. fevereiro de 2012 [citado 14 de fevereiro de 2020];46(1):77–86. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-89102012000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102012000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
  36. Mendonça AMCM. Humanização da assistência prestada à parturiente pela equipe multiprofissional do Centro de Parto da Maternidade Escola Assis Chateaubriand [Internet] [Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)]. [Fortaleza]: Universidade Federal do Ceará; 2015 [citado 1º de setembro de 2021]. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/16557>
  37. Teixeira MM de S, Santos SLSD, Teixeira MM de S, Santos SLSD. From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. abril de 2018 [citado 31 de julho de 2020];22(65):399–410. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-32832018000200399&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832018000200399&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
  38. Wallace J. Using a Birth Center Model of Care to Improve Reproductive Outcomes in Informal Settlements—a Case Study. *J Urban Health* [Internet]. abril de 2019 [citado 19 de novembro de 2021];96(2):208–18. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6458220/>
  39. Alliman J, Stapleton SR, Wright J, Bauer K, Slider K, Jolles D. Strong Start in birth centers: Socio-demographic characteristics, care processes, and outcomes for mothers

- and newborns. *Birth* [Internet]. 2019 [citado 19 de novembro de 2021];46(2):234–43. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/birt.12433>
40. Lauzon L, Hodnett E. Labour assessment programs to delay admission to labour wards. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(3):CD000936.
  41. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 [citado 2 de novembro de 2021];(4). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011516.pub2/full>
  42. Brasil. Presidência da República [Internet]. Diário Oficial da União, Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005 abr 7, 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)
  43. Leal M do C, Bittencourt S de A, Esteves-Pereira AP, Ayres BV da S, Silva LBRA de A, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 22 de julho de 2019 [citado 5 de novembro de 2020];35:e00223018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2019.v35n7/e00223018/>
  44. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 16 de fevereiro de 2011;(2):CD003766.
  45. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 [citado 4 de agosto de 2021];(7). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full?highlightAbstract=admission%7Cadmiss%7Clabour%7Clabor>
  46. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLOS ONE* [Internet]. 17 de abril de 2018 [citado 18 de novembro de 2021];13(4):e0194906. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0194906>
  47. Santos NCP. Comparação de desfechos maternos e neonatais em um centro de parto normal e hospitais públicos do SUS em partos de baixo risco [Internet] [Doutorado (Epidemiologia em Saúde Pública)]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2018 [citado 31 de julho de 2020]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/35290>
  48. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [citado 4 de agosto de 2021];(8). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/full?highlightAbstract=food%7Clabor%7Clabour>

49. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [citado 5 de agosto de 2021];(10). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/full?highlightAbstract=position%7Cmobility%7Cpositions%7Cduring%7Cdure%7Cmatern%7Clabour%7Clabor%7Cmobil%7Cstag%7Cstage%7Cfirst%7Cmaternal>
50. Hemmerich A, Bandrowska T, Dumas GA. The effects of squatting while pregnant on pelvic dimensions: A computational simulation to understand childbirth. *Journal of Biomechanics* [Internet]. 18 de abril de 2019 [citado 18 de novembro de 2021];87:64–74. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021929019301472>
51. Coelho KC, Rocha IM da S, Lima AL da S. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem* [Internet]. 1º de abril de 2018 [citado 27 de setembro de 2021];8(22):14–21. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/recien/article/view/244#:~:text=Entre%20os%20m%C3%A9todos%20n%C3%A3o%20farmacol%C3%B3gicos,de%20parto%20e%20sua%20efic%C3%A1cia.>
52. Prata JA, Ares LPM, Vargens OM da C, Reis CSC dos, Pereira AL de F, Progianti JM. Tecnologias não invasivas de cuidado: contribuições das enfermeiras para a desmedicalização do cuidado na maternidade de alto risco. *Esc Anna Nery* [Internet]. 28 de março de 2019 [citado 4 de junho de 2021];23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wzTQ57Qv9RRdcmXXnWGgyC/?lang=pt>
53. Lima MM de, Ribeiro LN, Costa R, Monguilhot JJ da C, Gomes IEM. Enfermeiras obstétricas no processo de parturição: percepção das mulheres. *Revista Enfermagem UERJ* [Internet]. 16 de outubro de 2020 [citado 4 de agosto de 2021];28(0):45901. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/45901>
54. Gama SGN da, Viellas EF, Medina ET, Angulo-Tuesta A, Silva CKRT da, Silva SD da, et al. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil - 2017. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2021 [citado 4 de agosto de 2021];919–29. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art-text&pid=S1413-81232021000300919](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1413-81232021000300919)
55. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018 [citado 18 de novembro de 2021];(3). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009290.pub3/full?highlightAbstract=aromatherapy%7Caromatherapi>
56. Mascarenhas VHA, Lima TR, Silva FMD e, Negreiros F dos S, Santos JDM, Moura MÁP, et al. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta paul enferm* [Internet]. 29 de julho de 2019 [citado 4 de agosto de 2021];32:350–7. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ape/a/QPfvQVTpmczQgjL783B9bVc/?lang=pt>

57. Santos CB, Marçal RG, Voltarelli A, Silva RP de M, Sakman R. Métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto normal | Global Academic Nursing Journal. Glob Acad Nurs [Internet]. 25 de janeiro de 2021 [citado 27 de setembro de 2021];1(1):e2. Disponível em: <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/1>
58. Mouta RJO, Prata JA, Silva SC de SB, Zveiter M, Medina ET, Pereira AL de F, et al. A utilização da acupuntura na indução do trabalho de parto: uma revisão de escopo / The use of acupuncture to induce labor: scoping review. Brazilian Journal of Development [Internet]. 20 de agosto de 2021 [citado 20 de agosto de 2021];7(8):83291–302. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/34834>
59. Huang J, Zang Y, Ren L-H, Li F-J, Lu H. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. International Journal of Nursing Sciences [Internet]. 10 de outubro de 2019 [citado 7 de agosto de 2021];6(4):460–7. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013219301309>
60. Lopes GA. Desfechos perineais no centro de parto normal Casa Angela, São Paulo (SP): estudo transversal [Internet] [Mestrado em Cuidado em Saúde]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2019 [citado 21 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-29112018-162819/>
61. Farias LMVC. Posições maternas e sua influência no desfecho do parto e nascimento: um estudo caso-controle [Internet] [Dissertação (Mestrado em Enfermagem)]. [Fortaleza]: Universidade Federal do Ceará; 2020 [citado 21 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/53154>
62. Gomes FES, Carneiro E de C, Ferraz IC, Cavalcante I dos S, Barbosa GSL, Attem MS, et al. Impacto da implantação dos centros de parto normal na qualidade de assistência obstétrica. Research, Society and Development [Internet]. 15 de novembro de 2020 [citado 21 de novembro de 2021];9(11):e3249119509–e3249119509. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9509>
63. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Portaria n<sup>a</sup> 371 maio 7, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202014/prt0371_07_05_2014.html)
64. Odent M. Pode a humanidade sobreviver à medicina? 1<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Instituto Michel Odent; 2016. 201 p.
65. Neczypor JL, Holley SL. Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour. Nursing for Women's Health [Internet]. 1<sup>o</sup> de dezembro de 2017 [citado 8 de agosto de 2021];21(6):462–72. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751485117302817>
66. Cleveland L, Hill CM, Pulse WS, DiCioccio HC, Field T, White-Traut R. Systematic Review of Skin-to-Skin Care for Full-Term, Healthy Newborns. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing [Internet]. 1<sup>o</sup> de novembro de 2017 [citado 7 de

- agosto de 2021];46(6):857–69. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088421751730388X>
67. Barros GM. Os cuidados imediatos ao recém-nascido saudável de parto vaginal nos diferentes modelos de atenção ao nascimento [Internet] [Dissertação (Mestrado em Ciências)]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2017. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25217/2/geiza\\_barros\\_iff\\_mest\\_2017.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25217/2/geiza_barros_iff_mest_2017.pdf)
  68. Andersson O, Mercer JS. Cord Management of the Term Newborn. *Clinics in Perinatology* [Internet]. 1º de agosto de 2021 [citado 8 de agosto de 2021];48(3):447–70. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0095510821000415>
  69. Boquien C-Y. Human Milk: An Ideal Food for Nutrition of Preterm Newborn. *Front Pediatr* [Internet]. 2018 [citado 9 de agosto de 2021];0. Disponível em: <https://internal-journal.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2018.00295/full>
  70. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* dezembro de 2015;104(467):3–13.
  71. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breast-feeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 30 de janeiro de 2016;387(10017):475–90.
  72. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Resolução nº 36 de 03 de junho de 2008 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036\\_03\\_06\\_2008\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html)

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou a oferta de boas práticas, intervenções e resultados em dois modelos de assistência ao parto e nascimento, sendo eles: CPN isolado no Rio de Janeiro (Casa de Parto) e hospitais vinculados ao SUS da Região Sudeste (Hospital), sob o olhar da medicalização e desmedicalização do parto e nascimento. Demonstrou que nascer na Casa de Parto do Rio de Janeiro é seguro, protege contra a violência obstétrica e garante os direitos das mulheres e família.

Evidenciou que a produção científica brasileira sobre CPN ainda é de autoria restrita a poucos pesquisadores, a maioria vinculados à área de enfermagem. Os estudos são principalmente descritivos, retrospectivos, sem padronização das variáveis e métodos de análise, focados predominantemente nas práticas obstétricas e nos resultados maternos. Os estudos foram produzidos ao longo de duas décadas, relacionados a 11 serviços e a maioria centrados na Região Sudeste, embora com discreta ampliação das regiões.

O cuidado oferecido pela Casa de Parto está em conformidade com as recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, sendo classificada como conformidade total, no trabalho de parto, na assistência ao parto e na assistência ao recém-nascido. Isso demonstra que as práticas desenvolvidas estão alinhadas com as melhores evidências disponíveis até o momento.

O modelo Casa de Parto é seguro para o atendimento de gestantes de risco habitual no trabalho de parto, parto e nascimento. Isto se dá pela maior oferta de boas práticas e menos intervenções na assistência ao parto, sem qualquer impacto negativo nos resultados perinatais.

A enfermagem obstétrica/obstetiz tem construído um cuidado desmedicalizado, centrado na autonomia, nos princípios da fisiologia e nos direitos da mulher, valorizando a família e a cultura que permeiam as relações estabelecidas entre os atores envolvidos. Este cuidado tem sido objeto de estudo da enfermagem obstétrica/obstetiz e tem sido denominado como tecnologia não invasiva de cuidado. Portanto, onde a enfermagem obstétrica/obstetiz está presente, evidencia-se resultados positivos na atenção obstétrica e neonatal.

Por conseguinte, o investimento na formação da enfermagem obstétrica e na ampliação e criação de mais Centros de Parto Normal/ Casas de Parto, apresenta um grande potencial para a mudança da realidade obstétrica no Brasil, seja no Sistema Único de Saúde

(SUS) ou no sistema privado. Portanto, há necessidade das mulheres e seus familiares obterem informações e terem acesso ao cuidado desta profissional e local de nascimento.

É importante o desenvolvimento de mais estudos sobre o Modelo Casa de Parto ou Centro de Parto Normal, com metodologias que permitam a comparabilidade para a consolidação deste modelo assistencial no Brasil, assim como evidenciar os resultados de sua assistência.

## REFERENCIAS

1. Domingues RMSM, Santos EM dos, Leal M do C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2004 [citado 14 de fevereiro de 2020];20:S52–62. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2004000700006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2004000700006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
2. Fernandes KMP, Rosa CM. Medicalização do parto: a apropriação dos processos reprodutivos femininos como causa da violência obstétrica. *Ciências Sociais Unisinos* [Internet]. 2020 [citado 5 de janeiro de 2022];56(3):254–65. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/938/93868584001/html/>
3. Nicida LR de A, Teixeira LA da S, Rodrigues AP, Bonan C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 6 de novembro de 2020 [citado 26 de julho de 2021];25:4531–46. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/NFLfFVvk59DRwVc3PPPPv-PLv/?lang=pt>
4. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. setembro de 2005 [citado 14 de fevereiro de 2020];10(3):651–7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232005000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232005000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
5. Seibert SL, Barbosa JL da S, Santos JM dos, Vargens OM da C. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2005 [citado 27 de dezembro de 2021];245–51. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-413374>
6. Organização Mundial de Saúde. *Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico* [Internet]. Genebra: OMS; 1996 [citado 14 de fevereiro de 2020]. 53 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-9570>
7. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. setembro de 2005 [citado 14 de fevereiro de 2020];10(3):627–37. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
8. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. *Diário Oficial da União*. Seç. 1, Portaria nº 985/GM em 05 de agosto de 1999 1999 p. 51–2. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria\\_985\\_1999\\_cpn.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria_985_1999_cpn.pdf)
9. Brasil. Ministério da saúde [Internet]. *Diário Oficial da União*. Seç. 1, Portaria nº 11 de 7 de Janeiro de 2015 jan 8, 2015 p. 30. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html)

10. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. Diário Oficial da União, Resolução Normativa-RN nº 368, de 06 de janeiro de 2015 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2015/res0368\\_06\\_01\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2015/res0368_06_01_2015.html)
11. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
12. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* [Internet]. agosto de 2014 [citado 4 de junho de 2021];30:S17–32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWFgGd/?lang=pt>
13. Organização Mundial de Saúde. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Genebra: OMS; 2018. 210 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
14. Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. In: Giffin, Karen, Costa, Sarah Hawker, organizadores. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 67–78.
15. Franco LM. Brasil em trabalho de parto: processos de medicalização do parto e a Resolução nº 368 da ANS [Internet]. Apresentação apresentado em: IV Seminário Enlacando Sexualidades; 2015; Salvador. Disponível em: <http://www.uneb.br/enlacando-sexualidades/files/2015/07/enl32.pdf>
16. Tornquist CS. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil [Internet] [Tese (Doutorado em Antropologia)]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/86639>
17. Odent M. *A Gênese do Homem Ecológico: O instinto reencontrado*. São Paulo: Tão Editora; 1982.
18. Fonseca I, Freitas R de CM, Ril SY. Movimento de doulas no brasil: trajetória das atrizes na construção de uma cultura de não violência obstétrica. In: *Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos)* [Internet]. Florianópolis; 2017. p. 13. Disponível em: [http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499436485\\_ARQUIVO\\_InaraFonseca\\_TextoCompleto\\_MM\\_FG.pdf](http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499436485_ARQUIVO_InaraFonseca_TextoCompleto_MM_FG.pdf)
19. Organização Mundial de Saúde. Appropriate Technology for Birth. *The Lancet* [Internet]. 24 de agosto de 1985 [citado 26 de agosto de 2019];326(8452):436–7. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(85\)92750-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(85)92750-3/abstract)

20. Chalmers B. WHO appropriate technology for birth revisited. *Br J Obstet Gynaecol* [Internet]. setembro de 1992;99(9):709–10. Disponível em: <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/1420006/>
21. Brasil. Diretriz Nacional de Atenção ao Parto Normal [Internet]. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 25 de maio de 2019]. 53 p. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)
22. Souza LM da S. Violência Obstétrica [Internet]. Jusbrasil. 2017 [citado 5 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://lennonmarcus.jusbrasil.com.br/artigos/566660785/violencia-obstetrica>
23. Rezende P de S. A reprodução enquanto um processo biossocial. Estudo etnográfico em uma vila do Baixo-Sul Baiano. [Internet] [Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)]. [Salvador]: Universidade Federal da Bahia; 2015 [citado 5 de novembro de 2020]. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/18259>
24. Rede Parto do Princípio. Violência Obstétrica “Parirás com dor” [Internet]. Rede Parto do Princípio; 2012 [citado 5 de novembro de 2020] p. 188. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
25. Defensoria Pública de São Paulo. Violência Obstétrica: Você sabe o que é? [Internet]. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. 2017 [citado 5 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=3355>
26. Artemis. Artemis | Violência Obstétrica [Internet]. Artemis. 2020 [citado 5 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.artemis.org.br/violencia-obstetrica>
27. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF de A, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 24 de junho de 2015 [citado 25 de novembro de 2019];10(35):1–12. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>
28. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde [Internet]. OMS; 2014. Disponível em: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/pt/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/pt/)
29. Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RMSM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reproductive Health* [Internet]. 17 de outubro de 2016 [citado 4 de junho de 2021];13(3):127. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0230-0>
30. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d’Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 14

