

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Karina Cristina Rouwe de Souza

**COEXISTÊNCIA E PREVALÊNCIA DE INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS:
ANÁLISE SOBRE OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO EM
MATERNIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS DE BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte
2021

Karina Cristina Rouwe de Souza

**COEXISTÊNCIA E PREVALÊNCIA DE INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS:
ANÁLISE SOBRE OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO EM
MATERNIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS DE BELO HORIZONTE**

Dissertação de mestrado em enfermagem
apresentada ao curso de mestrado em saúde e
enfermagem da Universidade Federal de Minas
Gerais como requisito parcial para obtenção do
Título de Mestre em Saúde e Enfermagem

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Epidemiologia e práticas e
saúde das populações

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fernanda Penido
Matosinhos

Belo Horizonte
2021

Souza, Karina Cristina Rouwe de.
SO729c Coexistência e prevalência de intervenções obstétricas [manuscrito]: análise sobre os modelos de assistência ao parto em maternidades públicas e privadas de Belo Horizonte. / Karina Cristina Rouwe de Souza. - - Belo Horizonte: 2022.
78f.: il.
Orientador (a): Fernanda Penido Matozinhos.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Enfermagem Obstétrica. 2. Trabalho de Parto. 3. Obstetrícia. 4. Parto Humanizado. 5. Dissertação Acadêmica. I. Matozinhos, Fernanda Penido. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 157

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 695 (SEISCENTOS E NOVENTA E CINCO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA KARINA CRISTINA ROUWE DE SOUZA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 21 (vinte e um) dias do mês de dezembro de dois mil vinte e um, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação *"COEXISTÊNCIA E PREVALÊNCIA DE INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS: ANÁLISE SOBRE OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO EM MATERNIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS DE BELO HORIZONTE"*, da aluna *Karina Cristina Rouwe de Souza*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Epidemiologia, políticas e práticas de saúde das populações". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Fernanda Penido Matozinhos (orientadora), Elysângela Dittz Duarte e Eunice Francisca Martins, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

☒ (x) APROVADA;

☐ () REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 21 de dezembro de 2021.

Profª. Drª. Fernanda Penido Matozinhos

Orientadora (EE/UFMG)

Profª. Drª. Elysângela Dittz Duarte

(EE/UFMG)

Profª. Drª. Eunice Francisca Martins

(EE/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGAÇÃO COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Data 02/01/2022

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **KARINA CRISTINA ROUWE DE SOUZA**.

As modificações foram as seguintes:

*Incluir estudo de revisão no apêndice da dissertação e incluir o referencial teórico (do estudo de revisão) antes de métodos.

NOMES

ASSINATURAS

Profª. Drª. Fernanda Penido Matozinhos

Profª. Drª. Elysângela Dittz Duarte

Profª. Drª. Eunice Francisca Martins



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Penido Matozinhos**, Professora do Magistério Superior, em 22/12/2021, às 14:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Elysângela Dittz Duarte**, Professora do Magistério Superior, em 22/12/2021, às 16:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Eunice Francisca Martins**, Professora do Magistério Superior, em 03/01/2022, às 16:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino**, Assistente em Administração, em 24/01/2022, às 11:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1163397** e o código CRC **9066F249**.

1163397/2020-08
03/01/2022

A todas as pessoas grávidas, mães que lutam
pela dignidade e respeito no parto!

AGRADECIMENTOS

Sonhei muito com esse título e sua conquista só foi possível, porque, em meu caminho, havia pessoas que me deram a mão para seguir.

Salve, meu pai oxalá que me abençoou com paz e serenidade para realizar esta pesquisa.

Aos meus pais, Pedro e Irene, que me ensinaram a sempre seguir adiante.

À minha irmã, Beth, pela amizade, parceria, apoio e encorajamento.

À minha querida cunhada Jackie, pela amizade, compreensão e apoio.

À minha querida irmã e amiga, Paula, pelo apoio em todas as horas.

Aos meus filhos, Emmanuel e Nina, por me lembrarem de que a vida pode ser leve e simples como uma risada.

Às minhas parceiras de parto, Jessica e Dani, pela compreensão e companheirismo nos momentos em que precisei me ausentar para construir este trabalho.

Ao meu querido, Pai Ricardo, pelas palavras sabias, ensinamentos e acolhimento.

À minha orientadora, Professora Fernanda Penido, pela paciência, compreensão, sabedoria e respeito.

Aos amigos e amigas do grupo de pesquisa, NUPESV, pelo aprendizado e conhecimento que construí, em especial ao Thales Philipe, Ana Paula e Fabiana Menezes pelos auxílios e trocas.

A todos e todas que contribuíram para realização deste trabalho.

RESUMO

Introdução A coexistência de intervenções obstétricas durante o trabalho de parto está associada ao modelo de assistência ao parto e a vários fatores que podem influenciar essa relação. O objetivo deste estudo foi avaliar os perfis de coexistência e prevalência de intervenções obstétricas em maternidades públicas e privadas na cidade de Belo Horizonte e investigar os fatores sociodemográficos, obstétricos e do modelo hospitalar associados a estes perfis. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura e de um estudo observacional com delineamento transversal, realizado com dados da pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre o Parto e Nascimento”, em sete maternidades que atendem à rede pública de saúde e em quatro maternidades que prestam assistência à rede suplementar de saúde de Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil. Realizou-se a estratégia de busca na base de dados Pubmed, e selecionaram-se artigos sobre o modelo de assistência ao parto. Ao final, incluíram-se 20 artigos. No estudo transversal, as intervenções analisadas foram: oferecimento de dieta, liberdade para movimentação, uso de partograma, métodos não farmacológicos para alívio da dor, enema, tricotomia, posição deitada para o parto, Kristeller, amniotomia, infusão de ocitocina, analgesia e episiotomia. Para a construção dos perfis, consideraram-se as variáveis idade, escolaridade, cor de pele, primigesta, financiamento do local de parto, número de consultas de pré-natal, idade gestacional no parto, presença de enfermeira(o) obstétrica(o), trabalho remunerado e acompanhante durante o parto. Neste estudo, utilizou-se o método do *Grade of Membership* (GoM). Para verificar a magnitude da associação entre os perfis gerados de coexistência da realização de intervenções obstétricas e seus possíveis determinantes, construíram-se modelos de regressão de Poisson. **Resultados:** A análise dos artigos selecionados levou à construção de quatro categorias: caracterização dos modelos; avaliação dos modelos; mudança no modelo e desafios para mudança de modelo. Observou-se, ainda, a existência de dois modelos assistenciais antagônicos nas instituições: o medicalizado e o não medicalizado. No estudo epidemiológico, os resultados apontaram, também, para a existência de dois perfis obstétricos antagônicos: construiu-se o perfil 1 por parturientes que tiveram oferecimento de dieta, liberdade de movimentação, uso de partograma, métodos não farmacológicos para alívio da dor, pariram na posição deitada, não foram submetidas à manobra de Kristeller, episiotomia nem amniotomia e não receberam infusão de ocitocina e uso de analgesia. Ao se analisar os fatores que influenciaram a coexistência das intervenções obstétricas, observou-se que o financiamento do hospital do parto influenciou na maior chance de as mulheres pertencerem ao perfil 2. Entretanto, quando o hospital dispunha, na cena do parto, da presença do profissional enfermeira(o) obstétrica(o) atuante, houve redução na chance de pertencerem ao perfil 2. Estes resultados explicitaram, ainda, que todas as mulheres pertencentes a determinado perfil tenderam a receber o mesmo conjunto de intervenções, demonstrando que a coexistência de intervenções obstétricas nos perfis define dois modelos de assistência ao parto. **Conclusão:** Apesar de avanços em direção à adesão a um modelo baseado em evidências científicas, ainda há predominância de um modelo reducionista e medicalizado que remete ao poder profissional. Este estudo contribui nas discussões acerca das intervenções obstétricas, bem como nos modelos de assistência ao parto, visando à implementação de políticas públicas que assegurem uma assistência pautada nas boas práticas ao parto e nascimento.

Descritores: Enfermagem obstétrica, Trabalho de parto, Obstetrícia, Parto humanizado, Nascimento.

ABSTRACT

Introduction The coexistence of obstetric interventions during labor is associated with the model of childbirth care and several factors that may influence this relationship. The aim of this study was to evaluate the coexistence and prevalence profiles of obstetric interventions in public and private maternity hospitals in the city of Belo Horizonte and to investigate the sociodemographic, obstetric and hospital model factors associated with these profiles.

Methods: This is an integrative literature review and an observational study with cross-sectional design, carried out with data from the research "Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre o parto e Nascimento", in seven maternity hospitals that serve the public health network and in four maternity hospitals that provide care to the supplementary health network in Belo Horizonte - Minas Gerais, Brazil. Search strategy was carried out in the Pubmed database, and articles that addressed the model of childbirth care were selected. At the end, 20 articles were included. In the cross-sectional study, the interventions analyzed were: offering of diet, freedom to move, use of partogram, non-pharmacological methods for pain relief, enema, trichotomy, lying down position for labor, Kristeller, amniotomy, oxytocin infusion, analgesia and episiotomy. To build the profiles, the variables age, education, skin color, primigravida, financing the place of delivery, number of prenatal visits, gestational age at delivery, presence of an obstetric nurse, paid work, and companion during delivery were considered. The Grade of Membership (GoM) method was used in this study. To verify the magnitude of the association between the generated profiles of coexistence of the performance of obstetric interventions and their possible determinants. Poisson regression models were constructed.

Results: The analysis of the selected articles led to the construction of four categories: characterization of the models; evaluation of the models; Model change and challenges for model change. It was also observed the existence of two antagonistic care models in the institutions: the medicalized and the non-medicalized. In the epidemiological study, the results also pointed to the existence of two antagonistic obstetric profiles: profile 1 was constituted by parturients who were offered a diet, had freedom of movement, used a partogram, had non-pharmacological methods for pain relief, had given birth in the lying down position, had not been submitted to the were not submitted to Kristeller maneuver, episiotomy or amniotomy, and did not receive oxytocin infusion and use of analgesia. When analyzing the factors that influenced the coexistence of obstetric interventions, it was observed that the financing of the delivery hospital influenced the greater chance of women belonging to profile 2. However, when the hospital had an obstetric nurse present at the delivery scene, there was a reduction in the chance of belonging to profile 2. These results also showed that all women belonging to a given profile tended to receive the same set of interventions, demonstrating that the coexistence of obstetric interventions in the profiles defines two models of childbirth care. **Conclusion:** Despite advances towards adherence to a model based on scientific evidence, there is still predominance of a reductionist and medicalized model, which refers to professional power. This study contributes to the discussions about obstetric interventions, as well as models of childbirth care, aiming at the implementation of public policies that ensure care based on good labor and birth practices.

Key words: Obstetric Nursing, Labor, Obstetrics, Parturition, Humanized Delivery, Birth.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1-Panorama mundial de nascimento por cesariana	5
Figura 2 - Recomendações da OMS para assistência ao parto	10
Figura 3 – Modelo teórico da coexistência e prevalência de intervenções obstétricas	11
Figura 4 Diagrama PRISMA	44
Quadro 1- Recomendações da OMS para assistência ao parto normal	8
Quadro 2 – Descrição das variáveis do estudo	17

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das puérperas.....	21
Tabela 2– Distribuição dos coeficientes lambdas das variáveis internas para cada perfil extremo dos padrões de intervenções obstétricas em Hospitais de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Minas Gerais.....	22
Tabela 3 – Prevalências para cada perfil extremo dos padrões de intervenções obstétricas	23
Tabela 4 – Análises bivariadas para os fatores associados aos perfis em Hospitais.	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E OBJETIVOS.....	1
2 REVISÃO DE LITERATURA	4
2.1 Intervenções e modelos assistenciais	4
2.2 Panorama da assistência ao parto no Brasil e demais países	4
2.3 Modelos de assistência ao parto	6
2.4 Modelo Teórico da coexistência e prevalência de intervenções obstétricas	10
2.4.1 Caracterização dos modelos de assistência ao parto	11
2.4.2 Avaliação dos modelos	12
2.4.3 Mudança no modelo	13
2.4.4 Desafios para mudança de modelo.....	14
3.MÉTODOS	15
3.1 Seleção e amostra do estudo	15
3.2População do estudo e coleta de dados	16
3.4Análise dos dados.....	18
4 RESULTADOS.....	21
5. DISCUSSÃO	26
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE A – Paper 1, produto da dissertação.....	41
Situação: submetido para publicação em periódico nacional.	41
APÊNDICE B – Paper 2, produto da dissertação.....	68
Situação: publicado na BMC Pregnancy and Childbirth.	68
APÊNDICE C – Infográfico, outro produto da dissertação.....	69
APÊNDICE D – Chave Pubmed.....	70

1 INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A assistência ao trabalho de parto na sociedade contemporânea é marcada pelos avanços tecnológicos que contribuíram inicialmente para uma melhora expressiva nos desfechos maternos e neonatais. Nesse sentido, podemos citar desde a hospitalização do parto, o advento de algumas intervenções como fórceps, cesariana até o uso de medicações como a ocitocina, que contribuíram e ainda contribuem para redução da morbimortalidade. Entretanto, essas mudanças na assistência ao parto “despertaram” a ideia de que é necessário intervir em todos os partos para se prevenir desfechos negativos (ÇALIK; KARABULUTLU; YAVUZ, 2018).

A análise dos modelos de assistência ao parto e nascimento ao longo dos anos, demonstram algumas das transformações ocorridas. Nesse contexto, o parto passa de um ambiente domiciliar e visto prioritariamente como um processo fisiológico, para um processo de institucionalização e, desde então, caracterizado como um evento patológico (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018). Esta mudança de modelo assistencial consolidou o uso das intervenções durante a assistência ao parto (PRADO et al., 2017). Emergiu-se portanto, a crença de que o corpo da mulher seria incapaz de parir sem que alguma intervenção fosse realizada (VIEIRA, 2002).