- de fevereiro de 2020];30:S101–16. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
31. Brasil. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática [Internet]. 1º ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 1984. 30 p. (B-Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf)
  32. Souto KMB. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. *Ser Social* [Internet]. 2008;10(22):22. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/12950](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12950)
  33. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Diário Oficial da União. Seç. 1, Portaria N° 569, de 1º de junho de 2000 jun 8, 2000 p. fls 4 a 6. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)
  34. Brasil. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio [Internet]. ODM Brasil. 2017 [citado 15 de setembro de 2017]. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>
  35. Brasil. HumanizaSUS -Política Nacional de Humanização- A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS [Internet]. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2004. 20 p. (B-Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)
  36. Brasil, organizador. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. 1a. ed., 2a. reimp. Brasília, DF: Editora MS; 2011. 80 p. (Série C-- Projetos, programas e relatórios).
  37. Brasil. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: documentos fundamentais [Internet]. Ministério da Saúde; 2005 [citado 6 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-31769>
  38. Brasil. Presidência da República [Internet]. Diário Oficial da União. Seç. Seção I, Lei nº 7498 de 25 de abril de 86 jun 26, 1986 p. fls. 9.273 a 9.275. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)
  39. Brasil. Presidência da República [Internet]. Diário Oficial da União. Seç. Seção 1, Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987 jun 9, 1987 p. 8853. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94406-8-junho-1987-444430-publicacaooriginal-1-pe.html>
  40. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Diário Oficial da União. Seç. 1, Portaria 2815, de 29 de maio de 1998 jun 2, 1998 p. 103. Disponível em: <https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/outros/Portaria%202.815.pdf>
  41. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Diário Oficial da União. Seç. 1, Portaria 743 de 20 de dezembro de 2005 dez 20, 2005 p. 124. Disponível em: [https://www.normas-brasil.com.br/norma/portaria-743-2005\\_192832.html](https://www.normas-brasil.com.br/norma/portaria-743-2005_192832.html)

42. Mouta RJO. A reconfiguração do espaço social da Maternidade Leila Diniz: a luta das enfermeiras obstétricas pela implantação do modelo humanizado de assistência ao parto [Internet] [Dissertação (Mestrado em Enfermagem)]. [Rio de Janeiro]: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009 [citado 24 de novembro de 2020]. Disponível em: [http://www.bdtd.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=856](http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=856)
43. Camacho KG, Progiante JM. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 30 de setembro de 2013 [citado 27 de dezembro de 2021];15(3):646–53. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/18588>
44. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. Diário Oficial da União. Seç. 1, Resolução COFEN nº 516/2016 – Alterada pelas resoluções COFEN nºs 524/2016 e 672/2021 jun 27, 2016 p. 92. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html)
45. Prata JA, Ares LPM, Vargens OM da C, Reis CSC dos, Pereira AL de F, Progiante JM. Tecnologias não invasivas de cuidado: contribuições das enfermeiras para a desmedicalização do cuidado na maternidade de alto risco. *Esc Anna Nery* [Internet]. 28 de março de 2019 [citado 4 de junho de 2021];23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wzTQ57Qv9RRdcmBXXnWGgyC/?lang=pt>
46. Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, Dziekan G, et al. Improving Quality of Care for Maternal and Newborn Health: Prospective Pilot Study of the WHO Safe Childbirth Checklist Program. *PLoS One* [Internet]. 16 de maio de 2012 [citado 14 de fevereiro de 2020];7(5). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3353951/>
47. Stapleton, Susan. Birth centers. *UptoDate* (on line) [Internet]. 2017 [citado 12 de agosto de 2017]; Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/birth-centers#H17>
48. Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 25 de janeiro de 2005;(1):CD000012.
49. Hodnett ED, Downe S, Walsh D, Weston J. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 8 de setembro de 2010;(9):CD000012. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000012.pub4/full>
50. 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* [Internet]. 25 de novembro de 2011 [citado 28 de dezembro de 2021];343:d7400. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>
51. National Institute for Health Research (NIHR) Service Delivery, Organisation programme and the Department of Health Policy Research Programme. Birthplace in England Research Programme | NPEU [Internet]. Oxford Populacion Health- NPEU.

- 2020 [citado 6 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://www.npeu.ox.ac.uk/birthplace>
52. Hollowell J, Rowe R, Townend J, Knight M, Li Y, Linsell L, et al. The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. *Health Services and Delivery Research* [Internet]. 2015 [citado 27 de dezembro de 2021]; Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK311289/>
  53. Hermus MAA, Wieggers TA, Hitzert MF, Boesveld IC, van den Akker-van Marle ME, Akkermans HA, et al. The Dutch Birth Centre Study: study design of a programmatic evaluation of the effect of birth centre care in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 16 de julho de 2015;15:148.
  54. Tracy SK, Dahlen H, Caplice S, Laws P, Wang YA, Tracy MB, et al. Birth centers in Australia: a national population-based study of perinatal mortality associated with giving birth in a birth center. *Birth*. setembro de 2007;34(3):194–201.
  55. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery* [Internet]. 1º de julho de 2018 [citado 29 de julho de 2020];62:240–55. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613818300974>
  56. Hoga LAK. Casa de parto: simbologia e princípios assistenciais. *Rev Bras Enferm* [Internet]. outubro de 2004 [citado 15 de setembro de 2021];57(5):537–40. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672004000500004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500004&lng=pt&tlng=pt)
  57. Bonadio IC, Schneck CA, Pires LG, Osava RH, Silva FMB da, Oliveira SMJV de, et al. Remoções maternas da Casa do Parto de Sapopemba para hospital de referência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. dezembro de 2011 [citado 14 de fevereiro de 2020];45(6):1301–8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0080-62342011000600004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342011000600004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
  58. Rosendo R. Casa de Parto de Sapopemba realiza partos humanizados pelo SUS | Secretaria Municipal da Saúde | Prefeitura da Cidade de São Paulo [Internet]. Cidade de São Paulo Saúde. Prefeitura da Cidade de São Paulo; 2019 [citado 26 de julho de 2021]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude\\_da\\_mulher/index.php?p=272305](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_da_mulher/index.php?p=272305)
  59. Quitete JB. Atribuindo Significados as enfermeiras obstétricas: uma construção social sob a ótica das usuárias na perspectiva do interacionismo simbólico [Internet] [Doutorado (Enfermagem)]. [Rio de Janeiro]: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015. Disponível em: [https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/11139/1/TESE\\_FINAL\\_JANE\\_BAPTISTA\\_A\\_QUITETE.pdf](https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/11139/1/TESE_FINAL_JANE_BAPTISTA_QUITETE.pdf)

60. Amorim T. O resgate da formação e inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto no Brasil [Internet] [Doutorado em Enfermagem]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2010 [citado 6 de janeiro de 2022]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-10112010-085756/>
61. Gusman L. Juiz de Fora inaugura terceira Casa de Parto do país [Internet]. ACESSA.com mais comunicação. 2001 [citado 14 de fevereiro de 2020]. Disponível em: [https://www.acesa.com/cidade/arquivo/jfhoje/2001/12/13-casa\\_de\\_parto/](https://www.acesa.com/cidade/arquivo/jfhoje/2001/12/13-casa_de_parto/)
62. Azevedo LGF de. Estratégias das enfermeiras para manutenção do modelo desmedicalizado: O habitus profissional das enfermeiras obstétricas da Casa de Parto David Capistrano Filho. 1º ed. Rio de Janeiro: Novas Edições Acadêmicas; 2015. 116 p.
63. Martins A. Em 10 anos, 3,5 mil crianças nasceram na Casa de Parto de São Sebastião [Internet]. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. 2019 [citado 31 de outubro de 2020]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/em-10-anos-35-mil-criancas-nasceram-na-casa-de-parto-de-sao-sebastiao/>
64. Pereira AL de F. O processo de implantação da casa de parto no contexto do sistema único de saúde: uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci [Internet] [Doutorado em Enfermagem]. [Rio de Janeiro]: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2007 [citado 29 de agosto de 2017]. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp122061.pdf>
65. Riesco MLG, Oliveira SMJV de, Bonadio IC, Schneck CA, Silva FMBD, Diniz CSG, et al. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2009;43(spe2):1297–302.
66. Vico AF de. Avaliação da Implantação dos Centros de Parto Normal no Sistema Único de Saúde [Internet] [Dissertação(Mestrado)]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2017 [citado 28 de julho de 2019]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25239>
67. Brasil. CnesWeb - Cadastro de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2017 [citado 14 de fevereiro de 2020]. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>
68. Brasil. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos [Internet]. DATASUS. 2019 [citado 28 de julho de 2019]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=28>
69. Lopes GA, Leister N, Riesco MLG. Perineal care and outcomes in a birth center. Texto contexto - enferm [Internet]. 2019 [citado 6 de janeiro de 2022];28:e20190168. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072019000100386&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100386&tlng=en)
70. Medina ET, Mouta RJO, Silva SC de SB, Gama SGN da. Resultados maternos e neonatais dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas nos centros de parto normal no Brasil: uma revisão de escopo. Research, Society and Development [Internet].

- 10 de setembro de 2020 [citado 4 de agosto de 2021];9(9):e854997933–e854997933. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7933>
71. Boaretto MC. Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro [Internet] [Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)]. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública- FIOCRUZ; 2003. Disponível em: <https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/boarettomcm.pdf>
  72. Mouta RJO, Progiante JM. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2009;18(4):731–40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/15.pdf>
  73. Progiante JM, Mouta RJO, Santos SP dos. A inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar no Rio de Janeiro(1988-1992). *História da Enfermagem: Revista Eletrônica* [Internet]. 2011;2(2):89–104. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol2num2artigo7.pdf>
  74. Vargens OM da C, Progiante JM. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. *Rev esc enferm USP* [Internet]. março de 2004 [citado 27 de dezembro de 2021];38:46–50. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reusp/a/fLFbWrtt89rKVVwwDdBtDTJ/?lang=pt>
  75. Porfirio AB. A atualização do habitus da enfermeira obstétrica no processo de implantação do modelo humanizado na maternidade Alexander Fleming (1998-2004) [Internet] [Dissertação (Mestrado em Enfermagem)]. [Rio de Janeiro]: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011 [citado 6 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/11193>
  76. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. setembro de 2005 [citado 14 de fevereiro de 2020];10(3):699–705. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232005000300026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232005000300026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
  77. Fernandes PJ. Ato médico: versões, visões e reações de uma polêmica contemporânea das profissões da área de saúde no Brasil [Internet] [Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde)]. [Rio de Janeiro]: Casa de Oswaldo Cruz- FIOCRUZ; 2004. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6096/2/47.pdf>
  78. Souza JB. “Parto humanizado e o direito da escolha”: análise de uma audiência pública no Rio de Janeiro. *Hist cienc saude-Manguinhos* [Internet]. 18 de dezembro de 2020 [citado 17 de dezembro de 2021];27:1169–86. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/hcsm/a/9LhQpKhY3jVgm8G8rjKVshL/?lang=pt>
  79. Brasil. Conselho Federal de Medicina [Internet]. Diário Oficial da União. Seq. seção 1, Resolução CFM N° 1.718/2004 maio 3, 2004 p. 125. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2004/1718\\_2004.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2004/1718_2004.htm)

80. CREMERJ. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro [Internet]. Diário Oficial do estado do rio de Janeiro, Resolução CREMERJ nº 201/2004 out 29, 2004 p. 2. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RJ/2004/201\\_2004.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RJ/2004/201_2004.pdf)
81. Leal M do C, Gama SGN, Silva AAM, Rattner D, Moreira ME, Filha MMT, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health* [Internet]. 22 de agosto de 2012;9:15. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-9-15>
82. Vasconcellos MTL de, Silva PL do N, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB de, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saúde Pública* [Internet]. agosto de 2014 [citado 17 de dezembro de 2021];30:S49–58. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/nHsybvJ-MNBHThZpVnwrFwdw/?lang=pt>
83. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology* [Internet]. 1º de fevereiro de 2005 [citado 24 de junho de 2020];8(1):19–32. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
84. Santos CM da C, Pimenta CA de M, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. junho de 2007 [citado 24 de junho de 2020];15(3):508–11. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11692007000300023&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692007000300023&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
85. Menezes SSC de, Corrêa CG, Silva R de CG e, Cruz D de AML da, Menezes SSC de, Corrêa CG, et al. Raciocínio clínico no ensino de graduação em enfermagem: revisão de escopo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. dezembro de 2015 [citado 24 de junho de 2020];49(6):1032–9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0080-62342015000601032&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342015000601032&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
86. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016 2016. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)
87. Medeiros A. A Casa de Parto David Capistrano Filho pelas lentes de uma fotógrafa. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2018 [citado 17 de dezembro de 2021];25(4):1171–83. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3861/386157995016/html/>
88. Loiola AMR de, Alves VH, Vieira BDG, Rodrigues DP, Souza KV de, Marchiori GRS. Plano de parto como tecnologia do cuidado: experiência de puérperas em uma casa de parto. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 1º de abril de 2020 [citado 3 de agosto de 2021];25(0). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/66039>

89. Barros DBM, Costa JMB da S, Reis YAC dos, Albuquerque AC de, Felisberto E. Avaliação da coordenação do cuidado de usuários com tuberculose multidrogarresistente em Recife, Pernambuco, Brasil. *Saúde debate* [Internet]. março de 2020 [citado 17 de setembro de 2021];44(124):99–114. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042020000100099&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000100099&tlng=pt)
90. R Core Team. A language and environment for statistical computing. [Internet]. Viena/Áustria: Foundation for Statistical Computing; 2021. Disponível em: <https://www.R-project.org/>
91. Rosenbaum PR, Rubin DB. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* [Internet]. 1º de abril de 1983 [citado 25 de março de 2021];70(1):41–55. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/biomet/70.1.41>
92. Olmos A, Govindasamy P. A Practical Guide for Using Propensity Score Weighting in R. *Practical Assessment, Research, and Evaluation* [Internet]. 25 de novembro de 2019;20(1). Disponível em: <https://scholarworks.umass.edu/pare/vol20/iss1/13>
93. Patino CM, Ferreira JC, Patino CM, Ferreira JC. Propensity scores: a tool to help quantify treatment effects in observational studies. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* [Internet]. abril de 2017 [citado 25 de março de 2021];43(2):86–86. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1806-37132017000200086&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-37132017000200086&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
94. Silva AAM da. Introdução à inferência causal em epidemiologia- uma abordagem gráfica e contrafactual. 1º ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2021. 402 p.
95. Textor J, van der Zander B, Gilthorpe MS, Liškiewicz M, Ellison GTH. Robust causal inference using directed acyclic graphs: the R package ‘dagitty’. *Int J Epidemiol* [Internet]. 15 de janeiro de 2017 [citado 3 de fevereiro de 2022];dyw341. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article-lookup/doi/10.1093/ije/dyw341>
96. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/normativas-conep?view=default>

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO

<b>Dados Gerais da coleta de dados</b>	
Data da coleta de dados  __ __ / __ __ / __ __	
<b>1. Iniciais</b>	da <b>Mãe:</b> _____
<b>2. N° do prontuário da mãe:</b>  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
<b>3. N° do DNV:</b>  __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
<b>4. Idade materna:</b> _____	
<b>5. Cor da mãe:</b> 1. ( ) Branca 2. ( ) Preta 3. ( ) Parda 4. ( ) Amarela/oriental 5. ( ) Vermelha/índigena	
<b>6. Situação conjugal:</b> 1. ( ) solteira 2. ( ) casada/vive com companheiro 3. ( ) separa/divorciada 4. ( ) viúva	
<b>7. Escolaridade:</b> 1. ( ) Fundamental I 2. ( ) Fundamental II 3. ( ) Médio incompleto 4. ( ) médio completo 5. ( ) superior 6. ( ) nenhuma	
<b>8. Recém-nascido</b>	<b>1. Vivo</b> <b>2. Natimorto</b>  __
<b>3. Óbito Neonatal</b>	
<b>Dados da Internação</b>	
<b>9. Data da internação:</b>	__ __ / __ __ / __
<b>10. Hora da internação:</b>	__ __  h  __ __  min
<b>11. Tipo de saída do hospital onde foi realizado o parto:</b>	__
<b>1. Alta</b> <b>2. Transferida no pós-parto</b> <b>3. Saída à revelia</b> <b>4. Óbito</b>	