Outro fator a ser destacado é o fato de que o uso de algumas estratégias no parto predispõem ao uso de outras, contribuindo para que o corpo da mulher seja submetido ao que alguns autores chamam de “cascata de intervenções”, sem associação com a melhora nos desfechos neonatais (MENA-TUDELA et al., 2021). A coexistência dessas em um mesmo trabalho de parto traduz um modelo assistencial tecnocrata que reduz e limita o empoderamento da mulher no seu próprio parto (LEITE et al., 2020)

Nessa perspectiva, houve o enfoque à doença, sendo a assistência centrada, muitas vezes, no saber médico (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018; SOUZA, 2018). Esta visão permanece, ao se considerar que muitos profissionais descumprem com os desejos da mulher e a fisiologia do parto no momento em que estão conduzindo a assistência (D’ORSI et al., 2014; LEAL et al., 2014). Soma-se, a isso, o fato de que, muitas vezes, a imposição dessas ações viola os direitos da mulher, repercute em ações iatrogênicas e torna o cenário obstétrico desumanizado (LANSKY et al., 2019)

.As evidências científicas atuais (ÇALIK; KARABULUTLU; YAVUZ, 2018; FALK; NELSON; BLOMBERG, 2019; WHO, 2018) demonstram que para intervir é necessário ter indicações clínicas que justifiquem seu uso, superando os riscos inerentes a cada intervenção.

A adoção de protocolos e critérios clínicos claros, baseados em evidências científicas, direciona para que a decisão em intervir não seja pautada apenas na experiência clínica (PRADO et al., 2017). A Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1996, recomenda que o uso das intervenções seja fundamentado em evidências científicas. Este conjunto de recomendações foi nomeado como “boas práticas na atenção ao parto normal” (GOVINDASWAMI et al., 2018), e tais práticas foram

classificadas em quatro categorias: a) práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas; b) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; c) práticas usadas de modo inapropriado durante o trabalho de parto e d) parto e práticas que necessitam de estudos para comprovação científica.

Em 2018, a OMS atualizou o documento proposto em 1996, baseando-se nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (WHO, 2018). O foco não foi apenas evitar as complicações no parto, mas também tornar a experiência de parir positiva, com melhores resultados físicos, mentais e psicológicos, tanto da mãe quanto do bebê (WHO, 2018) e a família.

Após mais de 20 anos das primeiras recomendações da OMS, o uso das intervenções, sem evidências científicas durante o trabalho de parto, permanece como desafio em diversos países (LEAL et al., 2019; MENA-TUDELA et al., 2021; ROSSIGNOL et al., 2013; WHO, 2018), inclusive no Brasil. Estudo realizado na Espanha demonstrou alta prevalência de intervenções durante o trabalho de parto (MENA-TUDELA et al., 2021). Dentre elas, cita-se a manobra de Kristeller que, mesmo com evidências científicas de riscos dessa manobra para mãe e bebê (WHO, 1996), ela é praticada. Na Turquia, duas a cada três gestantes foram submetidas à indução eletiva do parto, contradizendo as atuais evidências que desencorajam esta prática (ÇALIK; KARABULUTLU; YAVUZ, 2018). A taxa de intervenções no parto na Austrália, nos últimos anos, aumentou em 5% em hospitais públicos e 15% em hospitais privados e, além disso, apenas 15 a cada 100 mulheres, em hospitais privados, não tiveram intervenções no parto (DAHLEN et al., 2012). E ainda, um estudo realizado nas Filipinas corroborou com esses resultados, demonstrando uma lacuna entre as recomendações baseadas em evidências científicas e a prática clínica (MASUDA et al., 2020).

No Brasil, o estudo que avaliou o uso das boas práticas como alimentar-se, deambular, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, durante o trabalho de parto de gestações de risco habitual, demonstrou que o uso delas ocorreu em menos de 50% das mulheres (LEAL et al., 2014); em contrapartida, as intervenções, como o uso de cateter venoso, posição litotômica no parto e uso da ocitocina, tiveram prevalência elevada (LEAL et al., 2014). Esta mesma pesquisa também demonstrou a magnitude das desigualdades regionais para o uso das boas práticas na assistência ao parto, uma vez que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país tiveram as menores prevalências nas práticas, claramente úteis e benéficas, conforme recomenda a OMS desde 1996 (WHO, 1996). Estes resultados explicitam as desigualdades em saúde, tendo em vista que as práticas que deveriam ser implementadas, durante o parto, apresentaram menor prevalência nessas regiões. No Sudeste, região mais desenvolvida economicamente do país, estas mesmas práticas foram mais prevalentes (DOMINGUES et al., 2014; LEAL et al., 2021).

Nas últimas décadas, muitos estudos têm sido realizados sobre intervenções obstétricas (BASEVI; LAVENDER, 2014; DAHLEN et al., 2012; LEAL et al., 2014; MASUDA et al., 2020; MENA-TUDELA et al., 2021; REVEIZ; GAITÁN; CUERVO, 2013; SMYTH; ALLDRED;

MARKHAM, 2013), no entanto, tais estratégias são avaliadas individualmente, não relacionando o uso concomitante ou com os modelos assistenciais. Considerando o contexto apresentado, a relevância deste estudo é a avaliação da coexistência de intervenções obstétricas, pois isso pode contribuir para se compreenderem os possíveis fatores (socioeconômicos, obstétricos e inerentes ao modelo obstétrico hospitalar) que a influenciam o a que as mulheres estão sujeitas. Além disso, este estudo pode fornecer evidências para a compreensão das lacunas de conhecimento sobre estes aspectos assistenciais.

O entendimento sobre as intervenções obstétricas permite, portanto, extrapolar os resultados. Para fins deste estudo, definimos perfil assistencial como o conjunto de práticas e intervenções que são realizadas durante o trabalho de parto. Perfil Obstétrico foi definido como condições clínicas apresentadas pela parturiente durante o trabalho de parto e no parto (WHO, 2018).

A hipótese deste estudo é a de que existem diferentes padrões de intervenções obstétricas que definem modelos assistenciais distintos, e que as características como as socioeconômicas, obstétricas e do modelo hospitalar podem influenciar nessa relação.

Por fim, assume-se como pergunta de pesquisa: “Quais características obstétricas e sociodemográficas podem associar-se a distintos padrões de intervenções obstétricas e, consequentemente, definir modelos assistenciais distintos?”

Várias repercussões negativas são atribuídas ao uso excessivo de intervenções durante o trabalho de parto e parto, despertando a comunidade científica para a necessidade de se discutir um modelo de assistência que seja pautado *a priori* em evidências científicas. Embora se reconheça a necessidade de mudança no modelo de assistência para se atingir uma melhora nos desfechos maternos e neonatais, percebe-se uma lacuna entre a prática e as evidências científicas. Este distanciamento, muitas vezes, mostra a persistência de um modelo medicalizado que não se pauta nas evidências científicas, perpetuando uma assistência desumanizada e, frequentemente, iatrogênica para a díade.

Posto isso, o estudo tem por **objetivo geral** avaliar os perfis de coexistência e prevalência de intervenções obstétricas em maternidades públicas e privadas na cidade de Belo Horizonte e investigar os fatores sociodemográficos, obstétricos e do modelo hospitalar associados a estes perfis, e para isso tem como **objetivos específicos**:

- Estimar a prevalência das intervenções obstétricas em maternidades públicas e privadas na cidade de Belo Horizonte;
- Identificar a ocorrência de padrões/perfis de coexistência de intervenções obstétricas;
- Verificar se os fatores socioeconômico, obstétricos e do modelo hospitalar estão associados aos perfis de coexistência de intervenções obstétricas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Intervenções e modelos assistenciais

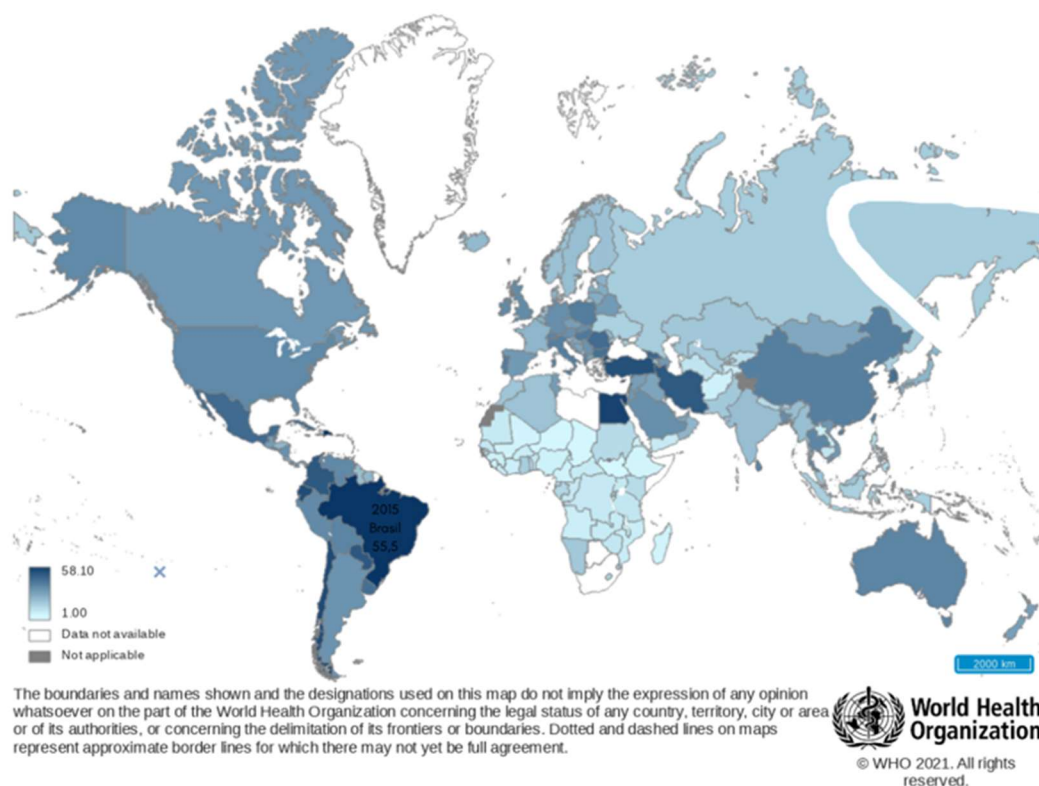
Primeiramente, é importante compreender alguns conceitos para interrelacioná-los ao este estudo. A palavra “intervenção” tem origem no latim *interventio*, que significa ato ou efeito de intervir, colocar-se entre, interferir. Na assistência ao parto a palavra intervenção define uso de tecnologias e ações que podem alterar a fisiologia do parto. É importante salientar que promover um ambiente seguro e respeitoso para o parto influencia diretamente na fisiologia, tendo em vista as descargas hormonais que são produzidas nos diferentes ambientes de parto. Sendo assim, as ações e atitudes dos profissionais influenciam diretamente no parto (BINFA et al., 2016; RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020).

Os modelos assistenciais são caracterizados como conjunto de conceitos e ações que definem a tomada de decisão durante a assistência. O modelo realiza o delineamento da estrutura assistencial, direcionando todo processo de trabalho e direciona a escolha das práticas assistenciais. Nesse sentido, o uso das intervenções é orientado pelo modelo (BENET et al., 2019; LEAL et al., 2019).

2.2 Panorama da assistência ao parto no Brasil e demais países

Muitos nascimentos ocorrem via cesariana, apesar de a maioria das gestações apresentarem riscos maternos ou fetais habituais, tanto pela influência do prenatalista, pelo medo da gestante do parto vaginal, quanto por ações iatrogênicas durante o trabalho de parto que podem culminar em uma cesariana de urgência (DOMINGUES et al., 2014; LEAL et al., 2014). Esse fato chama atenção para o risco do excesso de uso de tecnologias durante o nascimento. Embora a meta proposta pela OMS, para as cesarianas, seja que as taxas não ultrapassem os 15%, em muitos países, inclusive no Brasil, esses valores são muitos superiores (WHO, 2018), conforme demonstra a Figura 1:

Figura 1-Panorama mundial de nascimento por cesariana



Fonte: WORD HEALTH ORGANIZATION (2021)

A preocupação com as altas taxas de cesariana justifica-se pelas repercussões e riscos desta cirurgia, embora ela tenha indicações claras e, quando necessária, impacta, positivamente tanto para a mãe quanto recém-nascido; na prática, o que se observa é que suas indicações, em muitos casos, são controversas além de não serem baseadas em evidências científicas (WHO, 2018). Outro fator importante é o uso das intervenções obstétricas que também necessitam de indicações claras e baseadas em evidências científicas. Porém, em muitos casos também são utilizadas de forma indiscriminada, podendo culminar em uma cesariana de urgência devido ao excesso de uso (LEAL et al., 2014).

Nesse sentido, várias estratégias têm sido discutidas para uma melhora na assistência materno e fetal, dentre elas, está a proposta de se reduzir o uso de intervenções obstétricas na assistência ao parto. O respeito à fisiologia, ao corpo da mulher, prática baseada em evidência e o monitoramento da evolução do parto são as principais ações preconizadas para a assistência ao parto (WHO, 2018).

Nos últimos anos, diversos países têm se esforçado para implementar uma assistência obstétrica baseada em evidências científicas. A ideia é reduzir, abolir ou estimular algumas práticas, como a de monitoramento contínuo, manobra de Kristeller, tricotomia, livre movimentação durante o trabalho de parto (DAHLEN et al., 2012; FALK; NELSON; BLOMBERG, 2019; MASUDA et al., 2020; QIAN et al., 2006). Entretanto, em alguns países, como na Itália, um estudo realizado com

1.050 mulheres, em um hospital terciário, avaliou a melhora na qualidade da assistência a partir dos padrões propostos pela OMS, revelou que 69,3% das mulheres não tiveram liberdade de escolha na posição do parto e 13,1% delas foram submetidas à Kristeller (LAZZERINI et al., 2019).

Nas Filipinas, um estudo realizado para elucidar as lacunas entre as evidências científicas e as práticas assistenciais demonstrou que em 92% dos partos realizados, as primíparas tiveram episiotomia, e 31% tiveram Kristeller (MASUDA et al., 2020). Na Turquia, em um estudo realizado com 351 gestantes em um hospital estadual, 70,7% foram induzidos, 80,6% foram realizados enema, 35,5% tiveram restrição de movimento e em 43,3% houve Kristeller (ÇALIK; KARABULUTLU; YAVUZ, 2018). Além disso, esse mesmo estudo apontou que o excesso de intervenções influenciou na satisfação das mulheres com o parto, tendo, em sua maioria, baixa satisfação (ÇALIK; KARABULUTLU; YAVUZ, 2018). Esse resultado corrobora com estudo realizado no Chile que apontou que a maioria dos partos tiveram intervenções, e esse fato influenciou negativamente na experiência de parto das mulheres (BINFA et al., 2016).

No Brasil, a avaliação da assistência obstétrica demonstrou o uso excessivo de várias intervenções, e 40% das mulheres receberam ocitocina ou tiveram amniotomia durante o trabalho de parto, 92% pariram na posição de litotomia, 37% tiveram Kristeller e 56%, episiotomia. Esse estudo foi realizado em maternidades que realizavam 500 partos ou mais por mês em todo país. A amostra final contou com 23.940 puérperas (LEAL et al., 2014). Em amostra representativa da população brasileira, demonstrou-se, também, a baixa adesão às boas práticas na assistência ao parto entre as mulheres com gestação de risco habitual: apenas 25,6% puderam se alimentar e 28% tiveram liberdade de movimentação (LEAL et al., 2014). A adoção dessas práticas podem repercutir em aspectos, sociais, emocionais, físicos e psíquicos (DINIZ; CHACHAM, 2004; DOMINGUES et al., 2014; LEAL et al., 2014; NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015; NUCCI MARIANA; NAKANO ANDREZA RODRIGUES; TEIXEIRA LUIZ ANTÔNIO, 2018).

A necessidade de mudança na assistência ao parto, embora seja consenso, envolve muito mais do que apenas a mudança da prática (WHO, 2018). A adesão às evidências científicas envolve mudanças no modelo de assistência ao parto que traduz a forma de se ver e pensar não só sobre a gestação, mas também sobre o corpo feminino. A medicalização do parto expressa uma relação de poder em que o profissional que detém todo o conhecimento, controla, avalia e regula todo o processo, desconsiderando os desejos e as necessidades da mulher, sobretudo com um olhar de que, para que o parto ocorra, é necessário sempre intervir (MENA-TUDELA et al., 2021; VIEIRA, 2002).

2.3 Modelos de assistência ao parto

A assistência ao parto e nascimento tem sido intensamente discutida nas últimas décadas como uma das estratégias de mudanças para se obter melhoria na saúde materna e neonatal. Nesse sentido, vários estudos sobre o uso das tecnologias no parto demonstram que, embora algumas intervenções

representem uma melhoria na assistência, principalmente quando existem morbidades na gestação, elas também podem repercutir em ações iatrogênicas, quando utilizadas em excesso ou sem critérios clínicos (LEAL et al., 2014; WHO, 1996, 2018).

O respeito à fisiologia do parto e a redução do uso das intervenções têm associado a melhores desfechos maternos e neonatais. Dentre eles, pode-se destacar as disfunções causadas pela episiotomia no assoalho pélvico, o risco de fratura de costela e rotura de baço consequência de um Kristeller, prolapso de cordão umbilical devido à amniotomia de rotina, hipertonia uterina e até descolamento placentário devido à ocitocina sintética de rotina em altas doses, sem avaliação da contração uterina (BECERRA-CHAUCA; FAILLOC-ROJAS, 2019; DINIZ; CHACHAM, 2004; SMYTH; ALLDRED; MARKHAM, 2013; WHO, 2018). Outro impacto importante causado pelo uso excessivo das intervenções é a depressão pós parto e a insatisfação com a experiência de parto (DOMINGUES et al., 2014; LEITE et al., 2020). Estudo demonstrou que mulheres que tiveram intervenções no parto apresentaram mais chance de terem depressão após o parto (BELL; ANDERSSON, 2016). A insatisfação com a experiência está relacionada ao medo de se ter outros partos vaginais e, também, com a escolha da mulher por cesarianas eletivas (FALK; NELSON; BLOMBERG, 2019; LEITE et al., 2020).

Embora pareça simples reduzir o uso das tecnologias na assistência ao parto, essa mudança representa a quebra de um paradigma assistencial (GOMES et al., 2018). O modelo de assistência ao parto e nascimento passou por intensas modificações ao longo dos anos (SOUZA, 2018). O parto, antes assistido em um ambiente domiciliar e visto como um processo fisiológico, foi institucionalizado e, desde então, caracterizado como um evento patológico (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018). Esta mudança implementou o uso de inúmeras intervenções durante a assistência ao parto, como: episiotomia, enema, tricotomia e padronização da posição de parir (PRADO et al., 2017). Emergiu-se, portanto, a crença de que o corpo da mulher seria incapaz de parir sem que alguma intervenção fosse realizada (SOUZA, 2018; VIEIRA, 2002). Nessa perspectiva, houve o enfoque à doença, sendo a assistência centrada no saber médico (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018; SOUZA, 2018). Esta visão medicalizada permanece, ao se considerar que muitos profissionais desrespeitam com os desejos da mulher e da fisiologia do parto no momento em que estão conduzindo a assistência (D'ORSI et al., 2014; LEAL et al., 2014).

Desvela-se, assim, um modelo assistencial tecnocrata que reduz e limita o empoderamento da mulher no seu próprio parto (MENDONÇA, 2015). Soma-se a isso o fato de que, muitas vezes, a imposição dessas intervenções viola os direitos da mulher e repercute em ações desnecessárias, tornando o cenário obstétrico desumanizado (LANSKY et al., 2019).

Desde a década dos anos de 1980, a OMS vem discutindo acerca da necessidade de mudanças na assistência ao parto e nascimento. Em 1996, a OMS lançou o guia prático para assistência ao parto e nascimento, destacando a necessidade de adoção práticas baseadas em evidências científicas, como

uma das estratégias de mudança na assistência no ciclo gravídico e puerperal (CARVALHO et al., 2018). O Quadro 1 apresenta as recomendações propostas pela OMS.

Quadro 1- Recomendações da OMS para assistência ao parto normal

Categoria A - Práticas que são demonstravelmente úteis e devem ser encorajadas
1. Plano pessoal que determina onde e por quem o nascimento será assistido, feito com a mulher durante a gravidez e dado a conhecer ao seu marido/parceiro e, se aplicável, para a família. 2. Avaliação do risco de gravidez durante os cuidados pré-natais, reavaliada em cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de cuidados durante o parto, e durante todo o parto. 3. Monitorização do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto e parto, e na conclusão do processo de nascimento. 4. Oferta de fluidos orais durante o parto e o parto. 5. Respeito à escolha informada do local de nascimento da mulher. 6. Prestação de cuidados no trabalho de parto e parto ao nível mais periférico em que o nascimento é viável e seguro e onde a mulher se sinta segura e confiante. 7. Respeito ao direito das mulheres à privacidade no local de nascimento. 8. Apoio empático dos prestadores de cuidados durante o parto e o nascimento. 9. Respeito pela escolha de acompanhantes das mulheres durante o parto e o nascimento. 10. Oferecimento, às mulheres, de tanta informação e explicação quanto elas desejarem. 11. Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, tais como técnicas de massagem e relaxamento. 12. Monitorização fetal com auscultação intermitente. 13. Utilização única de materiais descartáveis e descontaminação apropriada de materiais reutilizáveis durante todo o trabalho e entrega. 14. Utilização de luvas no exame vaginal, durante o parto do bebê e em manuseamento da placenta. 15. Liberdade de posição e circulação durante todo o trabalho. 16. Incentivo à posição não supina em trabalho de parto. 17. Acompanhamento cuidadoso do progresso do trabalho, por exemplo, por meio da utilização do Partograma da OMS. 18. Ocitocina profilática na terceira etapa do trabalho de parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto, ou ameaçada mesmo por uma pequena quantidade de perda de sangue 19. Esterilidade no corte do cordão. 20. Prevenção da hipotermia do bebê. 21. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho e apoio da iniciação de amamentação no prazo de 1 hora pós-parto, em conformidade com a OMS diretrizes sobre a amamentação. 22. Exame de rotina da placenta e das membranas.
Categoria B - Práticas que são claramente prejudiciais ou ineficazes e devem ser eliminadas
1. Utilização de enema de rotina. 2. Uso de rotina da depilação púbica. 3. Rotina de infusão intravenosa no parto. 4. Inserção profilática de rotina de cânulas intravenosas. 5. Utilização de rotina da posição supina durante o parto.

6. Exame retal.
7. Utilização da pelvimetria de raios X.
8. Administração de ocitócicos em qualquer altura antes da entrega, de tal forma que a sua efeito não pode ser controlado.
9. Utilização de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o parto.
10. Puxos dirigidos para baixo (manobra de Valsalva) durante a segunda fase do trabalho de parto.
11. Massagem e alongamento do períneo durante a segunda etapa do trabalho de parto.
12. Utilização de comprimidos orais de ergometrina na terceira etapa do trabalho de parto para prevenir ou controlar a hemorragia.
13. Utilização de rotina da ergometrina parenteral na terceira etapa do trabalho de parto.
14. Lavagem rotineira do útero após o parto.
15. Revisão de rotina (exploração manual) do útero após o parto.

Categoria C - Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão

1. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o parto, tais como ervas aromáticas, imersão em água e estimulação nervosa.
2. Amniotomia precoce de rotina na primeira fase do parto.
3. Pressão fundamental durante o trabalho de parto.
4. Manobras relacionadas com a proteção do períneo e a gestão da cabeça do feto no momento do nascimento.
5. Manipulação ativa do feto no momento do nascimento.
6. Ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou combinação dos dois durante a terceira fase do trabalho.
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical.
8. Estimulação do mamilo para aumentar as contrações uterinas durante a terceira etapa do trabalho de parto.

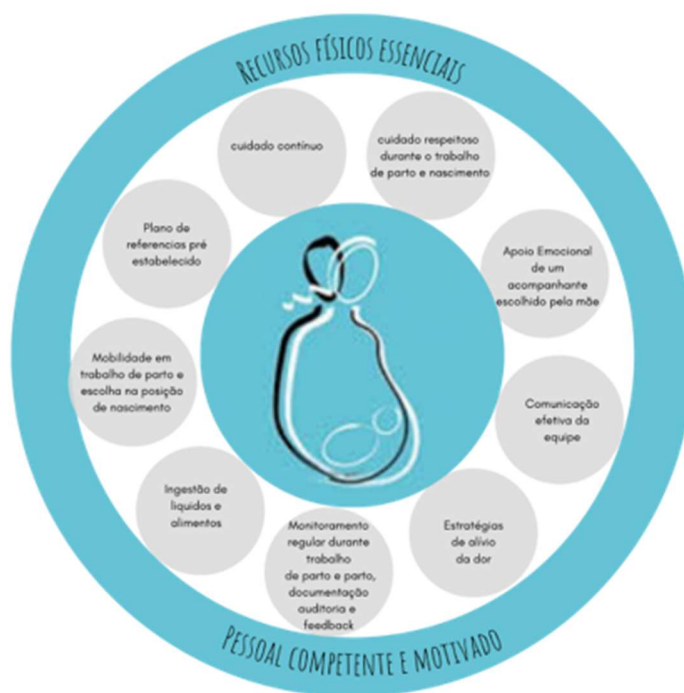
Categoria D - Práticas que são frequentemente utilizadas de forma inapropriada

1. Restrição de alimentos e fluidos durante o parto.
2. Controle da dor por agentes sistêmicos.
3. Controle da dor por meio de analgesia epidural.
4. Monitorização fetal eletrônica.
5. Uso de máscaras e capote esterilizadas durante o parto.
6. Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um cuidador.
7. Aumento da ocitocina.
8. Movimentação rotineira da mulher trabalhadora para uma sala diferente no início da segunda fase.
9. Cateterização da bexiga.
10. Encorajar a mulher a empurrar quando a dilatação total ou quase total de o colo do útero foi diagnosticado, antes que a mulher sinta a necessidade de empurrar.
11. Aderência rígida a uma duração estipulada da segunda fase do trabalho de parto.
12. Entrega operativa.
13. Uso liberal ou de rotina da episiotomia.
14. Exploração manual do útero após o parto.

Fonte: Care in normal birth: a practical guide 1996. Tradução da autora

Em 2018, as recomendações da OMS foram atualizadas e passaram a ter o foco na promoção de uma experiência positiva de parto. Tal estratégia atendeu à meta 3 dos objetivos de desenvolvimento sustentável que estabelece o compromisso mundial de garantir uma vida saudável e promover bem estar para todos e todas em qualquer idade (WHO, 2018). Neste aspecto, a proposta avançou em propor uma experiência positiva de parto (WHO, 2018). A Figura 2 apresenta as principais recomendações para uma experiência positiva de parto.