12. Data da saída da Casa de Parto:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Hospital para onde foi transferida após o parto (nome, cidade e estado)		
13.1 Motivo da transferência:		
13.2 Tipo de saída do hospital para onde foi transferida: 1. Alta 2. Saída à revelia 3. Óbito 4. Permanece internada após 42 dias da data do parto		<input type="text"/>
13.3 Data da saída do hospital para onde foi transferida	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Número da Declaração de Óbito: <input type="text"/>		
<b>Antecedentes clínico-obstétricos</b>		
15. Número de gestações anteriores: (se primeira gestação, preencha com 00)		<input type="text"/>
16. Número de abortos anteriores:		<input type="text"/>
17. Número total de partos anteriores (se primeira gestação, preencha com 00)		<input type="text"/>
18. Número consultas pré-natal: _____		
19. Mês que iniciou pré-natal: _____		
20. Participou de grupo educativo na gestação: 0. Não 1. Sim		
21. Participou de grupo educativo de preparação de parto: 0. Não 1. Sim		
22. Fez plano de parto: 0. Não 1. Sim		
23. Antecedente pessoal de risco: 0. Não 1. Sim		
24. Qual: _____		
25. Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação): 0. Não 1. Sim		
26. Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR)	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
27. Oligodramnia	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
28. Amniorrexe prematura	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>

29. Ameaça de parto prematuro	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
30. Sífilis	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
31. Infecção urinária	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
32. Outros problemas	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
33. Qual? _____ _____		
<b>Dados da Internação</b>		
34. Data da última menstruação (DUM):		<input type="text"/> /  <input type="text"/>   <input type="text"/> /  <input type="text"/>
35. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM:		<input type="text"/>   <input type="text"/>   semanas
36. Idade gestacional na admissão calculada por USG:		<input type="text"/>   <input type="text"/>   semanas
37. Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo:		<input type="text"/>   <input type="text"/>   semanas
38. Apresentação do bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação		<input type="checkbox"/>
39. Há registro de pressão arterial na admissão 1. Sim	0. Não)	<input type="checkbox"/>
40. Primeira verificação: sist (em mmhg)		sist <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>  mmhg
41. Primeira verificação: diast (em mmhg)		diast <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>  mmhg
42. Há registro de temperatura axilar na admissão: 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
43. Valor em °C		<input type="text"/>   <input type="text"/>  ,  <input type="text"/>   °C
44. Sangramento vaginal após internação e antes do parto: 0. Não 1. Sim, pequeno 2. Sim, moderado 3. Sim, intenso 4. Sim, sem especificação		<input type="checkbox"/>

<p><b>45. Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes da internação:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não</li> <li>2. Sim, líquido claro sem grumos</li> <li>3. Sim, líquido claro com grumos</li> <li>4. Sim, líquido com mecônio</li> <li>5. Sim, líquido sanguinolento</li> <li>6. Sim, líquido purulento/ fétido</li> <li>7. Sim, sem especificação</li> </ol>	<input type="checkbox"/>
<p><b>46. Dilatação do colo do útero no momento da admissão em centímetros</b></p>	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> cm
<p><b>47. Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão:</b></p>	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> contrações
<p><b>48. Batimento Cardíaco Fetal (BCF) na admissão:</b></p> <p style="text-align: right;"><b>0. Ausente 1. Presente</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>49. Qual a frequência?</b></p>	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> bpm
<p><b>50. Realizada cardiotocografia (CTG):</b> <i>(Permite mais de 1 opção)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Não</li> <li>1. Sim, antes de vir para Casa de Parto</li> <li>2. Sim, na admissão/internação</li> <li>3. Sim, no trabalho de parto</li> </ol>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p><b>51. Algum resultado da CTG alterado:</b></p> <p style="text-align: right;"><b>0. Não 1. Sim 9. Sem informação</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>52. Motivo da internação:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Internação por trabalho de parto</li> <li>2. Internação para indução do trabalho de parto</li> <li>3. Outro motivo</li> </ol>	<input type="checkbox"/>
<p><b>53. Diagnóstico na internação:</b> <i>(Permite mais de 1 opção)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trabalho de parto</li> <li>2. Amniorrexe prematura (Ruptura das membranas ovulares /Bolsa rota)</li> </ol>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

54. Outro diagnóstico. Qual?  _____	
55. Intercorrência clínica. Qual?  _____	
<b>Assistência ao trabalho de parto</b>	
56. Data da admissão/internação na Casa de Parto:	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
57. Hora da admissão/internação no PPP/Quarto (se não houver registro, marcar 00h00min):	_ _ _  h  _ _ _  min
58. Trabalho de Parto: 1. Espontâneo 2. Induzido com sucesso	<input type="checkbox"/>
59. O acompanhante estava presente: Sim 9. Sem informação 60. Quem: _____	<input type="checkbox"/>
61. Prescrição de dieta no trabalho de parto: 0. Dieta zero 1. Dieta líquida 2. Dieta livre 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>
62. Prescrição de repouso no leito no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
63. Prescrição de hidratação venosa no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
64. Colocação de acesso venoso no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
65. Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na Casa de Parto: 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
66. Enteróclise/enema (lavagem intestinal) antes do parto: 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
67. Profissional que acompanhou o trabalho de parto: ( <i>Permite mais de 1 opção</i> ) 1. Enfermeiro(a) obstetra/obstetriz 2. Enfermeiro(a) 3. Auxiliar/ técnico de enfermagem 4. Estudante 7. Outro 9. Sem informação	_ _ _   _ _ _   _ _ _

68. Presença de partograma no prontuário: 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
69. Registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma: Sim	0. Não 1.	<input type="checkbox"/>
70. Quantos? (Centímetros)		<input type="text"/>    <input type="text"/> cm
71. Registro do número de toques no partograma: 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
72. Quantos?		<input type="text"/>    <input type="text"/>
73. Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto:	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
74. Número de ampolas de 5UI/500 ml soro		<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>
75. Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina:		<input type="text"/>    <input type="text"/> cm
76. Prescrição de analgésicos durante o trabalho de parto: ( <i>Permite mais de 1 opção</i> ) 1. Não 2. Sim (buscopam, dipirona, hioscina, outros)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
77. Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor: Apresentação do bebê: 0. Não 1. Sim		
78. Banho de chuveiro		<input type="checkbox"/>
79. Banho de banheira		<input type="checkbox"/>
80. Massagem		<input type="checkbox"/>
81. Bola		<input type="checkbox"/>
121.1. Banquinho 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
82. Cavalinho		<input type="checkbox"/>
83. Outros		<input type="checkbox"/>

<p><b>84. Qual:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><b>85. Música:</b> 0. Não    1. Sim</p>	
<p><b>86. Usou lavanda no trabalho de parto:</b> 0. Não    1. Sim</p>	
<p><b>87. Outro aroma:</b> 0. Não    1. Sim</p>	
<p><b>88. Escalda pés:</b> 0. Não    1. Sim</p>	
<p><b>89. Deambulação:</b> 0. Não    1. Sim</p>	
<p><b>90. Bamboleio:</b> 0. Não    1. Sim</p>	
<p><b>91. Rebozo:</b> 0. Não    1. Sim</p>	
<p><b>94. Ruptura de membranas durante o trabalho de parto /parto:</b></p> <p>0. Não, ruptura antes da internação    <b>(vá para 87)</b></p> <p>1. Sim, ruptura espontânea</p> <p>2. Sim, ruptura artificial (feita pelos profissionais)</p> <p>3. Sim, sem informação do tipo de ruptura</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>95. Característica do líquido:</b></p> <p>1. Líquido claro sem grumos</p> <p>2. Líquido claro com grumos</p> <p>3. Líquido com mecônio</p> <p>4. Líquido sanguinolento</p> <p>5. Líquido purulento/ fétido</p> <p>6. Líquido sem especificação</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>96. Dilatação do colo do útero no momento da ruptura de membranas no parto-grama /prontuário:</b></p>	<input type="text"/>   <input type="text"/> cm
<p><b>97. Há registro no prontuário de: (Permite mais de 1 opção)</b></p> <p>1. Sofrimento fetal durante o TP</p> <p>2. Eliminação de mecônio espesso</p> <p>3. Bradicardia fetal (BCF &lt; 110)</p> <p>4. Taquicardia fetal (BCF &gt; 160)</p> <p>5. Presença de DIP 2 (desaceleração na cardiotocografia)</p> <p>6. Sem registro de alguma das alterações acima</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Dados da Assistência ao Parto</b>	
<p><b>98. Dia do parto:</b></p>	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>

99. Hora do parto:	<input type="text"/>   <input type="text"/>   horas <input type="text"/>   <input type="text"/>   min
100. O acompanhante estava presente no parto: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação	<input type="text"/>
101. Qual profissional assistiu o parto: 1. Enfermeiro (a) obstetra/obstetriz 2. Enfermeiro (a) Auxiliar/técnico de enfermagem 3. Estudante 4. outro 5. Sem informação 9.	<input type="text"/>
102. Posição da mulher no parto: 1. Litotomia (deitada de costas) 2. Deitada de lado 3. Sentada/reclinada 4. Na banheira 5. De quatro 6. De cócoras 7. De pé 9. Sem informação	<input type="text"/>
103. Horário do registro de dilatação total: (partograma ou prontuário)	<input type="text"/>   <input type="text"/>   h  <input type="text"/>   <input type="text"/>   min
104. Duração do período expulsivo registrado no prontuário:	<input type="text"/>   <input type="text"/>   h  <input type="text"/>   <input type="text"/>   min
105. Realização de episiotomia: 0. Não 1. Sim 106. Usou óleo no períneo: 0. Não 1. Sim 107. Proteção perineal (mãos no períneo): 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
108. Ocorrência de laceração vaginal/perineal 0. Não 1. 1º grau 2. 2º grau 3. 3º grau 4. 4º grau 5. Sim, sem especificação	<input type="text"/>
109. Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia ou cicatriz de episiotomia: 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
110. Realização de manobra de Kristeller: 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>



127. Ventilação com ambú + máscara 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
128. Entubação oro-traqueal 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
129. Massagem cardíaca 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
130. Drogas 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
131. Outros 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
132. Qual? _____ _____	
133. Aleitamento na primeira hora: 0. Não 1. Sim	
134. Contato pele a pele por 1 hora: 0. Não 1. Sim	
135. Clampeamento do cordão umbilical: 1. ( ) precoce 2. ( ) oportuno 3. ( ) tardio 4. ( ) sem informação	
136. Quem clampeou o cordão: 1. ( ) pai 2. ( ) avos 3. ( ) profissional 4. ( ) outros: _____ 5. ( ) sem informação	
137. Aspiração de vias aéreas superiores 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
138. Aspiração gástrica 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
139. Vitamina K (Kanakion) 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
140. Credé (colírio de nitrato de prata/iodo povidona) 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
141. Vacina contra hepatite B 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
142. Foi para incubadora	<input type="checkbox"/>
143. O bebê foi transferido/internado Não 1. Sim	0. <input type="checkbox"/>
144. Não	
145. Utilização de oxigênio após o nascimento:	
146. Hood ou circulante 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
147. Tipo de saída do local onde ocorreu o nascimento:	



<p>157.Causas de óbito registradas no prontuário: (<i>Permite mais de 1 opção</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Prematuridade extrema (&lt; 1000g)</li><li>2. Infecção</li><li>3. Sífilis congênita</li><li>4. Malformação congênita</li><li>5. Problemas respiratórios (DMH, pneumotórax, aspiração de mecônio, pneumonia, hipertensão pulmonar)</li><li>6.Outros</li></ol>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
158.Qual <hr/>										
159.Número da declaração de óbito <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>										
161. Observações: <hr/> <hr/>										

## APÊNDICE B - SUMÁRIO EXECUTIVO



Centros de Parto Normal no Brasil tem resultados positivos nos desfechos maternos e neonatais, com boas práticas na assistência obstétrica e redução das intervenções.

<https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7933>



O cuidado na casa de parto está em conformidade com as recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal

### Comparação entre modelo Casa de Parto e modelo Hospitalar

<p>Na casa de Parto as mulheres tiveram</p> <p><b>Maior chance de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter acompanhante</li> <li>• Alimentar ou tomar líquidos</li> <li>• Movimentar</li> <li>• Usar métodos não farmacológicos para alívio da dor</li> <li>• Posição verticalizada no nascimento</li> </ul> <p><b>Menor chance de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar ocitocina</li> <li>• Realizar amniotomia</li> <li>• Realizar episiotomia</li> <li>• Manobras de Kristeller</li> </ul> <p><b>Não houve diferença:</b></p> <p>Transferências maternas/internações</p>	<p>Na casa de Parto os recém-nascido tiveram</p> <p><b>Maior chance de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aleitamento exclusivo</li> </ul> <p><b>Menor chance de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiração de vias aéreas superiores</li> <li>• Aspiração gástrica.</li> </ul> <p><b>Não houve diferença:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apgar no 1º e 5º minuto</li> <li>• Manobras de reanimação</li> <li>• Transferências/internação do recém-nascido</li> </ul> <p>No Modelo Hospitalar houve 02 óbitos fetais.</p>
--	--

Em resumo, nos centros de parto normal ocorrem:

- Oferecimento de boas práticas obstétricas
- Não tem impacto negativo nos resultados da assistência obstétrica
- Uso reduzido de intervenções

**Se atualize! Casa de Parto é bom!**

## APÊNDICE C- SCRIPT NO R

---

```

install.packages("survey")
install.packages("twang")
install.packages("descr")
install.packages("MatchIt")
install.packages("Matching")
install.packages("rbounds")
install.packages("optmatch")
install.packages("tidyverse")
install.packages("epiDisplay")
install.packages("tables")
install.packages("bindrcpp")

library(survey)
library(descr)
library(tidyverse)
library(epiDisplay)
library(tables)
library(bindrcpp)

###para o escore de propensão
library(twang)
library(MatchIt)
library(Matching)

dados2<-read.csv2("COMPARACAO2AJAN.csv", sep=";", header=T)

###etiqueta local nascimento

dados2$LOCALNASC1<-factor(dados2$LOCALNASC, labels=c("Hospital","CPDCF" ))

#####passos do escore de propensão##### dados

reg1 <- glm(MNFADOR ~ LOCALNASC

            ,family = binomial(),data=dados2)
summary(reg1)
round(exp(cbind(OR = coef(reg1), confint(reg1))), 2)

reg2 <- glm(MNFADOR ~ LOCALNASC+ADOL+MAIOR19+ESC8MAIS+
            CORPT+CORPD+CORBR+PRIMIPARA+
            BIADM+DILATAINT4
            ,family = binomial(),data=dados2)
summary(reg2)
round(exp(cbind(OR = coef(reg2), confint(reg2))), 2)

##### iniciando o escore de propensão

```

```

pslog<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+ESC8MAIS+
            CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
            BIADM+DILATAINT4,
            family= binomial ( ) , data=dados2 )

summary(pslog)
round(exp(cbind(OR = coef(pslog), confint(pslog))), 2)

dados2$pslog <- predict(pslog,type="response")

# Obtendo listagem das 10 primeiras observações
head(dados2, n=5)

# Obtendo listagem das 10 últimas observações
tail(dados2, n=5)

# Verificando área de suporte comum pelo boxplot
boxplot(pslog ~ LOCALNASC1, data=dados2, ylab="Escore de propensao",
        xlab="Local de Nascimento")

# Ponderação com escore de propensão
# calculando os pesos usando ATE - Efeito médio do tratamento
# para o grupo de tratamento = 1/ps
# para o grupo-controle= 1(1-ps)

dados2$peso.ATE <- ifelse(dados2$LOCALNASC == 1, 1/dados2$pslog, 1/(1-
dados2$pslog))

# Verificando se o peso foi incorporado ao banco de dados
head(dados2, n=5)

# Checando balanceamento após a ponderação com escore de propensão

# Carregando o pacote survey para obter estimativa ponderada
library(survey)

# Variável categórica - regressão logística / contínua

design.pslog <- svydesign(ids=~1, weights=~peso.ATE, data=dados2)
glm <- svyglm(MNFADOR ~ LOCALNASC,family=binomial, design=design.pslog)
summary(glm)
round(exp(cbind(OR = coef(glm), confint(glm))), 2)

library(twang)

# usando rotina do pacote twang para verificar balanceamento
# Diferenças padronizadas absolutas entre as médias
bal.pslog <- dx.wts(x = dados2$peso.ATE, data=dados2, vars=c("ADOL","MAIOR19",

```

```

                                "ESC8MAIS","CORPT",
                                "CORPD","CORBR",
                                "PRIMIPARA",
                                "BIADM","DILATAINT4"),
treat.var="LOCALNASC", estimand = "ATE")
bal.pslog
bal <- bal.table(bal.pslog)
bal

# Efeito causal
# Regressão linear incluindo desfecho e apenas o tratamento como variável explanatória
# com ponderação pelo escore de propensão
# pacote survey - obtenção da estimativa ponderada

design.pslog <- svydesign(ids=~1,weights=~peso.ATE, data=dados2)
glm <- svyglm(MNFADOR ~ LOCALNASC, family = binomial, design=design.pslog)
summary(glm)
round(exp(cbind(OR = coef(glm), confint(glm))), 2)

# GBM
# estimativa do escore de propensão - ATE
set.seed(1)
psgbmate <- ps(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+
               CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
               BIADM+DILATAINT4,
               data = dados2, perm.test.iters=0,
               estimand = "ATE", stop.method=("es.mean"), verbose="F")

# verificando balanceamento
bal <- bal.table(psgbmate)
bal
plot(psgbmate, plots=3)

# extraindo os pesos
dados2$wate <- get.weights(psgbmate, stop.method="es.mean")
design.psate <- svydesign(ids=~1, weights=~wate, data=dados2)

# obtendo listagem do banco de dados
head(dados2, n=10)
tail(dados2, n=10)

# Efeito causal - GBM - ATE
# Regressão linear incluindo desfecho e apenas o tratamento como variável explanatória
# com ponderação pelo escore de propensão
glm1 <- svyglm(MNFADOR ~ LOCALNASC, family = binomial, design=design.psate)
summary(glm1)
round(exp(cbind(OR = coef(glm1), confint(glm1))), 2)

#####Estimando ATE #####Boas práticas

```

```

##acompanhante
glm2 <- svyglm(ACOMPATP ~ LOCALNASC, family = binomial, design=design.psate)
summary(glm2)
round(exp(cbind(OR = coef(glm2), confint(glm2))), 2)

###DIETA
glm3 <- svyglm(DIETA ~ LOCALNASC, family = binomial, design=design.psate)
summary(glm3)
round(exp(cbind(OR = coef(glm3), confint(glm3))), 2)

### MOVIMENTOUTP
glm4 <- svyglm(MOVIMENTOUTP ~ LOCALNASC, family = binomial,
design=design.psate)
summary(glm4)
round(exp(cbind(OR = coef(glm4), confint(glm4))), 2)

###POSIÇÃO NASCIMENTO
glm5 <- svyglm(POSIPARTO ~ LOCALNASC, family = binomial, design=design.psate)
summary(glm5)
round(exp(cbind(OR = coef(glm5), confint(glm5))), 2)

#### INTERVENÇÕES

##OCITOCINATP
glm6 <- svyglm(OCITOCINATP ~ LOCALNASC, family = binomial,
design=design.psate)
summary(glm6)
round(exp(cbind(OR = coef(glm6), confint(glm6))), 2)

#####AMNIOTOMIA
glm7 <- svyglm(AMNIOTOMIA ~ LOCALNASC, family = binomial,
design=design.psate)
summary(glm7)
round(exp(cbind(OR = coef(glm7), confint(glm7))), 2)

#### EPISIOTOMIA
glm8 <- svyglm(EPISIOTOMIA ~ LOCALNASC, family = binomial,
design=design.psate)
summary(glm8)
round(exp(cbind(OR = coef(glm8), confint(glm8))), 2)

####KRISTELLER
glm9 <- svyglm(KRISTELLER ~ LOCALNASC, family = binomial, design=design.psate)
summary(glm9)
round(exp(cbind(OR = coef(glm9), confint(glm9))), 2)

```

```
#### BOAS PRÁTICAS RN
```

```
##ALEITEXC
```

```
glm10 <- svyglm(ALEITEXC ~ LOCALNASC, family = binomial, design=design.psate)
summary(glm10)
round(exp(cbind(OR = coef(glm10), confint(glm10))), 2)
```

```
###INTERVENÇÕES
```

```
### AVAS
```

```
glm11 <- svyglm(AVAS ~ LOCALNASC, family = binomial, design=design.psate)
summary(glm11)
```

```
round(exp(cbind(OR = coef(glm11), confint(glm11))), 2)
```

```
###ASPGAST
```

```
glm12 <- svyglm(ASPGAST ~ LOCALNASC, family = binomial, design=design.psate)
summary(glm12)
round(exp(cbind(OR = coef(glm12), confint(glm12))), 2)
```

```
###DESFECHOS
```

```
##REANIM
```

```
glm13 <- svyglm(REANIM ~ LOCALNASC, family = binomial, design=design.psate)
summary(glm13)
round(exp(cbind(OR = coef(glm13), confint(glm13))), 2)
```

```
#### OXIGE
```

```
glm14 <- svyglm(OXIGE ~ LOCALNASC, family = binomial, design=design.psate)
summary(glm14)
round(exp(cbind(OR = coef(glm14), confint(glm14))), 2)
```

```
### AMBU
```

```
glm15 <- svyglm(AMBU ~ LOCALNASC, family = binomial, design=design.psate)
summary(glm15)
round(exp(cbind(OR = coef(glm15), confint(glm15))), 2)
```

```
### ENTUBA
```

```
glm16 <- svyglm(ENTUBA ~ LOCALNASC, family = binomial, design=design.psate)
summary(glm16)
round(exp(cbind(OR = coef(glm16), confint(glm16))), 2)
```

```
####Apgar 1 7+
```

```
glm17 <- svyglm(APGAR17 ~ LOCALNASC, family = binomial, design=design.psate)
summary(glm17)
round(exp(cbind(OR = coef(glm17), confint(glm17))), 2)
```

```
##### Apgar 5 7+
glm18 <- svyglm(APGAR57 ~ LOCALNASC, family = binomial, design=design.psate)
summary(glm18)
round(exp(cbind(OR = coef(glm18), confint(glm18))), 2)
```

```
##### transferencia RN
glm19 <- svyglm(TIPOSAIDARN ~ LOCALNASC, family = binomial,
design=design.psate)
summary(glm19)
round(exp(cbind(OR = coef(glm19), confint(glm19))), 2)
```

```
##### transferencia MAE
glm20 <- svyglm(TIPOSAIDAMAE ~ LOCALNASC, family = binomial,
design=design.psate)
summary(glm20)
round(exp(cbind(OR = coef(glm20), confint(glm20))), 2)
```

```
# 10.2. Análise de sensibilidade
```

```
# Carregando pacotes Matching e rbounds
library(Matching)
library(rbounds)
```

```
# Usando o comando attach para acessar variáveis de um banco de dados pelo nome
```

```
attach(dados2)
```

```
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
Y <- dados2$MNFADOR
Tr <- dados2$LOCALNASC
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,
          BIADM,DILATAINT4)
```

```
# Calculando escore de propensão
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+
          CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
          BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)
```

```
# Definindo início casual
set.seed(1)
```

```
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
# sem reposição - replace=FALSE
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
summary(Match)
```

```
# Análise de sensibilidade - cálculo do gama , significância do limite superior e do limite
##inferior. É considerado bem robusta ao viés oculto quando a significância
## aparece bem mais acima do ponto 1.0
## desejamos um bom pareamento e uma análise de sensibilidade robusta
## ou seja, pouco sensível a variáveis ocultas
## só assim podemos inferir causalidade
```

```
psens (Match, Gamma=40, GammaInc=5)
```

```
#####ACOMPANHANTE
```

```
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
```

```
Y <- ACOMPATP
```

```
Tr <-LOCALNASC
```

```
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,
          BIADM,DILATAINT4)
```

```
# Calculando escore de propensão
```

```
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+
          CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
          BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)
```

```
# Definindo início casual
```

```
set.seed(1)
```

```
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
```

```
# sem reposição - replace=FALSE
```

```
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
```

```
summary(Match)
```

```
psens (Match, Gamma=40, GammaInc=5)
```

```
#####DIETA
```

```
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
```

```
Y <- DIETA
```

```
Tr <-LOCALNASC
```

```
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,
          BIADM,DILATAINT4)
```

```
# Calculando escore de propensão
```

```
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+
          CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
          BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)
```

```
# Definindo início casual
```

```
set.seed(1)
```

```
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
```

```
# sem reposição - replace=FALSE
```

```
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
```

```
summary(Match)
```

```
psens (Match, Gamma=120, GammaInc=10)
```

```
#####MOVIMENTOUTP
```

```
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
```

```
Y <- MOVIMENTOUTP
```

```
Tr <-LOCALNASC
```

```
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,  
          BIADM,DILATAINT4)
```

```
# Calculando escore de propensão
```

```
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+  
          CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+  
          BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)
```

```
# Definindo início casual
```

```
set.seed(1)
```

```
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
```

```
# sem reposição - replace=FALSE
```

```
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
```

```
summary(Match)
```

```
psens (Match, Gamma=20, GammaInc=2)
```

```
#####OCITOCINATP
```

```
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
```

```
Y <- OCITOCINATP
```

```
Tr <-LOCALNASC
```

```
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,  
          BIADM,DILATAINT4)
```

```
# Calculando escore de propensão
```

```
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+  
          CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+  
          BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)
```

```
# Definindo início casual
```

```
set.seed(1)
```

```
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
```

```
# sem reposição - replace=FALSE
```

```
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
```

```
summary(Match)
```

```
psens (Match, Gamma=20, GammaInc=2)
```

```
#####AMNIOTOMIA
```

```
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
```

```

Y <- AMNIOTOMIA
Tr <- LOCALNASC
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,
          BIADM,DILATAINT4)

# Calculando escore de propensão
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+
         CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
         BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)

# Definindo início casual
set.seed(1)
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
# sem reposição - replace=FALSE
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
summary(Match)

psens (Match, Gamma=40, GammaInc=5)

#####EPISIOTOMIA
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
Y <- EPISIOTOMIA
Tr <- LOCALNASC
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,
          BIADM,DILATAINT4)

# Calculando escore de propensão
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+
         CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
         BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)

# Definindo início casual
set.seed(1)
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
# sem reposição - replace=FALSE
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
summary(Match)

psens (Match, Gamma=60, GammaInc=10)

#####KRISTELLER
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
Y <- KRISTELLER
Tr <- LOCALNASC
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,
          BIADM,DILATAINT4)

# Calculando escore de propensão
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+

```

```

CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)

# Definindo início casual
set.seed(1)
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
# sem reposição - replace=FALSE
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
summary(Match)

psens (Match, Gamma=60, GammaInc=10)

#####ALEITEXC
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
Y <- ALEITEXC
Tr <-LOCALNASC
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,
          BIADM,DILATAINT4)

# Calculando escore de propensão
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+
          CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
          BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)

# Definindo início casual
set.seed(1)
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
# sem reposição - replace=FALSE
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
summary(Match)

psens (Match, Gamma=2, GammaInc=0.5)

#####AVAS
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
Y <- AVAS
Tr <-LOCALNASC
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,
          BIADM,DILATAINT4)

# Calculando escore de propensão
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+
          CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
          BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)

# Definindo início casual
set.seed(1)
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição

```

```

# sem reposição - replace=FALSE
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
summary(Match)

psens (Match, Gamma=10, GammaInc=1)

#####ASPGAST
#Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
Y <- ASPGAST
Tr <-LOCALNASC
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,
          BIADM,DILATAINT4)

# Calculando escore de propensão
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+
          CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
          BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)

# Definindo início casual
set.seed(1)
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
# sem reposição - replace=FALSE
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
summary(Match)

psens (Match, Gamma=10, GammaInc=1)

##APGAR17
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
Y <- APGAR17
Tr <-LOCALNASC
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,
          BIADM,DILATAINT4)

# Calculando escore de propensão
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+
          CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
          BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)

# Definindo início casual
set.seed(1)
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
# sem reposição - replace=FALSE
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
summary(Match)

psens (Match, Gamma=2, GammaInc=0.1)

```

```

##APGAR57
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
Y <- APGAR57
Tr <-LOCALNASC
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,
          BIADM,DILATAINT4)

# Calculando escore de propensão
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+
         CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
         BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)

# Definindo início casual
set.seed(1)
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
# sem reposição - replace=FALSE
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
summary(Match)

psens (Match, Gamma=2, GammaInc=0.1)

###REANIM
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
Y <- REANIM
Tr <-LOCALNASC
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,
          BIADM,DILATAINT4)

# Calculando escore de propensão
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+
         CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
         BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)

# Definindo início casual
set.seed(1)
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
# sem reposição - replace=FALSE
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
summary(Match)

psens (Match, Gamma=2, GammaInc=0.1)

###OXIGE
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
Y <- OXIGE
Tr <-LOCALNASC
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,
          BIADM,DILATAINT4)

```

```

# Calculando escore de propensão
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+
        CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
        BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)

# Definindo início casual
set.seed(1)
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
# sem reposição - replace=FALSE
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
summary(Match)

psens (Match, Gamma=2, GammaInc=0.1)

###AMBU
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
Y <- AMBU
Tr <-LOCALNASC
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,
          BIADM,DILATAINT4)

# Calculando escore de propensão
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+
        CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
        BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)

# Definindo início casual
set.seed(1)
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
# sem reposição - replace=FALSE
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
summary(Match)

psens (Match, Gamma=2, GammaInc=0.1)

###ENTUBA
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
Y <- ENTUBA
Tr <-LOCALNASC
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,
          BIADM,DILATAINT4)

# Calculando escore de propensão
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+
        CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
        BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)

```

```

# Definindo início casual
set.seed(1)
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
# sem reposição - replace=FALSE
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
summary(Match)

psens (Match, Gamma=2, GammaInc=0.1)

####TIPOSAIDARN
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
Y <- TIPOSAIDARN
Tr <- LOCALNASC
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,
          BIADM,DILATAINT4)

# Calculando escore de propensão
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+
          CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
          BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)

# Definindo início casual
set.seed(1)
# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
# sem reposição - replace=FALSE
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
summary(Match)

psens (Match, Gamma=2, GammaInc=0.1)

####TIPOSAIDAMAE
# Definindo Y desfecho Tr tratamento X preditores do tratamento
Y <- TIPOSAIDAMAE
Tr <- LOCALNASC
X = cbind(ADOL,MAIOR19,CORPT,CORPD,CORBR,ESC8MAIS,PRIMIPARA,
          BIADM,DILATAINT4)

# Calculando escore de propensão
ps<- glm(LOCALNASC ~ ADOL+MAIOR19+
          CORPT+CORPD+CORBR+ESC8MAIS+PRIMIPARA+
          BIADM+DILATAINT4, family=binomial(), data=dados2)

# Definindo início casual
set.seed(1)

# Pareamento pelo escore de propensão - padrão - 1:1 estimativa do ATT com reposição
# sem reposição - replace=FALSE
Match <- Match(Y=Y, Tr=Tr, X=X, replace=FALSE)
summary(Match)

```

psens (Match, Gamma=2, GammaInc=0.1)

(1)

#### REFERÊNCIA

1. Silva AAM da. Introdução à inferência causal em epidemiologia- uma abordagem gráfica e contrafactual. 1º ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2021. 402 p.