Figura 2 - Recomendações da OMS para assistência ao parto



Fonte: Intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018. Tradução da autora

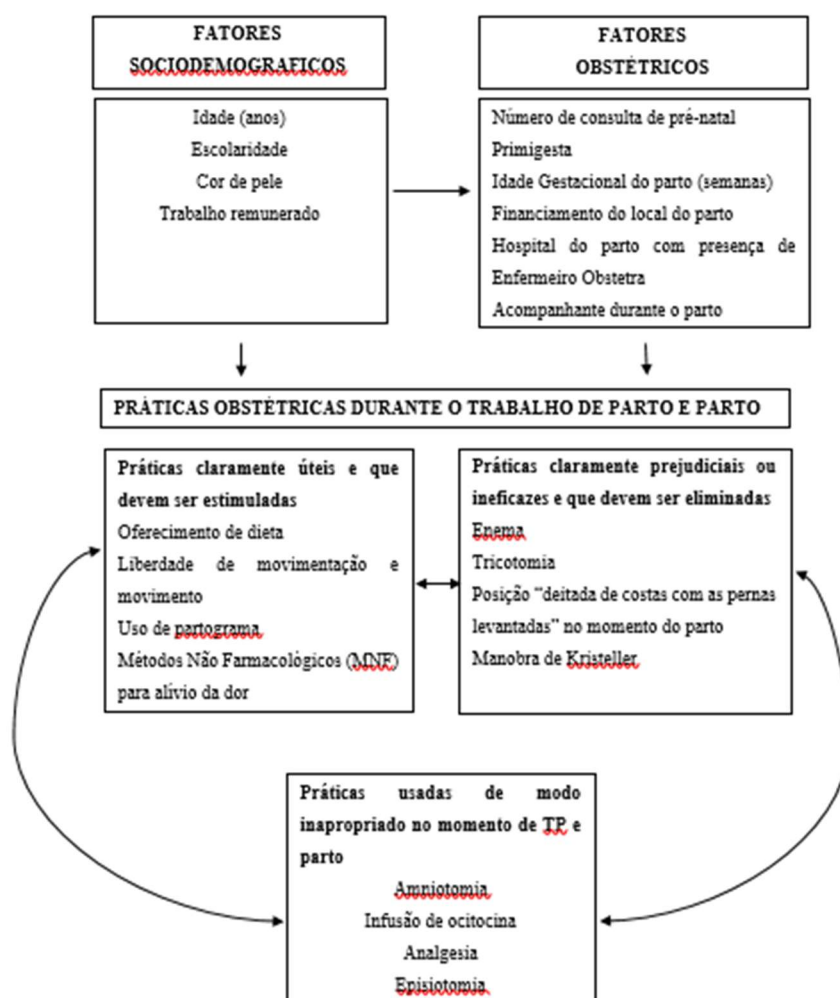
Este modelo de assistência reconhece e valoriza o protagonismo da mulher e preconiza o respeito à fisiologia do parto e a adoção de práticas baseadas em evidências científicas (WHO, 2018). Vários estudos foram realizados para avaliar quais seriam as melhores práticas a serem adotadas durante o parto (LEAL et al., 2014; PRADO et al., 2017), e, em sua maioria, os resultados apontam para a importância de se ter critérios clínicos baseados em evidências científicas que justifiquem o uso das intervenções (QIAN et al., 2006). Além disso, estratégias como a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no parto e a assistência da enfermeira obstétrica são apresentados como primordiais na assistência ao parto (HODNETT et al., 2013).

2.4 Modelo Teórico da coexistência e prevalência de intervenções obstétricas

A partir da revisão apresentada e hipótese deste estudo, elaborou-se um modelo teórico explicativo para este trabalho. Levaram-se em consideração as intervenções obstétricas e a ocorrência de padrões/perfis de coexistência destas intervenções, bem como com os fatores sociodemográficos, obstétricos e do modelo hospitalar que podem estar associados a elas.

Explicita-se, ainda, a “cascata de intervenções”, tendo em vista que todas as mulheres pertencentes a determinado perfil tendem a receber o mesmo conjunto de intervenções, demonstrando que a coexistência de intervenções obstétricas nos perfis define dois modelos de assistência ao parto. A Figura 3 apresenta este modelo, que traz aspectos importantes e que certamente contribuem para a coexistência de intervenções:

Figura 3 – Modelo teórico da coexistência e prevalência de intervenções obstétricas



Fonte: Elaborado para fins deste estudo

2.4.1 Caracterização dos modelos de assistência ao parto

Os estudos demonstraram a presença de dois modelos assistência antagônicos: o medicalizado e o não medicalizado, que coexistem nas instituições (CONESA FERRER et al., 2016).

Uma das principais características do modelo medicalizado é a elevada prevalência das intervenções no parto (BINFA et al., 2016; DINIZ; CHACHAM, 2004; GIORDANO; SURITA, 2019; LUTOMSKI; MORRISON; LYDON-ROCHELLE, 2012; MEAD; KORNBROT, 2004; SALGADO et al., 2019). Estas intervenções (CONESA FERRER et al., 2016; DINIZ; CHACHAM, 2004) muitas vezes são desnecessárias e prejudiciais à díade. Além disso, no modelo medicalizado o uso dos métodos claramente benéficos ao parto, como o apoio contínuo, o uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor e a liberdade de movimentação estão presentes na minoria dos partos (BENET et al., 2019; DINIZ; CHACHAM, 2004; PRADO et al., 2017; SALGADO et al., 2019). Outro fator relevante é que os critérios para utilização das intervenções, como a indução do parto, o uso da ocitocina para acelerar o trabalho de parto, não são baseados em evidências científicas (PRADO et al., 2017). Nesse modelo, a prática clínica e a experiência do profissional são os principais critérios utilizados para definição da assistência (BERGLUND et al., 2010; COSTA et al., 2009; PRADO et al., 2017).

A maioria dos estudos apresenta o médico como o principal profissional responsável pela assistência no modelo medicalizado (BINFA et al., 2016; CHRISTIAENS; NIEUWENHUIJZE; DE VRIES, 2013). Já as enfermeiras obstétricas são apresentadas como a profissional para se romper com esse modelo. (BENET et al., 2019; EIDE; NILSEN; RASMUSSEN, 2009) Chama atenção neste modelo, o fato de que o corpo da mulher está submisso à decisão do profissional de saúde, a parturiente é tratada como paciente e suas escolhas e preferências não são consideradas durante a assistência. (BENET et al., 2019; CONESA FERRER et al., 2016; DINIZ; CHACHAM, 2004)

Embora sejam adotadas diferentes nomenclaturas para o modelo de assistência não medicalizado, todos têm como objetivo principal reduzir as intervenções no parto, permitir o protagonismo feminino e o respeito à fisiologia (BINFA et al., 2016; CONESA FERRER et al., 2016; GIORDANO; SURITA, 2019; HILDINGSSON et al., 2018; LI et al., 2015; SHAW-BATTISTA et al., 2011). A sua assistência é pautada nas evidências científicas, as intervenções obstétricas são menos utilizadas, respeitando-se os critérios definidos pela OMS (CONESA FERRER et al., 2016; GIORDANO; SURITA, 2019; LI et al., 2015; SHAW-BATTISTA et al., 2011). A assistência do parto de baixo risco, na maioria dos estudos, é conduzida por parteiras, ou em uma assistência colaborativa com o médico obstetra (CONESA FERRER et al., 2016; EIDE; NILSEN; RASMUSSEN, 2009). A mulher neste modelo está na centralidade, a assistência é conduzida de forma dialógica entre a equipe e a parturiente e, os desejos da mulher são, portanto, relevantes para a tomada de decisões e direcionamento da assistência (CONESA FERRER et al., 2016).

2.4.2 Avaliação dos modelos

As estratégias apresentadas para a avaliação dos modelos foram baseadas na implementação das evidências científicas, desfechos maternos e neonatais e melhoria na qualidade da assistência. A

redução nas taxas de intervenções, como episiotomia, enema, manobra de kristeler e cesariana foram apontados como os principais fatores na efetividade da implementação das evidências (BARTUSEVICIENE et al., 2018; BOLTEN et al., 2016; LAZZERINI et al., 2019; MASUDA et al., 2020; MEAD; KORNBROT, 2004; QIAN et al., 2006; SHAW-BATTISTA et al., 2011). Entretanto, os estudos apontaram uma lacuna entre as evidências científicas e a prática assistencial, ou seja, existe uma dificuldade em implementar as práticas preconizadas pelas evidências científicas (COSTA et al., 2009; LUTOMSKI; MORRISON; LYDON-ROCHELLE, 2012; MASUDA et al., 2020; PRADO et al., 2017). Alguns estudos apontam que a experiência profissional e a formação contribuí mais para a tomada de decisão na prática clínica do que as evidências científicas, contribuindo para a permanência de práticas danosas e ultrapassadas, como a manobra de kristeller (BARTUSEVICIENE et al., 2018; BENET et al., 2019; BERGLUND et al., 2010; BINFA et al., 2016; DINIZ; CHACHAM, 2004; LAZZERINI et al., 2019; LI et al., 2015; MEAD; KORNBROT, 2004; PRADO et al., 2017). Nas instituições em que protocolos e diretrizes clínicas estão presentes, os mesmos nem sempre são utilizados na assistência (BINFA et al., 2016), apontando, assim, para necessidade de se discutir estratégias para se ter efetividade nas implementações (COSTA et al., 2009; LUTOMSKI; MORRISON; LYDON-ROCHELLE, 2012; QIAN et al., 2006). A avaliação da melhoria da qualidade da atenção foi relacionada à redução do uso de tecnologias no parto e nascimento (BERGLUND et al., 2010; LAZZERINI et al., 2019; LUTOMSKI; MORRISON; LYDON-ROCHELLE, 2012; SHAW-BATTISTA et al., 2011).

Assim, o parto deve ser assistido como um processo fisiológico, e o uso das intervenções restrito e indicado apenas quando necessário (PRADO et al., 2017; SHAW-BATTISTA et al., 2011). A assistência baseada em evidências está pautada em acompanhar o trabalho de parto por meio de instrumentos adequados, como o partograma, o apoio à parturiente, a presença do acompanhante e, portanto, permitindo o protagonismo da mulher (GIORDANO; SURITA, 2019; LI et al., 2015). Em relação aos desfechos maternos e neonatais, a satisfação da mulher, contato pele a pele prolongado, amamentação precoce e menor prevalência de intercorrências intra e após o parto foram relacionados ao modelo não medicalizado (CONESA FERRER et al., 2016; SHAW-BATTISTA et al., 2011).

2.4.3 Mudança no modelo

Vários programas de treinamento têm sido implementados para a mudanças no modelo de assistência (BINFA et al., 2016; COSTA et al., 2009; GIORDANO; SURITA, 2019; LAZZERINI et al., 2019; MEAD; KORNBROT, 2004). A auditoria feedback tem sido apontada como uma estratégia de sucesso tanto para a avaliação quanto para a mudança na prática (PRADO et al., 2017). A proposta desta estratégia é avaliar a prática assistencial e posteriormente, apresentar para o profissional quais condutas estão ou não pautadas nas evidências científicas. Conhecer a rotina assistencial dentro das

instituições e as crenças e valores dos profissionais tem resultados promissores (COSTA et al., 2009; LAZZERINI et al., 2019; MASUDA et al., 2020). Além disso, a construção de protocolos baseados nas recomendações da OMS representa o primeiro passo em direção a uma assistência não empírica (PRADO et al., 2017). Todavia, reconhece-se que, para a sua efetividade, é necessário trabalhar a adesão dos profissionais aos mesmos (BINFA et al., 2016; MASUDA et al., 2020). A redução da lacuna entre a evidência e a prática pode ser mitigada tanto pelo monitoramento da prática assistencial, quanto pela sensibilização da equipe multidisciplinar. (BERGLUND et al., 2010; LAZZERINI et al., 2019).

2.4.4 Desafios para mudança de modelo

O conceito de gestação é apontado em alguns estudos como o principal desafio para mudança no modelo assistencial, a visão patológica da gestação, contribui para que muitas intervenções desnecessárias sejam realizadas. (BENET et al., 2019; BERGLUND et al., 2010; CHRISTIAENS; NIEUWENHUIJZE; DE VRIES, 2013; DINIZ; CHACHAM, 2004). Grande parte dos profissionais resistentes à mudança de modelo possuem a crença de que o parto é um processo patológico, no qual é necessário intervir para se garantir a segurança (BENET et al., 2019; MEAD; KORNBROT, 2004). Nesse sentido, a gestante é vista como paciente, sem autonomia para a tomada de decisões em relação ao próprio parto (CONESA FERRER et al., 2016). A desconstrução dessa crença se faz necessária para que a adesão a novas práticas possa ser efetivada (CONESA FERRER et al., 2016). O processo de desmedicalização, ou seja, redução do uso de tecnologias no parto e promoção de práticas benéficas a parturição, também devem ser trabalhadas para a mudança na direção de um modelo baseado em evidências científicas (BENET et al., 2019). Estes processos devem ser iniciados ainda na formação acadêmica dos profissionais, com a incorporação das evidências científicas no ensino tradicional, abordando novas perceptivas e modificando assim, a prática assistencial. (BERGLUND et al., 2010).

Os fatores socioculturais, devem ser valorizados e considerados, uma vez que influenciam diretamente na escolha das mulheres e na assistência ao parto. (CHRISTIAENS; NIEUWENHUIJZE; DE VRIES, 2013). Em países, como a Holanda, onde o parto é visto pela sociedade como um processo fisiológico e natural, as taxas de intervenções são menores quando comparadas as de outros países, como a Bélgica, onde prevalece uma visão patológica do parto (CHRISTIAENS; NIEUWENHUIJZE; DE VRIES, 2013). Essa desconstrução perpassa por políticas públicas que, para incentivarem ao parto normal, adotem além de diretrizes clínicas preconizadas pela OMS (WHO, 2018), elabore programas educacionais para a promoção do parto desmedicalizado e inclua, além dos profissionais de saúde, a sociedade civil em geral (BENET et al., 2019; LAZZERINI et al., 2019).

3.MÉTODOS

3.1 Seleção e amostra do estudo

Trata-se de um estudo observacional com delineamento transversal, realizado com dados do estudo “Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre o Parto e Nascimento”, em 7 maternidades que atendem à rede pública de saúde e em quatro maternidades que prestam assistência à rede suplementar de saúde de Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil. A pesquisa “Nascer em Belo Horizonte - Inquérito sobre o parto e nascimento” utilizou o mesmo método de amostragem, logística e recursos materiais do estudo de abrangência nacional intitulado “Nascer no Brasil - Inquérito sobre parto e nascimento” e mais detalhes também podem ser verificados em estudo publicado previamente (VASCONCELLOS et al., 2014).