## ANEXO A - INSTRUMENTO COLETA DE DADOS "NAS CER



## INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO

1. Dados Gerais da coleta de dados		
1. Data da coleta de dados  __ _ _ / _ _	2. Horário de início da coleta de dados  __ _ _ : _ _	
3. Nome da mãe: _____		
4. Nº do prontuário da mãe:  __ _ _   __ _ _           __ _ _ _ _ .		
5. Tipo de gestação: 1. Única 2. Gemelar (dois) 3. Gemelar (três) 4. Gemelar (quatro)		__
6. 1º Recém-nascido	1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal	__
7. 2º Recém-nascido	1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal	__
8. 3º. Recém-nascido	1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal	__
9. 4º. Recém-nascido	1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal	__
2. Dados da Internação		
10. Data da internação:		__ _ _    /           /
11. Hora da internação:		__ _ _    h           min
12. Setor para onde foi encaminhada no momento da admissão/internação:		__
1. Enfermaria/quarto 2. Pré-parto 3. PPP 4. Sala de parto 5. Centro cirúrgico obstétrico 6. UTI 9. Sem informação		



<b>23.</b> Hipertensão arterial com tratamento continuado	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>24.</b> Anemia grave ou outra hemoglobinopatia	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>25.</b> Asma	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>26.</b> Lupus ou esclerodermia	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>27.</b> Hipertireoidismo	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>28.</b> Diabetes não gestacional	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>29.</b> Doença renal crônica	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>30.</b> Convulsões/epilepsia	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>31.</b> Acidente Vascular Cerebral (AVC)	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__

<b>32.</b> Doença hepática crônica	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	_____
<b>33.</b> Doença psiquiátrica	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>34.</b> Outros	<b>0.</b> Não ( <b>vá para 36</b> ) <b>1.</b> Sim	__
<b>35.</b> Quais? _____		
<b>36. Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação):</b>		
<b>37.</b> Incompetência istmo-cervical (IIC)	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>38.</b> Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR)	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>39.</b> Oligodramnia	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>40.</b> Polidramnia	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>41.</b> Isoimunização RH	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>42.</b> Placenta prévia	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__

<b>43.</b> Descolamento prematuro de placenta (DPP)	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>44.</b> Amniorrexe prematura	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>45.</b> Diabetes gestacional	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>46.</b> Síndromes hipertensivas (HA crônica, pré-eclampsia, síndrome HELLP)	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>47.</b> Eclampsia/Convulsões	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>48.</b> Ameaça de parto prematuro	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>49.</b> Sofrimento fetal	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>50.</b> Sífilis	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>51.</b> Infecção urinária	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>52.</b> Infecção pelo HIV	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>53.</b> Toxoplasmose (que precisou tratar)	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>54.</b> Exame de cultura para streptococo na vagina e/ou ânus positivo	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>55.</b> Malformação congênita	<b>0.</b> Não ( <b>vá para 57</b> ) <b>1.</b> Sim	__
<b>56.</b> Qual? _____		
<b>57.</b> Outros problemas	<b>0.</b> Não ( <b>vá para 59</b> ) <b>1.</b> Sim	__
<b>58.</b> Qual? _____		
<b>59.</b> Cirurgia uterina anterior (miomectomia, microcesarea, outras cirurgias do corpo uterino)		__
<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim		
<b>4. Dados da Internação</b>		



<p><b>76.</b> Sangramento vaginal após internação e antes do parto:</p> <p><b>0.</b> Não</p> <p><b>1.</b> Sim, pequeno</p> <p><b>2.</b> Sim, moderado</p> <p><b>3.</b> Sim, intenso</p> <p><b>4.</b> Sim, sem especificação</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p><b>77.</b> Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes da internação:</p> <p><b>1.</b> 0. Não</p> <p><b>2.</b> 1. Sim, líquido claro sem grumos</p> <p><b>3.</b> 2. Sim, líquido claro com grumos</p> <p><b>4.</b> 3. Sim, líquido com mecônio</p> <p><b>5.</b> 4. Sim, líquido sanguinolento</p> <p><b>6.</b> 5. Sim, líquido purulento/ fétido</p> <p><b>7.</b> 6. Sim, sem especificação</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p><b>78.</b> Dilatação do colo do útero no momento da admissão: <b>(consultar instrutivo) em centímetros</b></p>	<p> __   , __  cm</p>
<p><b>79.</b> Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão:</p>	<p> __    contrações</p>
<p><b>80.</b> Batimento Cardíaco Fetal (BCF) na admissão (ou primeiro exame):</p> <p><b>0.</b> Ausente (<b>vá para 82</b>) <b>1.</b> Presente</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p><b>81.</b> Qual a frequência?</p>	<p> __   __    __  bpm</p>
<p><b>82.</b> Realizada cardiotocografia (CTG): <i>(Permite mais de 1 opção)</i></p> <p><b>0.</b> Não (<b>vá para 84</b>)</p> <p><b>1.</b> Sim, antes de vir para maternidade</p> <p><b>2.</b> Sim, na admissão/internação</p> <p><b>3.</b> Sim, no trabalho de parto</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p> <p style="text-align: center;"> __ </p> <p style="text-align: center;"> __ </p>
<p><b>83.</b> Algum resultado da CTG alterado: <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>9.</b> Sem informação</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p>
<p><b>84.</b> Realizado Dopplerfluxometria Fetal: <i>(Permite mais de 1 opção)</i></p> <p><b>0.</b> Não (<b>vá para 86</b>)</p> <p><b>1.</b> Sim, antes de vir para maternidade</p>	<p style="text-align: center;"> __ </p> <p style="text-align: center;"> __ </p>

<p><b>2.</b> Sim, na admissão/internação</p>	
--	--



<b>90.</b> Intercorrência clínica. Qual?
<b>91.</b> Houve indicação de parto cesáreo no momento da admissão/internação: <b>0. Não 1. Sim (vá para 130)</b>

<b>5. Assistência ao trabalho de parto</b>	
<b>92.</b> Data da admissão/internação no pré-parto:	
<b>93.</b> Hora da admissão/internação no pré-parto (se não houver registro, marcar 00h00min):	__ __  h  __ __  min
<b>94.</b> Trabalho de Parto: 1. Espontâneo ( <b>vá para 96</b> ) 2. Induzido sem sucesso ( <b>responda a questão 95 e depois vá para 130</b> ) 3. Induzido com sucesso 4. Não entrou em trabalho de parto ( <b>vá para 130</b> )	__
<b>95.</b> Medicamentos/método utilizados para indução do parto: ( <b>ver folha de prescrição</b> ) 1. Ocitocina 2. Misoprostol 3. Outras	__   __
<b>96.</b> O acompanhante estava presente: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação	__
<b>97.</b> Prescrição de dieta no trabalho de parto: 0. Dieta zero 1. Dieta líquida 2. Outro tipo de dieta 9. Sem informação	__
<b>98.</b> Prescrição de repouso no leito no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	__
<b>99.</b> Prescrição de hidratação venosa no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim ( <b>vá para 101</b> )	__
<b>100.</b> Colocação de acesso venoso no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	__
<b>101.</b> Prescrição de antibióticos no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	__
<b>102.</b> Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade: 0. Não 1. Sim	__
<b>103.</b> Enteroclise/enema (lavagem intestinal) antes do parto: 0. Não 1. Sim	__

<b>104.</b> Profissional que acompanhou o trabalho de parto: ( <i>Permite mais de 1 opção</i> ) <b>1.</b> Médico(a) <b>2.</b> Enfermeiro(a) obstetra/obstetiz <b>3.</b> Enfermeiro(a) <b>4.</b> Parteira tradicional <b>5.</b> Auxiliar/ técnico de enfermagem <b>6.</b> Estudante <b>7.</b> Outro <b>9.</b> Sem informação	_   _   _   _   _   _
<b>105.</b> Presença de partograma no prontuário: <b>0.</b> Não ( <b>vá para 110</b> ) <b>1.</b> Sim	_
<b>106.</b> Registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma: <b>0.</b> Não ( <b>vá para 108</b> ) <b>1.</b> Sim	_
<b>107.</b> Quantos? (Centímetros)	_   _  cm
<b>108.</b> Registro do número de toques no partograma: <b>0.</b> Não ( <b>vá para 110</b> ) <b>1.</b> Sim	_

<b>109.</b> Quantos?	_   _
<b>110.</b> Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto: <b>0.</b> Não ( <b>vá para 116</b> ) <b>1.</b> Sim	_
<b>111. Prescrição da ocitocina (anotar primeira prescrição antes do parto):</b>	
<b>112.</b> Número de ampolas de 5UI/500 ml soro	_   _
<b>113.</b> Nº de gotas/mim	_   _
<b>114.</b> Velocidade de infusão ml/hora	_   _
<b>115.</b> Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina:	_     _  cm
<b>116.</b> Prescrição de analgésicos durante o trabalho de parto: ( <i>Permite mais de 1 opção</i> ) <b>1.</b> Não <b>2.</b> Sim, opióides ( <b>dolantina, meperidina ou petidina</b> ) <b>3.</b> Sim, outras ( <b>buscopam, dipirona, hioscina, outros</b> )	_   _
<b>117. Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor:</b>	
<b>118.</b> Banho de chuveiro  <b>0.</b> Não  <b>1.</b> Sim	_

<b>119.</b> Banho de banheira	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>120.</b> Massagem	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>121.</b> Bola	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>121.1.</b> Banquinho	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>122.</b> Cavalinho	<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	__
<b>123.</b> Outros	<b>0.</b> Não ( <b>vá para 125</b> ) <b>1.</b> Sim	__
<b>124.</b> Qual:		
<b>125.</b> Utilização de analgesia durante o trabalho de parto: <b>0.</b> Não <b>1.</b> Peridural <b>2.</b> Raqui <b>3.</b> Peri+Raqui (combinado) <b>4.</b> Geral		__
<b>126.</b> Ruptura de membranas durante o trabalho de parto /parto: <b>0.</b> Não, ruptura antes da internação ( <b>vá para 129</b> ) <b>1.</b> Sim, ruptura espontânea <b>2.</b> Sim, ruptura artificial (feita pelos profissionais) <b>3.</b> Sim, sem informação do tipo de ruptura		__
<b>127.</b> Característica do líquido: <b>1.</b> Líquido claro sem grumos <b>2.</b> Líquido claro com grumos <b>3.</b> Líquido com mecônio <b>4.</b> Líquido sanguinolento <b>5.</b> Líquido purulento/ fétido <b>6.</b> Líquido sem especificação		__
<b>128.</b> Dilatação do colo do útero no momento da ruptura de membranas no partograma /prontuário:		__   __ ,   __ cm
<b>129.</b> Há registro no prontuário de: ( <i>Permite mais de 1 opção</i> ) <b>1.</b> Sofrimento fetal durante o TP <b>2.</b> Eliminação de mecônio espesso <b>3.</b> Bradicardia fetal (BCF < 110) <b>4.</b> Taquicardia fetal (BCF > 160) <b>5.</b> Presença de DIP 2 (desaceleração na cardiotocografia) <b>6.</b> Sem registro de alguma das alterações acima		__   __   __   __   __

6. Dados da Assistência ao Parto		
130. Dia do parto:	__ __ / __	/ __
131. Hora do parto:	__ __  horas	__ __  min
132. O acompanhante estava presente no parto: Sim 9. Sem informação	0. Não 1.	__
133. Tipo de parto  caso de gemelar, com parto normal e cesárea, preencher as questões relativas aos dois tipos de parto)	1. Vaginal (inclui fórceps) 2. Cesáreo (vá para 146)	__   __
134. Uso de fórceps/vácuo extrator: Fórceps extrator	0. Não 1. 2. Vácuo-	__
135. Qual profissional assistiu o parto:  1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetiz Enfermeiro (a) 4. Parteira tradicional 5. Auxiliar/técnico de enfermagem 6. Estudante 7. outro 9. Sem informação	3.	__
136. Posição da mulher no parto:  1. Litotomia (deitada de costas) 2. Deitada de lado 3. Sentada/reclinada 4. Na banheira 5. De quatro 6. De cócoras 7. De pé 9. Sem informação		__

137. Horário do registro de dilatação total: (partograma ou prontuário)	__ __  h  __ __  min
138. Duração do período expulsivo registrado no prontuário:	__ __  h  __ __  min
139. Realização de episiotomia:  0. Não 1. Sim	__
140. Ocorrência de laceração vaginal/perineal  0. Não 1. 1º grau 2. 2º grau 3. 3º grau 4. 4º grau 5. Sim, sem especificação	__

<b>141.</b> Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia ou cicatriz de episiotomia: <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	_
<b>142.</b> Realização de manobra de Kristeller: <b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim	_
<b>143.</b> Alguma complicação no parto e/ou pós-parto imediato: <i>(Permite mais de 1 opção)</i> <b>0.</b> Não <b>1.</b> Distócia de ombro <b>2.</b> Prolapso de cordão <b>3.</b> Ruptura uterina <b>4.</b> Período expulsivo prolongado <b>5.</b> Atonia uterina <b>6.</b> Placenta retida <b>7.</b> Outros ( <b>responda a 144</b> )	_   _   _   _   _   _
<b>144.</b> Qual?	
<b>145.</b> Utilização de anestesia: <b>0.</b> Não <b>1.</b> Peridural <b>2.</b> Raquidiana <b>3.</b> Peri+Raqui ( <b>combinado</b> ) <b>4.</b> Geral <b>5.</b> Local <b>6.</b> Locorregional/nervo pudendo <b>9.</b> Sem informação <b>(Se parto vaginal não preencher o bloco 7 - vá para o bloco "Dados sobre Near MissMaterno", questão 156)</b>	_
<b>7. Indicação da cesariana</b>	
<b>146.</b> Informações do obstetra: <b>(Ver folha ou relato da cirurgia. Registrar na mesma ordem da folha de descrição cirúrgica)</b>	
<b>147.1</b> Informação do obstetra: <b>01.</b> Cesariana anterior/Iteratividade <b>02.</b> Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) <b>03.</b> Parada de Progressão <b>04.</b> Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) <b>05.</b> Placenta prévia <b>06.</b> Sofrimento fetal/CIUR <b>07.</b> Infecção pelo HIV <b>08.</b> Apresentação pélvica (sentado) <b>09.</b> Apresentação córmica (atravessado)	

<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Laqueadura tubária</li> <li>11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia</li> <li>12. Eclampsia</li> <li>13. Síndrome HELLP</li> <li>14. Diabetes</li> <li>15. Oligodramnia</li> <li>16. Gemelaridade</li> <li>17. Prematuridade</li> <li>18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</li> <li>19. Macrossomia</li> <li>20. Falha de indução</li> <li>21. Mal formação</li> <li>22. Óbito fetal</li> <li>23. Amniorrexe prematura</li> <li>24. Intercorrências clínicas</li> <li>25. Sem informação no prontuário</li> <li>26. Outra (<b>responda a 148</b>)</li> </ol>	_
<b>148.</b> Outra. Qual?	
<b>149.</b> 2ª Informação do obstetra: <ol style="list-style-type: none"> <li>01. Cesariana anterior/Iteratividade</li> <li>02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)</li> <li>03. Parada de Progressão</li> <li>04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)</li> <li>05. Placenta prévia</li> <li>06. Sofrimento fetal/CIUR</li> <li>07. Infecção pelo HIV</li> <li>08. Apresentação pélvica (sentado)</li> </ol>	_

<ul style="list-style-type: none"><li>09. Apresentação córmica (atravessado)</li><li>10. Laqueadura tubária</li><li>11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia</li><li>12. Eclampsia</li><li>13. Síndrome HELLP</li><li>14. Diabetes</li><li>15. Oligodramnia</li><li>16. Gemelaridade</li><li>17. Prematuridade</li><li>18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</li><li>19. Macrossomia</li><li>20. Falha de indução</li><li>21. Mal formação</li><li>22. Óbito fetal</li><li>23. Amniorrexe prematura</li><li>24. Intercorrências clínicas</li><li>25. Sem informação no prontuário</li><li>26. Outra (<b>responda a 150</b>)</li></ul>	
<b>150.</b> Outra. Qual?  _	

<p><b>151. 3ª</b> Informação do obstetra:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>01.</b> Cesariana anterior/Iteratividade</li> <li><b>02.</b> Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)</li> <li><b>03.</b> Parada de Progressão</li> <li><b>04.</b> Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)</li> <li><b>05.</b> Placenta prévia</li> <li><b>06.</b> Sofrimento fetal/CIUR</li> <li><b>07.</b> Infecção pelo HIV</li> <li><b>08.</b> Apresentação pélvica (sentado)</li> <li><b>09.</b> Apresentação córmica (atravessado)</li> <li><b>10.</b> Laqueadura tubária</li> <li><b>11.</b> Hipertensão arterial/Pré-eclampsia</li> <li><b>12.</b> Eclampsia</li> <li><b>13.</b> Síndrome HELLP</li> <li><b>14.</b> Diabetes</li> <li><b>15.</b> Oligodramnia</li> <li><b>16.</b> Gemelaridade</li> </ol>	_
<ol style="list-style-type: none"> <li><b>17.</b> Prematuridade</li> <li><b>18.</b> Pós-maturidade/Gravidez prolongada</li> <li><b>19.</b> Macrossomia</li> <li><b>20.</b> Falha de indução</li> <li><b>21.</b> Mal formação</li> <li><b>22.</b> Óbito fetal</li> <li><b>23.</b> Amniorrexe prematura</li> <li><b>24.</b> Intercorrências clínicas</li> <li><b>25.</b> Sem informação no prontuário</li> <li><b>26.</b> Outra (<b>responda a 152</b>)</li> </ol>	
<p><b>152.</b> Outra. Qual?</p>	