A amostra foi formada por puérperas que tiveram filhos nascidos vivos em 2011, em hospitais com 500 ou mais nascidos vivos em 2007, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). O processo de amostragem aconteceu em 3 estágios (VASCONCELLOS et al., 2014).

O primeiro estágio compreendeu a seleção dos hospitais participantes. Somente os que tiveram 500 ou mais nascidos vivos em 2007 foram incluídos nesse processo. Foram elegíveis, nessa etapa, 35,42% de todos os hospitais existentes, representando 77,1% de todos os nascidos vivos no ano de 2007. Para garantir tipos diferentes de hospitais, em todas as cinco macrorregiões do País, a amostra dos hospitais foi estratificada em: macrorregiões, ser de capital ou não e quanto ao tipo de financiamento (VASCONCELLOS et al., 2014). Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a taxa de cesárea do ano de 2007.

O tamanho mínimo de puérpera por estrato foi de 450. Assim, decidiu-se selecionar pelo menos 5 hospitais por estrato, totalizando 90 puérperas por hospital. Realizou-se a alocação proporcional ao número de hospitais por estratos, totalizando um tamanho no primeiro estágio de seleção de 266 hospitais (VASCONCELLOS et al., 2014).

A seleção dos hospitais deu-se por meio de probabilidade proporcional ao tamanho, utilizando o número de nascidos vivos no hospital segundo o SINASC (2007). Hospitais com mais de 13 nascidos vivos, por dia, foram incluídos independente do sorteio na amostra e tratados como estratos de seleção para a eleição de dias de pesquisa e puérperas. Para hospitais que se encontravam em estratos que continham menos de 5 hospitais, realizou-se um censo e cada hospital foi também tratado como estrato de seleção para os estágios subsequentes de amostragem (VASCONCELLOS et al., 2014).

O segundo estágio utilizou o método de amostragem inversa, que define o número de entrevistas realizadas como regra de parada para a amostra consecutiva de dias de pesquisa. Para considerar a diferença entre o número de nascidos vivos em dias úteis e fins de semana, um mínimo de 7 dias consecutivos por hospital foi obrigatório (VASCONCELLOS et al., 2014).

O último estágio de amostragem foi a seleção das puérperas elegíveis para participar do estudo. Puérperas com distúrbios mentais graves, em situação de rua, estrangeiras que não compreendessem o português, surdas/mudas e condenadas por ordem judicial foram consideradas inelegíveis. As puérperas foram selecionadas de maneira aleatória. O número de ordem da puérpera foi definido pela ordem de entrada no hospital para o parto (VASCONCELLOS et al., 2014).

3.2 População do estudo e coleta de dados

Foram incluídas, neste trabalho, todas as mulheres admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião do parto e que entraram em trabalho de parto (TP) (induzido ou não), independente da via de nascimento, totalizando 1.088 mulheres. Para esta análise, foram excluídas as mulheres que tiveram cesarianas ou que não havia informações sobre as intervenções obstétricas, totalizando 588 puérperas.

A coleta de dados ocorreu em duas fontes de dados e foi realizada por enfermeiras treinadas no período de novembro de 2011 a março de 2013. A primeira fonte de dados refere-se aos prontuários das parturientes. A segunda ocorreu por meio de entrevistas face a face, com o tempo mínimo 6 horas após o parto. Este tempo foi preestabelecido como intervalo mínimo para o descanso da puérpera no pós-parto. Os demais dados foram coletados diretamente no prontuário.

Ressalta-se que a diferença de temporalidade entre os anos de coleta de dados e a análise desta proposta não comprometem os resultados, pois acreditamos que não houve dissociação temporal das variáveis e no desenho do estudo.

3.3 Variáveis

Os dados foram coletados por meio de questionário padronizado aplicado às mães, com variáveis de identificação, sociodemográficas e de história clínica, além de outras variáveis e dados coletados nos prontuários das parturientes. As variáveis: oferta de alimentação, liberdade de movimentos, métodos não farmacológicos (NPM) para o alívio da dor, “deitar de costas com as pernas levantadas” no momento do parto, analgesia e episiotomia foram coletadas no prontuário e na entrevista.

Neste estudo, optou-se por utilizar os dados coletados nas entrevistas, por acreditar ser mais fidedigna a percepção da puérpera e por estes, nem sempre, serem registrados nos prontuários. Apenas

as variáveis: amniotomia, infusão de ocitocina, tricotomia, enema e partograma foram coletadas do prontuário, por se tratarem de variáveis que são registradas, na maioria das vezes, no prontuário da parturiente.

As variáveis selecionadas para a criação dos perfis de coexistência da realização de intervenções obstétricas basearam-se na classificação das práticas obstétricas durante o TP e parto proposto pela OMS, uma vez que esta era a classificação adotada à época da coleta dos dados, e podem ser observadas no Quadro 3.

Quadro 2 – Descrição das variáveis do estudo

(continua)

Práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto		
Variáveis	Instrumento de coleta	Categorias
<i>Práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas</i>		
Oferecimento de dieta	Entrevista	Sim; não; não informado
Liberdade de movimentação e movimento	Entrevista	Sim; não; não informado
Uso de partograma	Prontuário	Sim; não
Métodos Não Farmacológicos (MNF) para alívio da dor	Entrevista	Sim; não; não informado
<i>Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas</i>		
Enema	Prontuário	Sim; não
Tricotomia	Prontuário	Sim; não
Posição “deitada de costas com as pernas levantadas” no momento do parto	Entrevista	Sim; não; não informado
Manobra de Kristeller	Entrevista e prontuário	Sim; não; não informado
<i>Práticas usadas de modo inapropriado no momento de TP e parto</i>		
Amniotomia	Prontuário	Sim; não; não informado
Infusão de ocitocina	Prontuário	Sim; não; não informado

(conclusão)		
Analgesia	Prontuário	Sim; não
Episiotomia	Prontuário	Sim; não; não informado

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2017; WHO 1996; WHO 2018.

Notas: MNF = Métodos não farmacológicos para alívio da dor; TP = trabalho de parto.

3.4 Análise dos dados

O método do *Grade of Membership* (GoM) foi utilizado, neste estudo, para identificar a coexistência das intervenções obstétricas. Neste método, é permitida uma pertinência difusa, ou seja, ele possibilita que os indivíduos não se organizem em conjuntos bem definidos, como outros métodos, mas podem pertencer parcialmente a mais de um grupo (GUEDES, 2016).

As variáveis incluídas como variáveis explicativas dos perfis gerados pelo GoM foram: idade, cor de pele, escolaridade, trabalho remunerado, idade gestacional no parto, primigesta, número de consultas de pré-natal, financiamento do local de parto, presença do acompanhante no parto e hospital com presença de enfermeira(o) obstétrica(o).

Para a modelagem de dados categóricos, também se utilizou o GoM, pois este permite a classificação dos indivíduos por meio de escores de “graus” de proximidade ou de pertencimento a cada perfil gerado. Este tipo de análise permite a participação dos indivíduos em um ou mais perfis de agrupamento (GUEDES, 2016).

Nesse modelo, para cada indivíduo I ($i = 1, 2, 3, 4, \dots, I$) são atribuídos graus de pertinência (g_{ik}) a um determinado perfil relativo aos diversos conjuntos.

O modelo estima, para cada indivíduo, um escore de grau de pertinência (g_{ik}), que representa o grau que o elemento i pertence ao perfil extremo, e varia de 0 a 1, sendo pertencentes 100% aos perfis intitulados extremos (k) (GUEDES *et al.*, 2016). Quando um indivíduo pertence totalmente a um perfil tem-se $g_{ik} = 1$, sendo chamado de perfil puro (k). Os perfis são gerados a partir das variáveis categorias J ($j = 1, 2, 3, \dots, J$), sendo que em cada variável existem L_j categorias de resposta.

Dois conjuntos de coeficientes λ_{kjl} e os g_{ik} são gerados a partir da variável resposta discreta X_{ij} , podendo assumir qualquer valor entre 0 e 1, por serem probabilidades de ocorrência do atributo entre os tipos puros (GUEDES, 2016; PINTO, *et al.*; 2013).

Para cada característica dos perfis extremos gerados é estabelecido um critério preponderância a partir da razão $\lambda_{kjl}/$ frequência marginal (Razão E/O), sendo que a frequência marginal representa a probabilidade de ocorrência da característica na população total.

O valor de corte para a probabilidade da ocorrência de um l -ésima resposta a uma j -ésima variável em um k -ésimo perfil entre tipos puros daquele perfil deve ser pelo menos 20% superior à probabilidade marginal observada (GUEDES, 2016; PINTO, *et al.*; 2013).

A descrição dos perfis gerados foi baseada na probabilidade de ocorrência de uma resposta l-ésima (L) a uma variável j-ésima (J), em um perfil k-ésimo (K) entre “tipos puros” do perfil (probabilidade estimada) que deveria ser igual ou superior a 1,2, e a característica foi considerada um “marcador” deste perfil. Para cada rodada do GoM, o número dos perfis é predefinido e gerou-se até 6 perfis (k=6). Além disso, utilizou-se o critério de Informação de Akaike (*Akaike Information Criterion* – AIC) para definir o modelo de representação mais adequado (PINTO, J. S., CAETANO, A. J., 2013; SAWYER, LEITE & GARCIA, 2002; MANTON, K. G.; WOODBURY, M. A.; STALLARD, E., 1991; WOODBURY, M. A.; CLIVE, J.; GARSON, A., 1978).

O menor valor de AIC corresponde ao modelo de melhor ajuste, indicando o modelo com melhor adequação e menor viés. Os parâmetros g_{ik} e λ_{kjl} foram estimados utilizando o programa GoMRcpp.R para o R (PINTO, 2013).

A prevalência dos perfis extremos na população em análise foi calculada pela seguinte fórmula:

$$P_k = \frac{\sum_{i=1}^I g_{ik}}{\sum_{i=1}^I i} \text{ com } k = 1, 2, \dots, K. \quad (1)$$

Esta fórmula pode ser considerada uma média ponderada, pois o peso corresponde à proporção da população que apresenta qualquer grau de pertinência àquele perfil superior a 0 e menor ou igual a 1.

Neste estudo, as análises estatísticas foram realizadas com auxílio do programa Stata, versão 16.0. As estimativas foram apresentadas em proporções (%), com seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%). Para as variáveis quantitativas, depois de verificada a assimetria pelo teste Shapiro-Wilk, os dados foram apresentados por meio de mediana e intervalo interquartilico (IQ).

Após a criação dos perfis e a descoberta do grau de pertencimento (g_{ik}) de cada mulher, estas foram separadas segundo o maior grau de pertencimento no perfil. Foi categorizada como pertencente ao perfil 1 quando o seu g_{ik} foi $\geq 0,5$ para o perfil 1 e pertencente ao perfil 2 quando o g_{ik} foi $< 0,5$ para o perfil 2.

Para verificar a magnitude da associação entre os perfis gerados de coexistência da realização de intervenções obstétricas e seus possíveis determinantes (variáveis exposição), foram construídos modelos de regressão de Poisson, a fim de estimar os parâmetros de interesse - brutos e ajustados por idade, cor de pele, escolaridade, número de consulta de pré-natal, idade gestacional do parto e presença do acompanhante durante o TP e parto.

Quando este modelo de regressão é aplicado a dados binominais, o erro para o risco relativo pode ser superestimado, considerando que a variância da distribuição de Poisson aumenta progressivamente, enquanto a variância da distribuição binomial tem seu valor máximo quando a prevalência é 0,5. Para corrigir esse problema, utiliza-se o estimador de variância robusta, visando obter resultados semelhantes aos obtidos com o uso de estatísticas de *Mantel-Haenszel*, quando a

covariável de interesse é categórica (COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P.R., 2008).

Para o modelo de regressão multivariado, adotou-se o método *backward* para a construção do modelo ajustado e incluíram-se todas as variáveis de interesse em nível de significância estatística inferior a 20% na análise bivariada, sendo retirada uma a uma. Ressalta-se que critérios teóricos também foram considerados neste estudo. Utilizou-se, para verificação do ajuste do modelo final, o teste de *Hosmer & Lemeshow*. As razões de prevalências (RP) brutas e ajustadas foram apresentadas e os IC95% calculados, considerando-se um nível de significância de 0,05 em todos os procedimentos analíticos.

4 RESULTADOS

Neste estudo, foram analisados dados de 588 parturientes. A mediana da idade foi de 26 anos (IQ= 21- 31 anos), com predominância de cor de pele autorreferida parda (69,56%), mulheres que exerciam trabalho remunerado (76,77%), que possuíam ensino médio (56,97%) e estavam em união estável (66,67%) (Tabela 2).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das puérperas.

	n (%)	IC95%
Idade*	26 (21 - 31)	
Cor		
Branca	125(21,26)	18,13 – 24,76
Preta	54(9,18)	7,09 – 11,80
Parda**	409(69,56)	65,70 – 73,15
Trabalho remunerado		
Não	313(53,23)	49,17 – 57,24
Sim	275(76,77)	42,75 – 50,82
Escolaridade		
Nenhum e Ensino fundamental	202(34,35)	30,61 – 38,29
Ensino médio	335(56,97)	52,92 – 60,93
Ensino superior	51 (8,67)	6,64 – 11,24
Estado Civil		
Com companheiro	392(66,67)	62,74 – 70,37
Sem companheiro	196(33,33)	29,62 – 37,25

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Notas: *Mediana (IQ); **Inclui amarelas e indígenas; IC95% - Intervalos de Confiança.

A Tabela 3 apresenta os coeficientes λ_{kjl} das variáveis de intervenções obstétricas, selecionadas segundo a classificação das práticas obstétricas, durante o TP e parto proposto pela OMS. Ressalta-se que foram gerados até 6 perfis ($k=6$), sendo o perfil com $k=2$ com menor valor da AIC para todas as análises do GoM.

As mulheres com total pertencimento ($g_{ik} = 1$) do perfil 2 apresentaram as seguintes características: não receberam dieta durante o TP e parto, não tiveram liberdade de movimentação, não possuíam registro de uso de partograma, não receberam MNF de alívio da dor, foram submetidas ao procedimento de enema e sofreram manobra de Kristeller. Ademais, receberam analgesia e foram submetidas à episiotomia (Tabela 3).

Tabela 2– Distribuição dos coeficientes lambdas das variáveis internas para cada perfil extremo dos padrões de intervenções obstétricas em Hospitais de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Minas Gerais.

(continua)					
Intervenções Obstétricas	n (%)	Perfil 1 (λ_{1j1})	Perfil 2 (λ_{2j1})	Perfil 1 (Razão E/O)	Perfil 2 (Razão E/O)
Práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas					
<i>Oferecimento de dieta</i>					
Sim	185(31,463)	0,552	0,000	1,754	0,000
Não	375(63,776)	0,448	0,888	0,703	1,392
Não Informado	28(4,762)	0,000	1,124	0,000	2,360
<i>Liberdade de movimentação e movimento</i>					
Sim	353(60,03)4	1,000	0,000	1,666	0,000
Não	78(13,265)	0,000	0,324	0,000	2,443
Não Informado	157(26,70)1	0,000	0,676	0,000	2,532
<i>Uso de partograma</i>					
Sim	377(64,12)	0,795	0,432	1,239	0,674
Não	211(35,88)	0,206	0,568	0,573	1,583
<i>Métodos Não Farmacológicos (MNF) para alívio da dor</i>					
Sim	329(55,952)	1,000	0,000	1,787	0,000
Não	234(39,796)	0,000	0,900	0,000	2,261
Não Informado	25(4,252)	0,000	0,100	0,000	2,354
Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas					
<i>Enema</i>					
Não	583(99,150)	1,000	0,980	1,009	0,988
Sim	5(0,850)	0,000	0,020	0,000	2,352
<i>Tricotomia</i>					
Não	583(99,150)	1,000	0,980	1,009	0,988
Sim	5(0,850)	0,000	0,020	0,000	2,352
(conclusão)					
<i>Posição “deitada de costas com as pernas levantadas” na hora do parto</i>					
Não	474(80,612)	0,753	0,876	0,936	1,087
Sim	83(14,116)	0,247	0,000	1,747	0,000
Não Informado	31(5,272)	0,000	0,124	0,000	2,354
<i>Manobra de Kristeller</i>					
Não	357(60,714)	1,000	0,000	1,647	0,000
Sim	196(33,33)	0,000	0,857	0,000	2,572
Não Informado	35(5,952)	0,000	0,143	0,000	2,397
Práticas usadas de modo inapropriado no momento de TP e parto					
<i>Amniotomia</i>					
Não	255(43,367)	0,524	0,310	1,207	0,715
Sim	121(20,578)	0,185	0,235	0,898	1,141
Não Informado	212(36,054)	0,292	0,445	0,809	1,263
<i>Infusão de Ocitocina</i>					

Não	298(50,680)	0,579	0,401	1,143	0,809
Sim	290(49,320)	0,421	0,590	0,853	1,197
<i>Analgesia</i>					
Não	422(71,769)	1,000	0,338	1,393	0,471
Sim	166(28,23)1	0,000	0,662	0,00	2,346
<i>Epsiotomia</i>					
Não	420(71,429)	1,200	0,351	1,400	0,491
Sim	152(25,850)	0,000	0,585	0,000	2,264
Não Informado	16(2,721)	0,000	0,064	0,000	2,356

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Notas: Os valores de AIC obtidos com base nos modelos com dois, três, quatro, cinco e seis perfis foram: 10.114; 10412; 11.000; 11.000 e 12.0000 / $\lambda_{1j} = \text{lambda}$ s.

Na tabela 4, observa-se a prevalência ponderada e a prevalência de GiK=1 para cada perfil gerado. O perfil 1 apresentou a maior prevalência ponderada (57,59%) de pertencimento e pode ser considerado como um perfil no qual foram, predominantemente, utilizadas as boas práticas da assistência ao parto e nascimento.

No perfil 2, observa-se alta prevalência ponderada (42,24%) de pertencimento e caracteriza-se como um perfil em que não se utilizou o maior número de práticas boas práticas, segundo a classificação da OMS, mas o maior número de intervenções obstétricas (práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, ou práticas usadas de modo inapropriado no momento de TP e parto). Verifica-se, ainda, uma prevalência de Gik=1 nesse perfil de 11,05% da amostra, ou seja, essas mulheres pertencem, em sua totalidade (100%), a este perfil (Tabela 4).

Tabela 3 – Prevalências para cada perfil extremo dos padrões de intervenções obstétricas

Perfis	Prevalência ponderada	GiK=1
Perfil 1		N. (%)
Parturientes que tiveram oferecimento de dieta, liberdade de movimentação, uso de partograma, métodos não farmacológicos para alívio da dor, pariram na posição deitada, não foi realizada manobra de Kristeller e amniotomia, e uso de analgesia e não foi realizada episiotomia.	57,59	142 (24,15%)
Perfil 2		
Parturientes que não tiveram oferta de dieta e liberdade de movimentação, não utilizaram o partograma e métodos não farmacológicos para alívio da dor, foram submetidas à	42,24	65 (11,05%)

enema e tricotomia, manobra de Kristeller e amniotomia, tiveram analgesia e foi realizada episiotomia.

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Na Tabela 5, são apresentadas as análises bivariadas para os possíveis fatores associados aos perfis gerados. Observa-se que houve associação entre os perfis e as variáveis: idade, escolaridade, cor de pele, financiamento do hospital e presença e atuação da(o) enfermeira(o) obstetra na instituição.

Tabela 4 – Análises bivariadas para os fatores associados aos perfis em Hospitais.

Variável	Perfil 1	Perfil 2	RR (IC 95%)
<i>Variáveis Sociodemográficas</i>			
Idade (anos)	25,72(5,88)	26,87(6,88)	1,01(1,00 – 1,03)
Escolaridade			
Ensino Fundamental e nenhum	128(37,43)	74(30,08)	1
Ensino Médio	197(57,60)	138(56,10)	1,12(0,90 -1,40)
Ensino Superior	17(4,07)	34(13,82)	1,81(1,39 – 2,37)
Cor de pele			
Branca	61(17,84)	64(26,02)	1
Preta	33(9,65)	21(8,54)	0,75(0,52 – 1,10)
Amarela	248(72,51)	161(65,45)	0,76(0,63 – 0,94)
Trabalho remunerado			
Não	190(55,56)	123(50,00)	1
Sim	152(44,44)	123(50,00)	1,13(0,94 – 1,37)
<i>Variáveis obstétricas</i>			
Número de consulta de pré-natal	7,80(2,69)	7,92(2,88)	1,00(0,97 – 1,04)
Primigesta			
Sim	147 (42,98)	117(47,56)	1
Não	195(57,02)	129(52,44)	0,89 (0,74 – 1,08)
Idade Gestacional do parto (semanas)	38,72(2,09)	38,65(2,08)	0,99 (0,94 – 1,03)

Financiamento do local do parto

Público	338(98,83)	180(73,17)	1
Privado	4(1,17)	66(26,83)	2,71(2,37 – 3,09)

Hospital do parto com presença de Enfermeiro Obstetra

Ausente	87(25,44)	142(58,68)	1
Presença	51(14,91)	62(25,62)	0,88(0,72 – 1,07)
Atuante	204(59,65)	38(15,70)	0,25(0,18 – 0,34)

Acompanhante durante o parto

Sim	331(96,78)	237(96,34)	1
Não	11(3,22)	9(3,66)	1,07(0,65 – 1,76)

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Notas: Valor em negrito: $p < 0,05$; RR = Risco relativo; IC95% = Intervalo de confiança 95%.

Na tabela 6, é apresentado o modelo de regressão de *Poisson* final, ajustado para as variáveis: idade, cor de pele, escolaridade, número de consulta de pré-natal, idade gestacional do parto e presença do acompanhante durante o TP e parto.

Observa-se que o fato de a mulher ter parido em hospital onde havia a presença da(o) enfermeira(o) obstétrica(o) atuante reduziu em 0,35 vezes, em média, a prevalência de pertencer ao perfil em que as boas práticas não eram prevalentes, em comparação às mulheres que pariram em hospitais onde não havia a presença desse profissional.

Sobre a variável tipo de financiamento do hospital, mulheres que tiveram os seus filhos em hospitais cujo financiamento era privado, apresentaram aumento de 1,99 vezes, em média, na prevalência de pertencer ao perfil 2 em relação às mulheres que pariram em hospital com financiamento público.

Tabela 6 – Modelo de regressão de Poisson final. Belo Horizonte, Minas Gerais.

Variáveis	RP	IC 95%	p-valor
Hospital com presença de enfermeira(o) obstetra			
Ausente	1		
Presença	1,11	0,85 – 1,46	0,412
Atuante	0,35	0,25 – 0,49	<0,001
Tipo de financiamento do Hospital			
Público	1		
Privado	1,99	1,60 – 2,49	<0,001

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Notas: RP = Razão de prevalência; IC95% = Intervalos de Confiança de 95%; Valor em negrito = $p < 0,05$.

5. DISCUSSÃO

Neste estudo, foram gerados dois perfis antagônicos de coexistência de intervenções obstétricas com mulheres com perfis obstétricos semelhantes, sendo o primeiro pautado por intervenções obstétricas claramente úteis e que beneficiam a mulher no processo de parturição. O segundo perfil levou em consideração o uso de práticas claramente prejudiciais, as quais devem ser abolidas. Os resultados explicitaram, ainda, a “cascata de intervenções”, tendo em vista que todas as mulheres pertencentes a determinado perfil tenderam a receber o mesmo conjunto de intervenções, demonstrando que a coexistência de intervenções obstétricas nos perfis avaliados direciona para dois modelos de assistência ao parto. *A priori*, é necessário compreender os benefícios e riscos de cada intervenção, individualmente, e, posteriormente, a influência da sua coexistência nos resultados observados. Esta será a apresentação deste tópico de discussão dos resultados.

Práticas, tais como a liberdade de movimento, utilização do partograma, adoção de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, entre outros não se limitam às mulheres com baixo risco gestacional. Essas práticas compõem o grupo de práticas claramente úteis que devem ser encorajadas e podem ser utilizadas para auxiliar o parto, desde que as parturientes apresentem condições clínicas estáveis (WHO, 2018). No que diz respeito a essas práticas, pode-se dizer que elas proporcionam bem estar, um ambiente seguro e respeitoso para a evolução do trabalho de parto (WHO, 2018).

Nesse sentido, os métodos não farmacológicos para alívio da dor formam um conjunto de práticas que compreende técnicas, tais como massagem, hidroterapia e aromaterapia, aplicadas durante o trabalho de parto para aliviar e controlar a dor (MASCARENHAS et al., 2019; THOMSON et al., [s.d.]). Outro ato que deve ser adotado é incentivar às mulheres a alimentar-se e hidratar durante o trabalho de parto (WHO, 2018) para garantir, assim, a energia de que necessitam para experienciar todo o processo de parir (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013). Além disso, a liberdade de movimento e verticalização devem ser encorajadas, pois ajudam na evolução fisiológica do parto e permitem o alívio da dor (MASCARENHAS et al., 2019). Assim, deve-se permitir que as parturientes escolham e assumam uma posição confortável durante trabalho de parto e parto (DOKMAK et al., 2020; GUPTA, J.K., SOOD, A., HOFMEYR, G.J., 2017). Promove-se, portanto, mais conforto, bem-estar e uma experiência positiva de parto, além de um aumento do vínculo entre a mulher e o profissional da equipe multidisciplinar (THOMSON et al., [s.d.]).

Além da promoção do bem-estar, a vigilância adequada também é preconizada (WHO, 2018). Por isso, a evolução do trabalho de parto deve ser acompanhada por meio do partograma (LAVENDER; BERNITZ, 2020). Este instrumento consiste em registrar graficamente a dilatação cervical, a descida do bebê na pelve materna, bem como frequência das contrações, batimentos fetais e também as intervenções utilizadas no trabalho de parto (WHO, 2018). Assim, é possível mensurar

a velocidade da evolução e se será realmente necessário algum tipo de intervenção (LAVENDER; BERNITZ, 2020).

O clister, que consiste na realização da limpeza intestinal, durante trabalho de parto; a depilação perineal e o Kristeller, manobra em que se empurra o abdome materno para acelerar o nascimento, compõem o grupo de práticas prejudiciais que devem ser eliminadas por não haverem evidências que sustentem a sua utilização (BASEVI; LAVENDER, 2014; BECERRA-CHAUCA; FAILOC-ROJAS, 2019; REVEIZ; GAITÁN; CUERVO, 2013). Enfatiza-se a manobra de Kristeller, que motivou campanhas para que fosse abolida, considerando os desfechos graves que pode acarretar como rotura de baço e fígado materno e até fratura de costela (BECERRA-CHAUCA; FAILOC-ROJAS, 2019). Entretanto, essas práticas ainda são realizadas em hospitais brasileiros, apesar das evidências de que são obsoletas e prejudiciais (BECERRA-CHAUCA; FAILOC-ROJAS, 2019; WHO, 2018).

O grupo de práticas que são utilizadas de forma inadequada é composto pela amniotomia, infusão de ocitocina, analgesia e episiotomia (WHO, 1996, 2018). Na amniotomia, é realizada a ruptura artificial da membrana amniótica, promovendo a saída do líquido amniótico (SMYTH; ALLDRED; MARKHAM, 2013). Essa manobra pode aumentar a frequência e a intensidade das contrações, devendo ser realizada a partir de critérios clínicos claros, sendo que os riscos e benefícios devem ser avaliados (SMYTH; ALLDRED; MARKHAM, 2013; WHO, 2018).