<p><b>153.</b> 4ª Informação do obstetra:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>01. Cesariana anterior/Iteratividade</li> <li>02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)</li> <li>03. Parada de Progressão</li> <li>04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)</li> <li>05. Placenta prévia</li> <li>06. Sofrimento fetal/CIUR</li> <li>07. Infecção pelo HIV</li> <li>08. Apresentação pélvica (sentado)</li> <li>09. Apresentação córmica (atravessado)</li> <li>10. Laqueadura tubária</li> <li>11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia</li> <li>12. Eclampsia</li> <li>13. Síndrome HELLP</li> <li>14. Diabetes</li> <li>15. Oligodramnia</li> <li>16. Gemelaridade</li> <li>17. Prematuridade</li> <li>18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</li> <li>19. Macrossomia</li> <li>20. Falha de indução</li> <li>21. Mal formação</li> <li>22. Óbito fetal</li> <li>23. Amniorrexe prematura</li> <li>24. Intercorrências clínicas</li> </ol>	_
<ol style="list-style-type: none"> <li>25. Sem informação no prontuário</li> <li>26. Outra (<b>responda a 154</b>)</li> </ol>	
<p><b>154.</b> Outra. Qual?</p> <hr/>	
<p><b>155.</b> Tipo de anestesia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peridural</li> <li>2. Raqui</li> <li>3. Peri+Raqui</li> <li>(combinado)</li> <li>4. Geral</li> </ol>	_
<p><b>8. Dados sobre Near Miss Materno</b></p>	

<b>156. Apresentou alguma das seguintes alterações clínicas, em algum momento da internação:</b>	
<b>157. Cianose aguda</b>	__
<b>0. Não 1. Sim</b>	
<b>158. Respiração agônica (gasping)</b>	__
<b>0. Não 1. Sim</b>	
<b>159. Frequência respiratória (FR) &gt; 40 ou &lt; 6 ipm</b>	__
<b>0. Não 1. Sim</b>	
<b>160. Choque</b>	__
<b>0. Não 1. Sim</b>	
<b>161. Oligúria não responsiva à hidratação e medicamentos</b>	__
<b>0. Não 1. Sim</b>	
<b>162. Distúrbio de coagulação</b>	__
<b>0. Não 1. Sim</b>	
<b>163. Icterícia na presença de pré-eclâmpsia</b>	__
<b>0. Não 1. Sim</b>	
<b>164. Convulsões reentrantes/paralisia total</b>	__
<b>0. Não 1. Sim</b>	
<b>165. AVC</b>	__
<b>0. Não 1. Sim</b>	
<b>166. Perda da consciência maior que 12 horas</b>	__
<b>0. Não 1. Sim</b>	
<b>167. Perda da consciência associada a ausência de pulso</b>	__
<b>0. Não 1. Sim</b>	
<b>168. Apresentou alguma das seguintes alterações laboratoriais, em algum momento da internação:</b>	
<b>169. Saturação de O<sub>2</sub> &lt; 90% por mais de 60 minutos</b>	__
<b>0. Não 1. Sim</b>	
<b>170. PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> &lt; 200 mmHg</b>	__
<b>0. Não 1. Sim</b>	
<b>171. Creatinina ≥ 3,5 mg/dl</b>	__
<b>0. Não 1. Sim</b>	
<b>172. Bilirrubina &gt; 6 mg/dl</b>	__
<b>0. Não 1. Sim</b>	





<ol style="list-style-type: none"><li>10. Laqueadura tubária</li><li>11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia</li><li>12. Eclâmpsia</li><li>13. Síndrome HELLP</li><li>14. Diabetes</li><li>15. Oligodramnia</li><li>16. Gemelaridade</li><li>17. Prematuridade</li><li>18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</li><li>19. Macrossomia</li><li>20. Falha de indução</li><li>21. Mal formação</li><li>22. Óbito fetal</li><li>23. Amniorrexe prematura</li><li>24. Intercorrência clínicas</li><li>25. Sem informação no prontuário</li><li>26. Não se aplica – parto vaginal</li><li>27. Outra (<b>responda a 202</b>)</li></ol>	_
<b>202.</b> Qual?	

<p><b>203. 2ª informação:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>01.</b> Cesariana anterior/Iteratividade</li> <li><b>02.</b> Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)</li> <li><b>03.</b> Parada de Progressão</li> <li><b>04.</b> Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP)</li> <li><b>05.</b> Placenta prévia</li> <li><b>06.</b> Sofrimento fetal / CIUR</li> <li><b>07.</b> Infecção pelo HIV</li> <li><b>08.</b> Apresentação pélvica</li> <li><b>09.</b> Apresentação córmica</li> <li><b>10.</b> Laqueadura tubária</li> <li><b>11.</b> Hipertensão arterial/Pré-eclampsia</li> <li><b>12.</b> Eclampsia</li> <li><b>13.</b> Síndrome HELLP</li> <li><b>14.</b> Diabetes</li> <li><b>15.</b> Oligodramnia</li> <li><b>16.</b> Gemelaridade</li> <li><b>17.</b> Prematuridade</li> </ol>	<p style="text-align: right;"> _ </p>
<ol style="list-style-type: none"> <li><b>18.</b> Pós-maturidade/Gravidez prolongada</li> <li><b>19.</b> Macrossomia</li> <li><b>20.</b> Falha de indução</li> <li><b>21.</b> Malformação</li> <li><b>22.</b> Óbito fetal</li> <li><b>23.</b> Amniorrexe prematura</li> <li><b>24.</b> Intercorrências clínicas</li> <li><b>25.</b> Sem informação no prontuário</li> <li><b>26.</b> Não se aplica – parto vaginal</li> <li><b>27.</b> Outra (<b>responda a 204</b>)</li> </ol>	
<p><b>204.</b> Qual?</p>	

<p><b>205.</b> 3ª informação:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>01. Cesariana anterior/Iteratividade</li> <li>02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)</li> <li>03. Parada de Progressão</li> <li>04. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP)</li> <li>05. Placenta prévia</li> <li>06. Sofrimento fetal / CIUR</li> <li>07. Infecção pelo HIV</li> <li>08. Apresentação pélvica</li> <li>09. Apresentação córmica</li> <li>10. Laqueadura tubária</li> <li>11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia</li> <li>12. Eclampsia</li> <li>13. Síndrome HELLP</li> <li>14. Diabetes</li> <li>15. Oligodramnia</li> <li>16. Gemelaridade</li> <li>17. Prematuridade</li> <li>18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</li> <li>19. Macrossomia</li> <li>20. Falha de indução</li> <li>21. Malformação</li> <li>22. Óbito fetal</li> <li>23. Amniorrexe prematura</li> <li>24. Intercorrências clínicas</li> <li>25. Sem informação no prontuário</li> </ol>	_
---	---

26. Não se aplica – parto vaginal

27. Outra (**responda a 206**)

**206.** Qual?

<p><b>207. 4ª informação:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>01. Cesariana anterior/Iteratividade</li> <li>02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)</li> <li>03. Parada de Progressão</li> <li>04. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP)</li> <li>05. Placenta prévia</li> <li>06. Sofrimento fetal / CIUR</li> <li>07. Infecção pelo HIV</li> <li>08. Apresentação pélvica</li> <li>09. Apresentação córmica</li> <li>10. Laqueadura tubária</li> <li>11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia</li> <li>12. Eclampsia</li> <li>13. Síndrome HELLP</li> <li>14. Diabetes</li> <li>15. Oligodramnia</li> <li>16. Gemelaridade</li> <li>17. Prematuridade</li> <li>18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</li> <li>19. Macrossomia</li> <li>20. Falha de indução</li> <li>21. Malformação</li> <li>22. Óbito fetal</li> <li>23. Aminiorrexe prematura</li> <li>24. Intercorrências clínicas</li> <li>25. Sem informação no prontuário</li> <li>26. Não se aplica – parto vaginal</li> <li>27. Outra (<b>responda a 208</b>)</li> </ol>	_
<p><b>208. Qual?</b></p>	
<p><b>209. Apgar no 1º. Minuto</b></p>	_ _
<p><b>210. Apgar no 5º. Minuto</b></p>	_ _
<p><b>10. Dados do recém-nato – 2ª parte</b></p>	

<b>211. Manobras de reanimação na sala de parto</b>			
<b>212.</b> O <sub>2</sub> inalatório	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>213.</b> Ventilação com ambú + máscara	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>214.</b> Entubação oro-traqueal	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>215.</b> Massagem cardíaca	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>216.</b> Drogas	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>217.</b> Outros	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>218.</b> Qual?			
<b>219. Outros procedimentos realizados na primeira hora após o nascimento:</b>			
<b>220.</b> Aspiração de vias aéreas superiores	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>221.</b> Aspiração gástrica	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>222.</b> Vitamina K (Kanakion)	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>223.</b> Credé (colírio de nitrato de prata)	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>224.</b> Vacina contra hepatite B	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>225.</b> Foi para incubadora	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>226.</b> O bebê foi internado?	<b>0.</b> Não (vá para 256) <b>1.</b> Sim		__
<b>227. Utilização de oxigênio após o nascimento:</b>			
<b>228.</b> Hood ou circulante	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>229.</b> CPAP	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>230.</b> Ventilação mecânica	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>231.</b> Com 28 dias de vida estava em oxigenioterapia (qualquer tipo):			__
<b>0.</b> Não <b>1.</b> Sim <b>8.</b> Não estava mais internado			__



<b>248.</b> Toxoplasmose	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>249.</b> Rubéola congênita	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>250.</b> Herpes	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>251.</b> Citomegalovírus	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>252.</b> Sífilis congênita	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>253.</b> Criança exposta ao HIV	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>254.</b> Outros	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim	__
<b>255.</b> Qual ?			

<b>256.</b> Uso de aleitamento matern exclusivo: o <b>para 258)</b>	<b>0.</b> Não	<b>1.</b> Sim (vá	__
<b>257.</b> Outros alimentos que recebeu durante a internação ( <i>Permite mais de 1 opção</i> )			
1. Água			__
2. Soro glicosado/ Glicose via oral (chuca com açúcar)			__
3. Leite humano ordenhado			__
4. Leite artificial			__
5. Nutrição Parenteral (NPT)			__
<b>258.</b> Tipo de saída do hospital onde ocorreu o nascimento:			
<b>0.</b> Continua internado aos 28 dias de vida ( <b>vá para 264</b> )			__
<b>1.</b> Alta <b>2.</b> Óbito <b>3.</b> Transferência para outro hospital ( <b>vá para questão 260</b> )			
<b>259.</b> Data da saída:	<b>(Se óbito, vá para 261; se alta, vá para 264)</b>		__
<b>60.</b> Hospital para onde foi transferido (nome, cidade, estado):			
_____			
<b>260.1</b> Motivo da transferência:			



## ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UERJ

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** RESULTADOS PERINATAIS, BOAS PRÁTICAS E INTERVENÇÕES DO MODELO DE PARTO ADOTADO NA CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO-RJ

**Pesquisador:** EDYMARA TATAGIBA MEDINA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 10953719.5.0000.5282

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.316.926

#### Apresentação do Projeto:

Estudo epidemiológico transversal de base hospitalar que utilizará dados documentais referentes a: características sociodemográficas; dados da internação; dados da alta; antecedentes clínico-obstétricos; assistência ao trabalho de parto; assistência ao parto; dados do recém-nato 1ª parte; dados do recém-nato 2ª parte. Neste sentido, os participantes serão puérperas e seus conceitos que tiveram partos normais na Casa de Parto David Capistrano Filho do Rio de Janeiro (Instituição co-participante), classificadas como de risco habitual no período de 2004 a 2019.

Para a coleta será utilizado um formulário eletrônico, no período de junho a dezembro de 2019, utilizando o Programa Excell, do Microsoft Office, que ficará disponível para a direção da unidade. Os dados serão processados, organizados, tratados e tabulados por computador, utilizando o Programa Microsoft® Office Excel® 2010, em forma de planilhas, gráficos e tabelas. Posteriormente serão analisados no software R. O R

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Analisar os resultados perinatais, as boas práticas e as intervenções do modelo de parto adotado na Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ (CPDCF-RJ) comparados com o de outros modelos de assistência em mulheres de risco habitual atendidas em hospitais públicos da Região Sudeste

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018  
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: e5cs@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.316.926

constante na base de dados da pesquisa Nascer no Brasil.

**Objetivo Secundário:**

Descrever o perfil de cuidado oferecido pela Casa de Parto David Capistrano Filho do Rio de Janeiro e identificar as boas práticas e as intervenções materna e no recém-nascido, realizadas na CPDCFRJ. Comparar os resultados perinatais, as boas práticas e as intervenções do Modelo de parto adotado na CPDCF-RJ com o de outros modelos assistenciais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A análise de risco é componente imprescindível a análise ética, portanto deve ser priorizado na pesquisa. Neste estudo os riscos serão minimizados, por serem dados retrospectivos, colhidos em prontuário. Foi solicitado a dispensa do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) e assinado um Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD), onde me comprometendo com a Integridade, confidencialidade e guarda das informações e dados coletados.

**Benefícios:**

A Casa de Parto David Capistrano Filho continua sendo a única Casa de Parto do Estado do Rio de Janeiro. Oferece a possibilidade às mulheres de vivenciarem um parto natural, respeitoso, assistindo a mulher no pré-natal, no parto, e no acompanhamento pós-natal com integralidade, com o envolvimento das famílias no cuidado. Para a enfermagem obstétrica é um espaço de autonomia profissional e para a academia é um espaço de formação para as novas gerações de enfermeiras obstétricas, comprometidas com a humanização do cuidado. Ela tem sido cenário para muitos estudos nos últimos anos, mas apenas três publicações com abordagem quantitativa, foram localizadas desde 2008<sup>35,36,37</sup>. Em um deles é abordada a assistência pré-natal, no período de maio a setembro de 2005 e os outros dois apontam indicadores da assistência, sendo um relativo aos anos de 2008-2009 e o outro sobre os indicadores gerenciais desenvolvidos pela Casa de Parto, no período de março de 2004 a dezembro de 2009. Assim, o estudo proposto se justifica porque a partir dele será possível demonstrar a qualidade e segurança do modelo de parto adotado pela Casa de Parto, por meio dos indicadores analisados. Os resultados também poderão ajudar a diminuir as incertezas a respeito do modelo Casa de Parto e, com isso, subsidiar os gestores nas três esferas

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL. E 3ºand. SI 3018  
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-000  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br)

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.316.926

federativas, assim como às associações profissionais na construção de políticas públicas e/ou de diretrizes nacionais sobre a assistência ao parto normal de risco habitual em nosso país. Este estudo ainda será capaz de promover o desenvolvimento de uma rede de pesquisadores, que poderão pesquisar lacunas que este estudo apontar, agregando valores que ajudem a implementar um modelo de cuidado baseado em evidências, que promove qualidade, eficácia, segurança do paciente e respeita os direitos das mulheres e suas famílias. Os resultados deste estudo serão disponibilizados para comunidades científicas, gerentes de sistemas de saúde e profissionais de saúde, bem como à população em geral, com particular ênfase nas mulheres em idade reprodutiva e suas famílias.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e condizente com as normas éticas da Resolução 466/12.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto assinada pela diretora da FENF UERJ

Apresenta orçamento detalhado

Cronograma com coleta de dados prevista para segundo semestre de 2019

Carta de anuência da Instituição

Apresenta termo de compromisso de utilização de dados, e apresenta a carta de anuência do setor responsável pela guarda dos prontuários da Instituição

Inserir a unidade hospitalar como Instituição co-participante, conforme requisito descrito na carta de anuência da diretora.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para maio de 2020. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 5ºand. SI 3018  
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.316.905

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE INFORMações BÁSICAS DO PROJETO 1317712.pdf	26/04/2019 22:57:04		Acelto
Outros	Carta_anuenda_adm.pdf	26/04/2019 22:56:41	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Outros	Carta_anuenda_direcao.pdf	26/04/2019 22:56:03	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Outros	carata_resposta_pendencias.pdf	26/04/2019 22:53:35	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	19/03/2019 21:34:59	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	19/03/2019 16:03:47	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO_PESQUISA.docx	19/03/2019 16:01:38	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	19/03/2019 16:01:24	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Outros	Carta_anuenda.pdf	19/03/2019 15:57:55	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Outros	TCUD.pdf	19/03/2019 15:57:01	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Isencao_TCE.pdf	19/03/2019 15:55:18	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

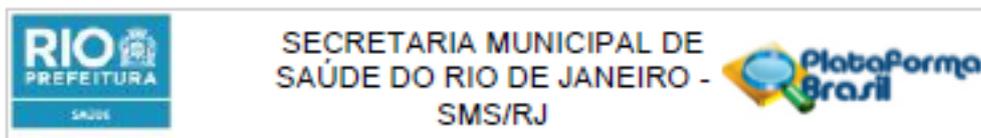
Não

RIO DE JANEIRO, 09 de Maio de 2019

Assinado por:  
Patricia Fernandes Campos de Moraes  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 5ºand. SI 3018  
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

## ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/SMS-RJ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** RESULTADOS PERINATAIS, BOAS PRÁTICAS E INTERVENÇÕES DO MODELO DE PARTO ADOTADO NA CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO-RJ

**Pesquisador:** EDYMARA TATAGIBA MEDINA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 10953719.5.3001.5279

**Instituição Proponente:** SMS CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO AP 51

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.450.662

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de pesquisa da Faculdade de Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em que se pretende realizar um estudo transversal, de base hospitalar, com objetivo de analisar os resultados perinatais, as boas práticas e as intervenções do Modelo de Parto adotado na Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ, do município do RJ.