A amniotomia, para além de alterar a dinâmica uterina, aumenta o risco de infecção materna e fetal, prolapso do cordão umbilical e pode elevar o desconforto materno (SMYTH; ALLDRED; MARKHAM, 2013). Entretanto, alguns profissionais a realizam como rotina, mesmo sem indicações clínicas, para acelerar o parto (SMYTH; ALLDRED; MARKHAM, 2013). Outra prática dessa categoria é o uso da ocitocina sintética, também utilizada por promover o aumento da frequência e intensidade das contrações (DALBYE et al., 2019). Sua indicação deve ser avaliada da mesma maneira que a amniotomia, ou seja, substanciada por evidências científicas, uma vez que pode aumentar o desconforto materno, bem como o risco de hipertonia uterina e descolamento da placenta (DALBYE et al., 2019; NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018). Além disso, essa medicação pertence à lista de drogas com elevado poder nocivo, de acordo com Instituto Americano para Práticas Médicas Seguras (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018). Tendo em vista os riscos que representa a utilização da amniotomia para indução eletiva, ou apenas para acelerar o trabalho de parto sem indicações clínicas baseadas em evidências científicas, seu uso deve ser desencorajado (DALBYE et al., 2019; NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

Embora a analgesia esteja no grupo de práticas que são utilizadas de forma inadequada, no parto vaginal, sua utilização deve ser garantida e disponibilizada às mulheres que solicitarem (SNG et al., 2014). No entanto, cabe destacar que este procedimento deve ser sempre avaliado junto a parturiente devido aos riscos prováveis para a mulheres e o bebê (SNG et al., 2014; WHO, 2018).

Recomenda-se que se ofereça à mulher outros métodos não farmacológicos para o alívio da dor, antes de se optar pela analgesia (NANJI; CARVALHO, 2020).

A episiotomia é outra intervenção utilizada de forma inadequada, ela consiste no corte realizado na região perineal, para ampliar a área para saída do bebê, acelerando assim o processo de nascimento (WHO, 2018). Durante muito tempo, foi utilizada de forma rotineira, principalmente em primigestas na crença de que se evitaria lacerações mais extensas (AMORIM et al., 2017). Porém, as evidências atuais ressaltam os danos causados e, sobretudo, não há provas de que reduza a número de resultados perinatais negativos (AMORIM et al., 2017; JIANG et al., 2017). A recomendação atual da OMS é para que não se realize episiotomia de rotina, e essa prática deve ser desestimulada (WHO, 2018)

Novamente ressalta-se que os principais resultados deste trabalho foram a presença de dois perfis assistenciais antagônicos, embora as mulheres apresentassem perfis obstétricos semelhantes e, em ambos os casos, estáveis. Ou seja, não existiam restrições clínicas ou indicações para que as parturientes não tivessem acesso às práticas claramente úteis, tampouco para que fossem utilizadas práticas que devem ser abolidas.

O Perfil 1 incluiu parturientes a quem foram oferecidos alimentos, tiveram liberdade de movimentos, a evolução do parto era acompanhada pelo partograma, tiveram acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor, deram à luz em posição deitada, não foram submetidas a manobra de Kristeller, amniotomia, analgesia e episiotomia, caracterizando o modelo não medicalizado. Por outro lado, o Perfil 2 incluiu parturientes a quem não foram oferecidos alimentos, não tiveram livre movimentação, não utilizaram métodos não-farmacológicos para o alívio da dor, e a evolução do parto não foi acompanhada no partograma. Além disso, foram submetidas a enema, depilação perineal, manobra de Kristeller, amniotomia, infusão de ocitocina, analgesia e episiotomia, atributos do modelo medicalizado.

Em contrapartida, há o modelo que adota tecnologias úteis para ajudar a proporcionar conforto, respeito às mulheres em parturição. Por conseguinte, cumpre os pressupostos de assistência baseados em evidências científicas, tais quais recomendados pela OMS, reduzindo os riscos apresentados pelo excesso de intervenções (WHO, 2018) que, na ausência de evidências científicas, aumenta o risco de iatrogenia que, para além aumentarem a chance de desfechos negativos tanto para a mãe e quanto para o bebê, contribui para o desenvolvimento do medo e da depressão pós-parto (JHA et al., 2018). Esse modelo persiste, apesar de todas as evidências que apoiam a redução no uso das intervenções (MOURA et al., 2020).

Embora sejam adotadas diferentes nomenclaturas para o modelo de assistência não medicalizado, todos têm como objetivo principal reduzir as intervenções no parto, permitir o protagonismo feminino e o respeito à fisiologia (BINFA et al., 2016; CONESA FERRER et al., 2016; GIORDANO; SURITA, 2019; HILDINGSSON et al., 2018; LI et al., 2015; SHAW-BATTISTA et

al., 2011). O perfil 1 representa parcialmente esse grupo, tendo em vista que, em alguns aspectos, promove as boas práticas, porém, em outros aspectos, permanece a dúvida se as mulheres não desejaram analgesia e se desejaram parir na posição deitada.

Na assistência pautada nas evidências científicas, adotam-se critérios clínicos em que a fisiologia do parto é considerada, e intervenções obstétricas são menos utilizadas, respeitando-se os critérios definidos pela OMS (CONESA FERRER et al., 2016; GIORDANO; SURITA, 2019; LI et al., 2015; SHAW-BATTISTA et al., 2011). A mulher, neste modelo, está na centralidade, a assistência é conduzida de forma dialógica entre a equipe multidisciplinar e a parturiente e, os desejos da mulher são, portanto, relevantes para a tomada de decisões e direcionamento da assistência (CONESA FERRER et al., 2016).

Em contrapartida, uma das principais características do modelo medicalizado é a elevada prevalência das intervenções no parto, corroborando com o perfil 2 apresentado neste estudo (BINFA et al., 2016; DINIZ; CHACHAM, 2004; GIORDANO; SURITA, 2019; LUTOMSKI; MORRISON; LYDON-ROCHELLE, 2012; MEAD; KORNBROT, 2004; SALGADO et al., 2019). Intervenções, como episiotomia, kristeller, enema e tricotomia (CONESA FERRER et al., 2016; DINIZ; CHACHAM, 2004), muitas vezes, são desnecessárias e prejudiciais à díade. Além disso, no modelo medicalizado, o uso dos métodos claramente benéficos ao parto, como o apoio contínuo, o uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor e a liberdade de movimentação não são utilizados (BENET et al., 2019; DINIZ; CHACHAM, 2004; PRADO et al., 2017; SALGADO et al., 2019).

Outro fator relevante é o de que os critérios para utilização das intervenções, como a indução do parto e o uso da ocitocina para acelerar o trabalho de parto, não são baseados em evidências científicas (PRADO et al., 2017). Nesse modelo, a prática clínica e a experiência do profissional são os principais critérios utilizados para definição da assistência (BERGLUND et al., 2010; COSTA et al., 2009; PRADO et al., 2017). Isso corrobora com alguns estudos que demonstram que a experiência profissional e a formação contribuem mais para a tomada de decisão na prática clínica do que as evidências científicas, auxiliando para a permanência de intervenções danosas e ultrapassadas (BARTUSEVICIENE et al., 2018; BENET et al., 2019; BERGLUND et al., 2010; BINFA et al., 2016; DINIZ; CHACHAM, 2004; LAZZERINI et al., 2019; LI et al., 2015; MEAD; KORNBROT, 2004; PRADO et al., 2017).

O modelo medicalizado apresenta o médico como o principal profissional responsável pela assistência e, em alguns países, como o Chile, as parteiras são apresentadas também como reprodutoras deste modelo (BINFA et al., 2016; CHRISTIAENS; NIEUWENHUIJZE; DE VRIES, 2013). Todavia, a maioria dos estudos apresentam as parteiras/enfermeiras obstétricas como a profissional para se romper e implementar a assistência baseada em evidências científicas (BENET et al., 2019; EIDE; NILSEN; RASMUSSEN, 2009).

A análise dos fatores associados aos perfis gerados neste estudo, mostram que, em hospitais nos quais havia um(a) enfermeira(o) obstétrica(o) na prática assistencial, reduziu-se em 0,35 vezes, em média, a prevalência de se pertencer ao perfil 2. Este resultado corrobora com pesquisa anterior que mostrou que a taxa de intervenções diminuem sempre que as enfermeiras obstétricas prestam assistência ao parto (RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020). Outra evidência tem mostrado que existem melhores cuidados maternos e resultados neonatais sempre que a assistência ao parto, baseada sobre boas práticas, é fornecido por enfermeiras(os) obstétricas(os) (LEAL et al., 2019; REIS, CARLOS SÉRGIO CORRÊA DOS; SOUZA, DANIELLE DE OLIVEIRA MIRANDA DE; NOGUEIRA, MARIA DE FÁTIMA HASEK; PROGIANTI, JANE MÁRCIA; VARGENS, 2014; SILVA et al., 2019).

No Brasil, ressalta-se o decreto n. 94,406, de 8 de Junho de 1987 que regulamentou a lei n. 7.498, de 25 de Junho de 1986, que, por sua vez, abordava o exercício da Enfermagem no Brasil, garantindo o desempenho das(os) enfermeiras(os) obstétricas(os) na assistência ao parto (BRASIL, [s.d.]). A Agência Nacional de Saúde (ANS) publicou Resolução Normativa n. 398, em 2016, que exigia que as companhias de seguros de saúde contratassem enfermeiras(os) obstétricas(os), sempre que possível (BRASIL, 2016).

Esta resolução normativa representa um avanço para a saúde das mulheres (FERREIRA JÚNIOR et al., 2021). Entretanto, a contratação de enfermeiras(os) obstétricas(os) não garante sua prática efetiva na assistência, uma vez que estes profissionais são frequentemente limitados aos processos burocráticos dentro das instituições (AMARAL et al., 2019; FERREIRA JÚNIOR et al., 2021). Por conseguinte, além de garantir a sua contratação, é necessário permitir que estes profissionais atuem diretamente na assistência ao parto e nascimento (FERREIRA JÚNIOR et al., 2021).

A persistência deste modelo demonstra a necessidade de se desconstruir crenças e valores desde a formação. O conceito de gestação é apontado, em alguns estudos, como o principal desafio para mudança no modelo assistencial, e a visão patológica da gestação contribui para que muitas intervenções desnecessárias sejam realizadas (BENET et al., 2019; BERGLUND et al., 2010; CHRISTIAENS; NIEUWENHUIJZE; DE VRIES, 2013; DINIZ; CHACHAM, 2004). Grande parte dos profissionais são resistentes a mudanças e possuem a crença de que o parto é um processo patológico, no qual é necessário intervir para se garantir a segurança (BENET et al., 2019; MEAD; KORNROT, 2004). Nesse sentido, a gestante é vista como paciente, sem autonomia para a tomada de decisões em relação ao próprio parto (CONESA FERRER et al., 2016). A desconstrução dessa crença faz-se necessária para que a adesão a novas práticas possa ser efetivada (CONESA FERRER et al., 2016).

O processo de desmedicalização, ou seja, a redução do uso de tecnologias no parto e promoção de práticas benéficas a parturição, também deve ser trabalhado para a mudança na direção de um

modelo baseado em evidências científicas (BENET et al., 2019). Estes processos devem ser iniciados ainda na formação acadêmica dos profissionais, com a incorporação das evidências científicas no ensino tradicional, abordando novas perspectivas e modificando assim, a prática assistencial (BERGLUND et al., 2010).

Outra estratégia importante é a avaliação da implementação das evidências científicas nas instituições (COSTA et al., 2009). A construção de protocolos e diretrizes clínicas institucionais é uma das estratégias apontadas para viabilizar essa implementação (BINFA et al., 2016; WHO, 2018), entretanto, dentre as lacunas apontadas nas evidências científicas, destaca-se a necessidade de se discutir a adesão dos profissionais a prática baseada em evidências (COSTA et al., 2009; LUTOMSKI; MORRISON; LYDON-ROCHELLE, 2012; MASUDA et al., 2020; PRADO et al., 2017). A redução da lacuna entre a evidência e a prática pode ser mitigada tanto pelo monitoramento da prática assistencial, quanto pela sensibilização da equipe multidisciplinar (BERGLUND et al., 2010; LAZZERINI et al., 2019).

Nesse monitoramento, a redução do uso de tecnologias no parto e nascimento é um dos principais critérios para avaliar a utilização das evidências científicas (BERGLUND et al., 2010; LAZZERINI et al., 2019; LUTOMSKI; MORRISON; LYDON-ROCHELLE, 2012; SHAW-BATTISTA et al., 2011). A redução nas taxas de episiotomia, enema, manobra de kristeler e cesariana foram apontadas como as principais indicadores da implementação das evidências (BARTUSEVICIENE et al., 2018; BOLTEN et al., 2016; LAZZERINI et al., 2019; MASUDA et al., 2020; MEAD; KORNBROT, 2004; QIAN et al., 2006; SHAW-BATTISTA et al., 2011).

Vários programas de treinamento têm sido implementados para mudança no modelo assistencial (BINFA et al., 2016; COSTA et al., 2009; GIORDANO; SURITA, 2019; LAZZERINI et al., 2019; MEAD; KORNBROT, 2004), e a auditoria *feedback* tem sido apontada como uma estratégia de sucesso tanto para a avaliação quanto para a mudança prática (PRADO et al., 2017). No Brasil, vários programas e estratégias, como a Rede Cegonha, Parto seguro, Parto Adequado e Apice on, têm sido implementados com objetivo de avaliar e melhorar a assistência obstétrica. A proposta dessa estratégia é avaliar a prática assistencial e, posteriormente, apresentar para o profissional quais condutas estão ou não pautadas nas evidências científicas. Conhecer a rotina assistencial dentro das instituições e as crenças e valores dos profissionais tem demonstrado resultados promissores (COSTA et al., 2009; LAZZERINI et al., 2019; MASUDA et al., 2020). Esta descoberta corrobora outros estudos, segundo os quais é necessário continuar a implementar ações de educação, bem como auditorias para apoiar e orientar a prática clínica, a fim de alterar o modelo de saúde (BENET et al., 2019; LAZZERINI et al., 2019).