**Objetivo da Pesquisa:**

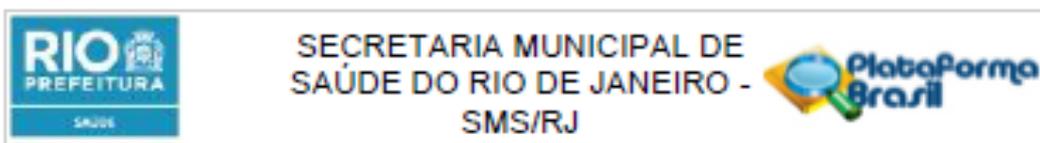
**OBJETIVO GERAL:**

Analisar os resultados perinatais, as boas práticas e as intervenções do modelo de parto adotado na Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ (CPDCF-RJ) comparados com o de outros modelos de assistência em mulheres de risco habitual atendidas em hospitais públicos da Região Sudeste constante na base de dados da pesquisa Nascer no Brasil.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Descrever o perfil de cuidado oferecido pela Casa de Parto David Capistrano Filho do Rio de Janeiro;
- Identificar as boas práticas e as intervenções materna e no recém-nascido, realizadas na CPDCF-

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 3.450.002

RJ;

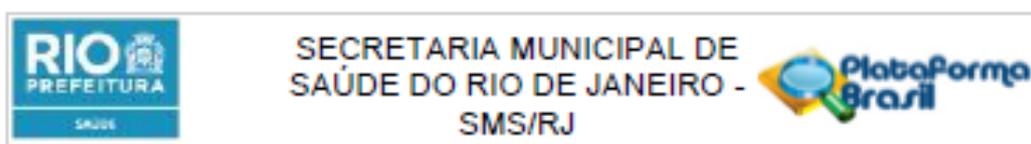
- Comparar os resultados perinatais, as boas práticas e as intervenções do Modelo de parto adotado na CPDCF-RJ com o de outros modelos assistenciais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora apresentou como riscos: "A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, portanto deve ser priorizado na pesquisa. Neste estudo os riscos serão minimizados, por serem dados retrospectivos, colhidos em prontuário. Foi solicitado a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinado um Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD), onde me comprometendo com a integridade, confidencialidade e guarda das informações e dados coletados."

E como benefícios: "A Casa de Parto David Capistrano Filho continua sendo a única Casa de Parto do Estado do Rio de Janeiro. Oferece a possibilidade às mulheres de vivenciarem um parto natural, respeitoso, assistindo a mulher no pré-natal, no parto, e no acompanhamento pós-natal com integralidade, com o envolvimento das famílias no cuidado. Para a enfermagem obstétrica é um espaço de autonomia profissional e para a academia é um espaço de formação para as novas gerações de enfermeiras obstétricas, comprometidas com a humanização do cuidado. Ela tem sido cenário para muitos estudos nos últimos anos, mas apenas três publicações com abordagem quantitativa, foram localizadas desde 2008<sup>35,36,37</sup>. Em um deles é abordada a assistência pré-natal, no período de maio a setembro de 2005 e os outros dois apontam indicadores da assistência, sendo um relativo aos anos de 2008-2009 e o outro sobre os indicadores gerenciais desenvolvidos pela Casa de Parto, no período de março de 2004 a dezembro de 2009. Assim, o estudo proposto se justifica porque a partir dele será possível demonstrar a qualidade e segurança do modelo de parto adotado pela Casa de Parto, por meio dos indicadores analisados. Os resultados também poderão ajudar a diminuir as incertezas a respeito do modelo Casa de Parto e, com isso, subsidiar os gestores nas três esferas federativas, assim como às associações na construção de políticas públicas e/ou de diretrizes nacionais sobre a assistência ao parto normal de risco habitual em nosso país. Este estudo ainda será capaz de promover o desenvolvimento de uma rede de pesquisadores, que poderão pesquisar lacunas que este estudo apontar, agregando valores que ajudem a implementar um modelo de cuidado baseado em evidências, que promove qualidade, eficácia, segurança do paciente e respeita os direitos das mulheres e suas famílias. Os resultados deste estudo serão disponibilizados para comunidades científicas, gerentes de sistemas de saúde e profissionais de saúde, bem como à população em geral, com particular ênfase nas

Endereço: Rua Evaristo de Veiga, 16, 4º andar  
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepemsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 3.480.662

mulheres em idade reprodutiva e suas famílias”.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisadora responsável atendeu às exigências das pendências solicitadas, conforme as Resoluções CNS nº 465/12 e nº 580/18.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram atendidas todas as pendências documentais e esclarecido quanto a utilização do Banco de dados, pois ao que se refere a coleta de dados, a pesquisadora responsável descreve que: Os dados serão coletados através de formulário eletrônico, no período de junho a dezembro de 2018, conforme cronograma do estudo. Após a coleta será criado um banco de dados da Casa de Parto David Capistrano Filho, utilizará o Programa Excell, do Microsoft Office, que ficará disponível para a direção da unidade.

Para as informações das características sociodemográficas será utilizado a base de dados do SINASC/DATASUS, cujas informações são de domínio público e se encontram disponíveis em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/Index.php?area=0901&item=1&acao=28&pad=31655>

As variáveis analisadas serão: características sociodemográficas; dados da Internação; dados da alta; antecedentes clínico-obstétricos; assistência ao trabalho de parto; assistência ao parto; dados do recém-nato 1ª parte; dados do recém-nato 2ª parte.

E ainda, foram incluídos os Critérios de inclusão, que são: mulheres com gestação de risco habitual, em acompanhamento da gestação na unidade, com idade gestacional de 37 a 41sem e 3dias, em apresentação cefálica, que pariram na Casa de Parto David Capistrano Filho no período de março de 2004 a dezembro de 2018. E os Critérios de exclusão: mulheres que não faziam o acompanhamento da gestação na unidade e foram mulheres que foram admitidas em período expulsivo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

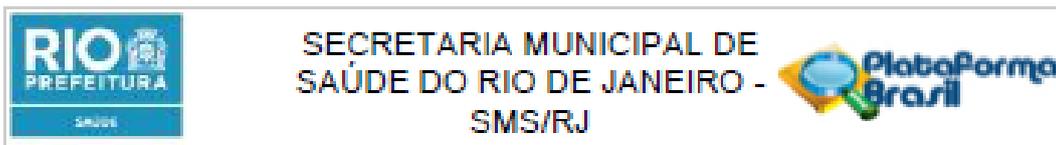
O presente projeto de pesquisa encontra-se aprovado, contemplando os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado na Casa de Parto David Capistrano Filho, da CAP 5.1, da Secretaria Municipal de Saúde-RJ.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 3.453.682

constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Item IV.3.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar				
Bairro: Centro		CEP: 20.031-040		
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO			
Telefone: (21)2215-1485		E-mail: cepemsrj@yahoo.com.br		



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -  
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.450.902

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1353470.pdf	01/07/2019 10:59:52		Acelto
Outros	Curriculo Lattes Edymara medina_6159685300836305.pdf	01/07/2019 02:39:09	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Outros	Declaracao_Negativa_de_custos_SMS.pdf	01/07/2019 02:37:04	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Outros	CARTA_RESPOSTA_PENDENCIAS_SMS.pdf	01/07/2019 02:34:34	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA_MODIFICADO.docx	01/07/2019 02:33:25	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Brochura Pesquisa	PROJETO_MODIFICADO_SMS.docx	01/07/2019 02:28:46	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Outros	Carta_anuencia_adm.pdf	25/04/2019 22:56:41	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Outros	Carta_anuencia_direcao.pdf	25/04/2019 22:56:03	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Outros	carata_resposta_pendencias.pdf	25/04/2019 22:53:35	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	19/03/2019 16:03:47	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Outros	Carta_anuencia.pdf	19/03/2019 15:57:55	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Outros	TCUD.pdf	19/03/2019 15:57:01	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Isencao_TCLE.pdf	19/03/2019 15:55:18	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

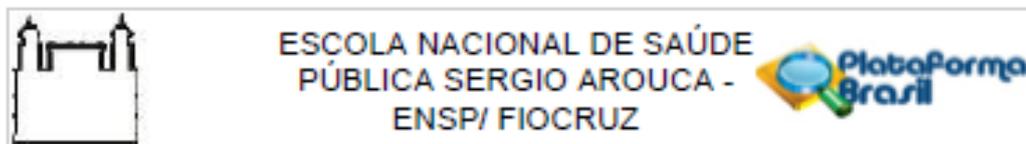
Não

RIO DE JANEIRO, 11 de Julho de 2019

Assinado por:  
Salesia Felipe de Oliveira  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Everisto da Veiga, 16, 4º andar  
Bairro: Centro CEP: 20.031-040  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepemsr@yahoo.com.br

## ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/ENSP/FIOCRUZ



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O MODELO CASA DE PARTO COMO ESTRATÉGIA DE DESMEDICALIZAÇÃO DO PARTO NO RIO DE JANEIRO

**Pesquisador:** EDYMARA TATAGIBA MEDINA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 45007521.6.0000.5240

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.649.121

**Apresentação do Projeto:**

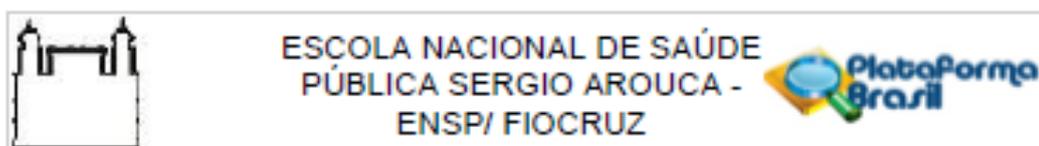
Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer consubstanciado número 4.635.958, em 07/04/2021.

Projeto de doutorado do programa de pós graduação de epidemiologia em saúde pública, de EDYMARA TATAGIBA MEDINA, orientado por Silvana Granado Nogueira da Gama e co-orientado por Ricardo José Oliveira Mouta, sob o título "MODELO CASA DE PARTO COMO ESTRATÉGIA DE DESMEDICALIZAÇÃO DO PARTO NO RIO DE JANEIRO", qualificado em 05/03/2020 e com financiamento próprio no valor de R\$ 1465,00.

**Resumo**

"O estudo visa avaliar a adequação do cuidado ao parto normal do Modelo Casa de Parto e comparar com os resultados do Modelo Hospitalar. Trata-se de um estudo observacional, transversal de base hospitalar, que utilizará dois estudos base: "Resultados perinatais, boas práticas e intervenções do modelo de parto adotado na Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ" e "Nascer no Brasil". Espera-se que o estudo aponte que o modelo de cuidado desmedicalizado oferecido pela Casa de Parto do Rio de Janeiro é adequado às recomendações da OMS, apresenta melhores resultados perinatais, menos intervenções no trabalho de parto e melhores práticas de cuidado em comparação ao modelo de assistência dos hospitais públicos da região sudeste."

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
 Bairro: Marquinhos CEP: 21.041-210  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2508-2883 Fax: (21)2508-2883 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.646.121

#### Metodologia Proposta:

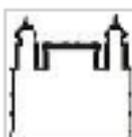
"Trata-se de um estudo observacional, transversal de base hospitalar, que utilizará dois estudos-base: "Resultados perinatais, boas práticas e intervenções do modelo de parto adotado na Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ" e "Nascer no Brasil".

Método 1o artigo- revisão de escopo de artigos, dissertações e teses, publicados de 2010 a junho de 2020, guiado pela seguinte questão: Quais os resultados maternos e fetais (Context) dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas (Population) nos Centros de Parto Normal (CPN) no Brasil (Concept), no período de 2010 a 2020? A seleção se dará nos portais de periódicos nacionais e latino- americanos e do Caribe, SCIELO e banco de teses e dissertações da CAPES ..... Busca realizada Jul/2020, por 03 revisores independentes. Palavras naturais e descritores em Ciências da Saúde: DeCS (português) e MeSH (Inglês). Os termos foram combinados, com os operadores booleanos OR e AND: (Outcome OR resultados) AND ("centros independentes de assistência à gravidez e ao parto" OR "centro de parto normal" OR "casa de parto" OR "birthing centres" OR "birth center") AND ("Enfermagem obstétrica" OR Enfermeira). Os estudos selecionados foram analisados e sistematizados, distribuídos em 03 quadros, considerando autores, ano da publicação, tipo e local do CPN, período analisado, desenho e amostra do estudo, objetivo e principais resultados. Por ser um artigo que utiliza dados de domínio público de acesso irrestrito, não necessitou de apreciação por parte do Sistema CEP-CONEP (BRASIL, 2016). O artigo está disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7933>.

Método do segundo artigo- estudo observacional, transversal. A avaliação da qualidade dos serviços deve ser fundamentado em três aspectos: estrutura, e resultados. Neste artigo serão utilizados os aspectos estrutura e resultados. ... Os dados utilizados para avaliar a estrutura serão obtidos no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponível no DATASUS (acesso livre). Resultados do cuidado no modelo Casa de Parto foi criado um checklist com as recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), pertinentes ao modelo Casa de Parto (APENDICE B e C). Construído Matriz de julgamento utilizando como critérios os quartis, atribuindo-se os seguintes julgamentos de valor: 75 a 100% – adequado; 50 a 75% – parcialmente adequado; 25 a 50% – não-adequado e 0 a 25% – crítico. Em relação às intervenções, a matriz de julgamento será realizado de forma inversa. Serão avaliadas boas práticas e intervenções à mulher e ao recém-nascido.

Método do terceiro artigo- terá um delineamento transversal e observacional de base hospitalar.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2598-2893 Fax: (21)2598-2893 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.649.121

Serão utilizados dados comparáveis de dois estudos transversais sobre partos, o estudo sobre o modelo Casa de Parto será comparado com os partos hospitalares, ocorridos em maternidades públicas da Região Sudeste da pesquisa nacional de base hospitalar Nascer no Brasil. Para este estudo serão incluídas as gestantes admitidas na Casa de Parto no período de 2010 a 2013, acrescentando um ano a mais antes e após o período de coleta de dados da pesquisa "Nascer no Brasil", ocorrida entre 2011 e 2012. Para a amostra da pesquisa "Nascer no Brasil" serão incluídas apenas os partos da região Sudeste, de hospitais que atendem 100% SUS, que cumprirem os critérios de admissão da Casa de Parto.

#### Metodologia de Análise:

##### Metodologia de Análise de Dados:

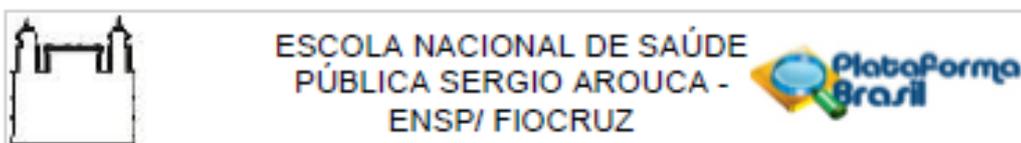
“Será realizada análise descritiva dos dados para estimar a prevalência e respectivos intervalos de confiança para todos os resultados do cuidado desenvolvido pela Casa de Parto. A seguir será analisada a associação (razão de prevalência e razão de chances) entre as variáveis sociodemográficas e características do cuidado das mulheres que apresentaram desfechos perinatais, intervenções e boas práticas obstétricas e

neonatais através de técnicas de análise bivariada, estratificação e modelos de análises múltiplas. Testes estatísticos serão aplicados de acordo a distribuição de dados e homogeneidade de variâncias de grupos serão comparados. Será utilizado o teste do Qui quadrado (2) para verificar diferenças entre as proporções, considerando-se um intervalo de confiança de 95% (IC95%). Regressão logística uni e multivariada. Na análise

multivariada serão incluídas todas as variáveis significativas com p valor 0,20 na análise univariada e as variáveis de grande relevância clínica e epidemiológica. Em estudos observacionais não é possível realizar a randomização para alocação dos indivíduos nos grupos de exposição/tratamento e controle, como nos estudos experimentais, portanto o estudo fica sujeito a viés de seleção. O escore de propensão é a probabilidade de um indivíduo receber o tratamento, em função das covariáveis observadas (ROGENBAUM; RUBIN, 1983). O uso do escore de propensão tem como objetivos reduzir o viés de seleção na estimativa do efeito causal do tratamento e equilibrar a variável exposição/tratamento em relação a variável controle, alcançando o balanceamento nas covariáveis, pois são atribuídos pesos para contabilizar as diferenças de atribuição de

seleção entre grupos de tratamento e de comparação (OLMOS; GOVINDASAMY, 2015). As técnicas

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



Continuação do Parecer: 4.649.121

mais utilizadas em estudos observacionais com o uso do escore de propensão são (PATINO et al., 2017):

- Ponderação pelo Inverso da probabilidade da seleção - duas amostras potenciais são criadas para representar amostras que teriam sido observadas se todos tivessem sido expostos ao tratamento ou se ninguém tivesse sido exposto a

- ele.
  - Pareamento – cada indivíduo exposto (tratamento/exposição A) é comparado com um indivíduo não exposto (tratamento/exposição B) com as mesmas características/ pontuação de propensão antes da análise multivariável ser conduzida.
  - Estratificação – são criados estratos com participantes que apresentaram valores iguais no escore de propensão. São calculadas médias ponderadas dentro dos estratos antes que a análise

multivariável seja conduzida. A análise com escore de propensão deve utilizar as seguintes etapas: (1) realizar análise ajustada em modelos de regressão convencional; (2) verificar o balanceamento antes da implementação do escore de propensão; (3) estimar o escore de propensão; (4) utilizar a ponderação, pareamento ou estratificação com escore de propensão; (5) verificar o balanceamento após a implementação do escore de

propensão e (6) calcular o efeito causal (OLMOS; GOVINDASAMY, 2015; SILVA, 2018).

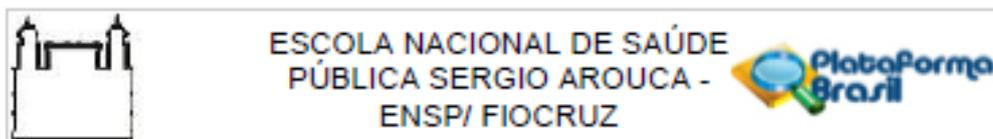
Tamanho da Amostra:

4000 participantes

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme descrito no parecer consubstanciado nº4.635.958, emitido pelo CEP/ENSP em 07/04/2021.

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



Continuação do Parecer: 4.649.121

**Objetivo Primário:**

"Analisar as boas práticas, as intervenções e os resultados perinatais no modelo de parto adotado na Casa de Parto do RJ em comparação ao modelo de assistência às mulheres de risco habitual atendidas em hospitais públicos da Região Sudeste, constante na base de dados da pesquisa Nascer no Brasil.

**Objetivos Secundários:**

- Identificar a produção científica sobre Centros de Parto Normal no Brasil, no período de 2010 a 2020.
- Descrever a adequação das práticas de cuidado oferecido pelo modelo Casa de Parto às recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e da Organização Mundial de Saúde.
- Comparar os resultados perinatais, as boas práticas e as intervenções do Modelo de parto adotado na CPDCF-RJ com o modelo hospitalar da região Sudeste.

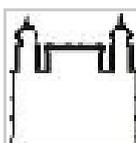
**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora informa sobre os riscos da pesquisa:

"A análise de risco é componente imprescindível à análise ética, portanto deve ser priorizado na pesquisa, conforme o disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece a definição de risco da pesquisa como "possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente" (BRASIL, 2012). Não há na normativa do Sistema CEP/CONEP os riscos envolvidos em pesquisas com prontuários. Por conta disso é possível que esses riscos sejam classificados como riscos mínimos."

"Um dos riscos das pesquisas em prontuários é o vazamento de dados. A coordenação da pesquisa se compromete com a garantia da confidencialidade utilizando códigos numéricos para identificação dos participantes. Todas as análises serão realizadas de forma agrupada não permitindo a identificação das participantes ou da unidade hospitalar. Além disso, a coordenação da pesquisa assina o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD), em APÊNDICE G."

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



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.040.121

Sobre os benefícios, a pesquisadora informa:

"A Casa de Parto David Capistrano Filho continua sendo a única Casa de Parto do Estado do Rio de Janeiro. Oferece a possibilidade às mulheres de vivenciarem um parto natural, respeitoso, assistindo a mulher no pré-natal, no parto, e no acompanhamento pós-natal com integralidade, com o envolvimento das famílias no cuidado. Para a enfermagem obstétrica é um espaço de autonomia profissional e para a academia é um espaço de formação para as novas gerações de enfermeiras obstétricas, comprometidas com a humanização do cuidado. O estudo proposto se justifica porque a partir dele será possível demonstrar a qualidade e segurança do modelo de parto adotado pela Casa de Parto, por meio dos indicadores analisados. Os resultados também poderão ajudar a diminuir as incertezas a respeito do modelo Casa de Parto e, com isso, subsidiar os gestores nas três esferas federativas, assim como às associações profissionais na construção de políticas públicas e/ou de diretrizes nacionais sobre a assistência ao parto normal de risco habitual em nosso país."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

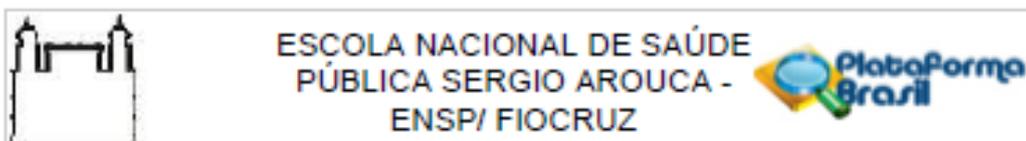
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Para responder às pendências do parecer anterior, o pesquisador anexou os seguintes documentos à Plataforma Brasil, os quais foram aprovados:

- Formulário de resposta as pendências nomeado Formulário\_resp\_pend\_parecer\_4635958.doc, em 08/04/2021.
- Folha de Rosto nomeado Folha\_Rosto\_modificado.pdf, em 08/04/2021.
- Projeto na Integra nomeado Projeto\_Detalhado\_Brochura\_Investigador\_modificado.docx, em 08/04/2021.

Para elaboração deste parecer de aprovação, foi analisado o Formulário da Plataforma Brasil nomeado PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1725151.pdf postado em 08/04/2021.

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



Continuação do Parecer: 4.649.121

Na apresentação inicial foram apresentados e APROVADOS os seguintes documentos, postados na Plataforma Brasil:

- Projeto de Pesquisa na Integra, nomeado Projeto\_Detalhado\_Brochura\_Investigado .docx.pdf, postado em 26/03/2021;
- Formulário de Encaminhamento nomeado Formulário\_Encaminhamento\_Edymara.pdf, postado em 26/03/2021;
- Cronograma, nomeado Cronograma.docx, postado em 26/03/2021;
- Planilha de orçamento, nomeado Orcamento\_projeto.docx, postado em 26/03/2021;
- Instrumento de coleta de dados nomeado Instrumento\_Coleta\_dados\_pesquisa\_modelo\_casa\_parto.pdf, postado em 26/03/2021;
- TCUD assinado pelo pesquisador responsável, nomeado tcud\_modelo\_cep\_ensp.pdf, postado em 26/03/2021;
- Termo de autorização assinado e datado para fornecimento de banco de dados para uso na pesquisa em questão; nomeado Autorizacao\_uso\_banco\_dados.pdf, postado em 26/03/2021.
- Parecer consubstanciado do CEP da SMS sob o número 3.450.662 aprovado e datado, nomeado PB\_PARECER\_SMS\_CONSUBSTANCIADO\_CEP\_3450662.pd, postado em 26/03/2021.
- Parecer consubstanciado do CEP da UERJ sob o número 3.316.926. aprovado e datado, nomeado provado\_UERJ\_PB\_PARECER\_CONSUBSTANCIADO\_CEP\_3316926.pdf, em 26/03/2021.

**Recomendações:**

"Não há"

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

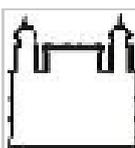
Para elaboração deste parecer, as pendências emitidas no parecer consubstanciado número 4.635.958, de 07/04/2021 foram analisadas conforme abaixo:

Título do projeto: O MODELO CASA DE PARTO COMO ESTRATÉGIA DE DESMEDICALIZAÇÃO DO PARTO NO RIO DE JANEIRO.

Pesquisador responsável: EDYMARA TATAGIBA MEDINA

CAAE:45007521.6.0000.5240

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2598-2883 Fax: (21)2598-2883 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.649.121

1. Item de pendência:

1) A folha de rosto é um documento de apresentação do projeto, do pesquisador e do orientador. Este documento não está sendo visualizado adequadamente. Inserir na Plataforma Brasil o documento citado de forma adequada.

Resposta da pendência 1:

Reenviado a folha de rosto do projeto.

Há algum documento anexado para a pendência 1?

sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: Folha\_rosto\_modificado

não.

ANÁLISE do CEP: Observado na Plataforma Brasil a apresentação do documento denominado Folha de Rosto nomeado Folha\_Rosto\_modificado.pdf com os dados adequados. PENDÊNCIA APROVADA

2. Item de pendência:

2) Embora sejam aventados "riscos mínimos" inerentes ao projeto apreciado, estes não são citados. Explícitar na Plataforma Brasil os "riscos mínimos" considerados pela proponente, tal qual possibilidade de extravio de dados etc, informando ainda suas formas de mitigação

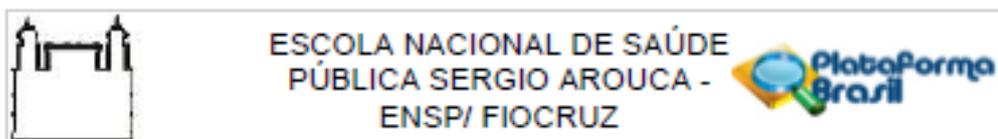
Resposta da pendência 2:

Reescrito o item de riscos mínimos, incluindo possibilidades de extravios e mitigação dos mesmos. Foi feita modificação na página 44 do Projeto detalhado\_brochura do investigador, incluindo:

RISCOS: Um dos riscos das pesquisas em prontuários é o vazamento de dados. A coordenação da pesquisa se compromete com a garantia da confidencialidade utilizando códigos numéricos para identificação dos participantes. Todas as análises serão realizadas de forma agrupada não permitindo a identificação das participantes ou da unidade hospitalar. Além disso, a coordenação da pesquisa assina o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD), em APÊNDICE G.

Há algum documento anexado para a pendência 2?

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2508-2883 Fax: (21)2508-2883 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.649.121

(  ) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma:  
 Projeto\_Detalhado\_Brochura\_Investigador\_modificado  
 (  ) não

ANÁLISE DO CEP: Observado que foi Incluído na Plataforma Brasil e no Projeto Detalhado texto sobre os riscos mínimos que a pesquisa poderá acarretar e a sua forma de mitigação. PENDÊNCIA APROVADA.

**Considerações Finais a critério do CEP:**  
 .....

Verifique o cumprimento das observações a seguir:

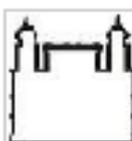
1° Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP (<https://cep.ensp.fiocruz.br/>), em: pesquisa projetos de pesquisa documentos necessários.

2° Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA, seguindo as orientações na página eletrônica do CEP em <https://cep.ensp.fiocruz.br/como-submeter-seu-projeto>. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP ANTES de efetuar as modificações na pesquisa.

3° Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4° O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo  
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2598-2883 Fax: (21)2598-2883 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



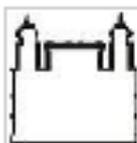
Continuação do Parecer: 4.646.121

Intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Auf_ENSP2021.pdf	14/04/2021 12:29:01	Cassius Schnell Palhano Silva	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1725151.pdf	08/04/2021 23:27:19		Acelto
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Fomulario_resp_pend_parecer_4635958.doc	08/04/2021 23:26:35	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Folha de Rosto	Folha_Rosto_modificado.pdf	08/04/2021 23:21:49	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Brochura_Investigador_modificado.docx	08/04/2021 22:58:58	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Outros	PB_PARECER_SMS_CONSUBSTANCIADO_CEP_3450662.pdf	26/03/2021 22:32:21	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Outros	Aprovado_UERJ_PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3316926.pdf	26/03/2021 22:31:28	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Orçamento	Orcamento_projeto.docx	26/03/2021 22:30:02	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Outros	Instrumento_Coleta_dados_pesquisa_modelo_casa_parto.pdf	26/03/2021 22:28:16	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Outros	tcud_modelo_cep_ensp.pdf	26/03/2021 22:26:48	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Carta_isencao_TCLE.pdf	26/03/2021 22:24:44	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Cronograma	Cronograma.docx	26/03/2021 22:24:17	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Outros	Fomulario_Encaminhamento_Edymara.pdf	26/03/2021 22:22:35	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto
Outros	Autorizacao_uso_banco_dados.pdf	26/03/2021 22:21:45	EDYMARA TATAGIBA MEDINA	Acelto

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



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.649.121

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

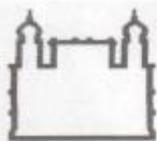
RIO DE JANEIRO, 14 de Abril de 2021

---

Assinado por:  
Cassius Schnell Palhano Silva  
(Coordenador(a))

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

## ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DA PESQUISA NASCER NO BRASIL- CEP ENSP/FIOCRUZ



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 10 de junho de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

**PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 92/10**  
**CAAE: 0096.0.031.000-10**

**Título do Projeto:** “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento (título inicial: Inquérito epidemiológico sobre as consequências da cesariana desnecessária no Brasil)”

**Classificação no Fluxograma:** Grupo III

**Pesquisadora Responsável:** Maria do Carmo Leal

**Instituição onde se realizará:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz

**Data de recebimento no CEP-ENSP:** 26 / 04 / 2010

**Data de apreciação:** 11 / 05 / 2010

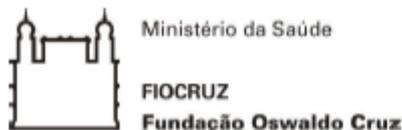
**Parecer do CEP/ENSP:** Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

  
**PROF. SERGIO REGO**  
Coordenador do Comitê de  
Ética em Pesquisa  
CEP/ENSP

## ANEXO F - AUTORIZAÇÃO USO DO BANCO DE DADOS DA PESQUISA NASCER NO BRASIL



Rio de Janeiro, 01 de fevereiro de 2021.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública

### AUTORIZAÇÃO PARA USO DE BANCO DE DADOS

Eu, Maria do Carmo Leal, coordenadora da pesquisa autorizo a pesquisadora Edymara Tatagiba Medina a utilizar o banco de dados da pesquisa "Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento" para a sua tese de doutorado intitulada: "O modelo Casa de Parto como estratégia de desmedicalização do parto no Rio de Janeiro", sob orientação da profa. Silvana Granado Nogueira da Gama, com o objetivo analisar as boas práticas, as intervenções e os resultados perinatais no modelo de parto adotado na Casa de Parto do RJ em comparação ao modelo de assistência às mulheres de risco habitual atendidas em hospitais públicos da Região Sudeste constante na base de dados da pesquisa *Nascer no Brasil*. As variáveis analisadas serão: características sociodemográficas; dados da internação; dados da alta; antecedentes clínico-obstétricos; assistência ao trabalho de parto; assistência ao parto; dados do recém-nato 1ª parte; dados do recém-nato 2ª parte.

Atenciosamente,



Maria do Carmo Leal