Outro resultado deste estudo é o que diz respeito ao financiamento hospitalar, as mulheres que pariram em hospitais privados eram mais susceptíveis de pertencer ao perfil 2 do que as mulheres que deram à luz em hospitais públicos. Um estudo de âmbito nacional mostrou um aumento significativo

no acesso a algumas tecnologias durante o parto, bem como a redução do número de práticas nocivas no setor privado, evidenciando assim um avanço nesse setor (LEAL et al., 2019). No entanto, a prevalência de práticas que são claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser abolidas, ou de práticas que são utilizados de forma inadequada, ainda são elevadas nas instituições privadas (LEAL et al., 2019). A relevância das instituições públicas, na assistência às mulheres, no Brasil, é amplamente reconhecida, uma vez que ajudam a reduzir o número de cesarianas desnecessárias (LEAL et al., 2019). As mulheres assistidas nos hospitais públicos têm mais acesso a boas práticas de cuidados no parto e nascimento do que as assistidas no setor privado (CLESSE; LIGHEZZOLO-ALNOT; DE LAVERGNE; HAMLIN, 2019; LEAL et al., 2019).

Este fato pode ser associado a ações e incentivos do Ministério da Saúde para promover a assistência ao parto a partir das recomendações da OMS. A criação da estratégia Rede Cegonha em 2011, pelo Ministério da Saúde, trouxe a perspectiva de se implementar uma assistência pautada nas boas práticas (LEAL et al; 2021). A avaliação dessa iniciativa demonstrou grandes avanços, e muitos profissionais e instituições adequaram sua prática, o que contribuiu para mudanças na assistência ao parto (CORTÊS et al; 2018; LEAL et al; 2021; SILVA et al; 2021).

Por fim, ressalta-se que os fatores socioculturais também devem ser valorizados e considerados, uma vez que influenciam diretamente na escolha das mulheres e na assistência ao parto (CHRISTIAENS; NIEUWENHUIJZE; DE VRIES, 2013). Em países como a Holanda, onde o parto é visto pela sociedade como um processo fisiológico e natural, as taxas de intervenções são menores quando comparadas às de outros países, como a Bélgica, onde prevalece uma visão patológica do parto (CHRISTIAENS; NIEUWENHUIJZE; DE VRIES, 2013).

Dessa forma, para que haja essa desconstrução, o processo deve perpassar por políticas públicas que incentivem o parto vaginal, mas que também adotem diretrizes clínicas preconizadas pela OMS (WHO, 2018), que elaborem programas educacionais para a promoção do parto desmedicalizado e incluam, além dos profissionais de saúde, a sociedade civil em geral (BENET et al., 2019; LAZZERINI et al., 2019).

Algumas possíveis limitações devem ser consideradas neste estudo, como o fato de alguns estudos incluídos possuírem diferentes tamanhos de amostra e terem sido realizados em locais distintos. Apesar destas potenciais limitações, este estudo possui a utilização de uma metodologia rigorosa e, com os resultados apresentados, foi possível de identificar, na literatura, a produção científica sobre os modelos de assistência ao parto e nascimento, discutindo-a sobre a luz de diversos atores sociais.

Outra limitação desse trabalho é o uso de uma amostra não representativa da cidade de Belo Horizonte e da população brasileira, o que pode justificar a não associação, nesta pesquisa, com outros fatores socioeconômicos avaliados, mas que outros estudos demonstram ter associação com uma

assistência mais intervencionista. Salienta-se também o fato de que alguns dos dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas após o parto, o que pode ter prejudicado o relato de algumas mulheres. No entanto, vale ressaltar que a diferença de tempo entre os anos de coleta de dados e as análises da proposta atual não comprometeu os resultados deste estudo, uma vez que, presumivelmente, não houve dissociação temporal nas variáveis, no desenho do período de estudo e no contexto inerente à influência conjunta das intervenções obstétricas no cenário obstétrico brasileiro.

Destaca-se, ainda, a necessidade de estudos que apontem também os impactos dessas intervenções a longo prazo para o recém-nascido e direcionem também para a construção de estratégias para a mudança na formação profissional, sobretudo da enfermagem.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou a existência de dois modelos assistenciais, a partir da análise das intervenções utilizadas durante o parto e evidenciou os fatores associados com a coexistência dos perfis gerados, contribuindo, assim, para as discussões sobre a assistência ao parto no Brasil e para que se perceba a associação entre a prática assistencial e os diferentes modelos.

Ressalta-se que a melhoria da qualidade da assistência perpassa não somente à adequação da prática clínica, mas também à desconstrução da medicalização do parto. Apesar de avanços em direção à adesão a um modelo baseado em evidências científicas, e após uma década de instituição da Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde, ainda há predominância de um modelo reducionista, que remete ao poder profissional. Resultados deste trabalho também demonstraram que, quando o hospital dispunha, na cena do parto, da presença do profissional enfermeira(o) obstétrica(o) atuante, houve redução na chance de pertencerem ao perfil medicalizado.

Como pesquisadora, enfermeira obstétrica e mãe, ressalto que é urgente trabalhar para a desconstrução do conceito de patológico de parto, tanto pelos profissionais, quanto pela sociedade civil. É imprescindível, também, o reconhecimento da autonomia da mulher sobre seu corpo.

Enfim, espera-se que este estudo possa contribuir nas discussões acerca das intervenções obstétricas, bem como nos modelos de assistência ao parto, visando à implementação de práticas e, consequentemente, das políticas públicas que assegurem uma assistência pautada nas boas práticas ao parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, R. DA C. S. et al. The insertion of the nurse midwife in delivery and birth: obstacles in a teaching hospital in the Rio de Janeiro state. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. 1–10, 2019.
- AMORIM, M. M. et al. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: A randomized clinical trial. **Reproductive Health**, v. 14, n. 1, p. 1–10, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARTUSEVICIENE, E. et al. Comparison of midwife-led and obstetrician-led care in Lithuania: A retrospective cohort study. **Midwifery**, v. 65, p. 67–71, out. 2018.
- BASEVI, V.; LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, 14 nov. 2014.
- BECERRA-CHAUCA, N.; FAILLOC-ROJAS, V. E. Kristeller maneuver, physical and ethical consequences according to its central characters. **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia**, v. 45, n. 2, p. 1–13, 2019.
- BELL, A. F.; ANDERSSON, E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. **Midwifery**, v. 39, p. 112–123, 2016.
- BENET, M. et al. Alcance de la implementación en Cataluña. **Gaceta Sanitaria**, v. 33, n. 5, p. 472–479, 2019.
- BERGLUND, A. et al. Successful implementation of evidence-based routines in Ukrainian maternities. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 89, n. 2, p. 230–237, fev. 2010.
- BINFA, L. et al. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. **Midwifery**, v. 35, p. 53–61, abr. 2016.
- BOLTEN, N. et al. Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: A cohort study in the Netherlands. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 1, 2016.
- BRASIL. **Regulamenta a Lei nº 7.498 sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências**, [s.d.]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm>
- BRASIL. **Resolução Normativa nº 398, de 5 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrig**, 2016.
- ÇALIK, K. Y.; KARABULUTLU, Ö.; YAVUZ, C. First do no harm - Interventions during labor and maternal satisfaction: A descriptive cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 1–10, 2018.
- CARVALHO, R. et al. Maternal Mortality in Brazil: Proposals and Strategies for its

Reduction Mortalidade materna no Brasil : propostas e estratégias para sua redução. **Rev. Bras. Ginecol. e Obstet.**, p. 501–506, 2018.

CHRISTIAENS, W.; NIEUWENHUIJZE, M. J.; DE VRIES, R. Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands. **Midwifery**, v. 29, n. 1, p. e1–e8, jan. 2013.

CLESSE C; LIGHEZZOLO- ALNOT J; DE LAVERGNE S; HAMLIN, S. M. Factors related to episiotomy practice: an evidence- based medicine systematic review. **J. Obster Gynaecol**, p. 737–747, 2019.

CONESA FERRER, M. B. et al. Comparative study analysing women’s childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. **BMJ Open**, v. 6, n. 8, p. e011362, 26 ago. 2016.

COSTA, M. L. et al. Audit and feedback: Effects on professional obstetrical practice and healthcare outcomes in a university hospital. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 88, n. 7, p. 793–800, jan. 2009.

D’ORSI, E. et al. Social inequalities and women’s satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. **Cadernos de saude publica**, v. 30 Suppl 1, p. S1-15, ago. 2014.

DAHLEN, H. G. et al. Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. **BMJ Open**, v. 2, n. 5, p. e001723, 10 set. 2012.

DALBYE, R. et al. The Labor Progression Study: The use of oxytocin augmentation during labor following Zhang’s guideline and the WHO partograph in a cluster randomized trial. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 98, n. 9, p. 1187–1194, 2019.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. “The Cut Above” and “the Cut Below”: The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 12, n. 23, p. 100–110, 18 jan. 2004.

DOKMAK, F. et al. **Squatting position in the second stage of labor: A systematic review and meta-analysis** *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* Elsevier Ireland Ltd, , 1 nov. 2020.

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

EIDE, B. I.; NILSEN, A. B. V.; RASMUSSEN, S. Births in two different delivery units in the same clinic – A prospective study of healthy primiparous women. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 9, n. 1, p. 25, 22 dez. 2009.

FALK, M.; NELSON, M.; BLOMBERG, M. The impact of obstetric interventions and complications on women’s satisfaction with childbirth a population based cohort study including

16,000 women. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 1, p. 1–9, 2019.

FERREIRA JÚNIOR, A. R. et al. Potencialidades e limitações da atuação do enfermeiro no Centro Parto Normal. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 2, p. 1–8, 2021.

GIORDANO, J.; SURITA, F. G. The role of the respectful maternity care model in São Paulo, Brazil: A cross-sectional study. **Birth**, v. 46, n. 3, p. 509–516, 21 set. 2019.

GOMES, S. C. et al. Renascimento do parto: reflexões sobre a medicalização da atenção obstétrica no Brasil. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2594–2598, 2018.

GOVINDASWAMI, B. et al. Prevention of Prematurity: Advances and Opportunities. **Clinics in Perinatology**, v. 45, n. 3, p. 579–595, 2018.

GUEDES, G. R. **Grade of Membership**. Belo Horizonte: [s.n.].

GUPTA JK, SOOD A, HOFMEYR GJ, V. J. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2017, n. 2, 2017.

HILDINGSSON, I. et al. Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 16, n. February, p. 50–55, jun. 2018.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. In: HODNETT, E. D. (Ed.). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2013. v. 2013.

JHA, P. et al. Fear of childbirth and depressive symptoms among postnatal women: A cross-sectional survey from Chhattisgarh, India. **Women and Birth**, v. 31, n. 2, p. e122–e133, 2018.

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

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

LAVENDER, T.; BERNITZ, S. Use of the partograph - Current thinking. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 67, p. 33–43, 2020.

LAZZERINI, M. et al. Use of WHO standards to improve quality of maternal and newborn hospital care: a study collecting both mothers' and staff perspective in a tertiary care hospital in Italy. **BMJ Open Quality**, v. 8, n. 1, p. e000525, 13 fev. 2019.

LEAL, M. DO C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S17–S32, ago. 2014.

LEAL, M. DO C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, p. e00223018, 2019.

LEAL, M. DO C. et al. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 823–835, mar. 2021.

LEITE, T. H. et al. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum

depression: findings from Birth in Brazil Study. **Journal of Affective Disorders**, v. 273, n. March, p. 391–401, 2020.

LI, Y.-P. et al. A proposed mother-friendly childbirth model for Taiwanese women and obstetricians' attitudes toward it. 2015.

LUTOMSKI, J. E.; MORRISON, J. J.; LYDON-ROCHELLE, M. T. Regional variation in obstetrical intervention for hospital birth in the Republic of Ireland, 2005–2009. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 12, n. 1, p. 123, 5 dez. 2012.

MASCARENHAS, V. H. et al. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto Scientific evidence on non-pharmacological methods for relief of labor pain Evidencias científicas sobre métodos no farmacológicos para aliviar el dolor de parto Autor c. **Acta Paul Enferm**, v. 32, n. 3, p. 350–357, 2019.

MASUDA, C. et al. Evidence-based intrapartum practice and its associated factors at a tertiary teaching hospital in the Philippines, a descriptive mixed-methods study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 1, p. 78, 2020.

MEAD, M. M. .; KORNBROT, D. The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care. **Midwifery**, v. 20, n. 1, p. 61–71, mar. 2004.

MENA-TUDELA, D. et al. **Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth** **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 2021.

MENDONÇA, S. S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 2, p. 250, 4 set. 2015.

MOURA, N. A. DOS S. et al. Analysis of practices in childbirth and postpartum hospital care. **Rev Rene**, v. 21, p. e43671, 2020.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. A normalização da cesárea como modo de nascer: Cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. **Physis**, v. 25, n. 3, p. 885–904, 2015.

NANJI, J. A.; CARVALHO, B. Pain management during labor and vaginal birth. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 67, p. 100–112, 2020.

NUCCI MARIANA; NAKANO ANDREZA RODRIGUES; TEIXEIRA LUIZ ANTÔNIO. Ocitocina Sintetica e a aceleração do parto : reflexões sobre. p. 979–998, dez. 2018.

PALHARINI, L. A.; FIGUEIRÔA, S. F. DE M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 1039–1061, dez. 2018.

PRADO, D. S. et al. Practices and obstetric interventions in women from a state in the northeast of brazil rev aSSoc med braS Practices and obstetric interventions in women from a state

in the Northeast of Brazil. v. 63, n. 12, p. 1039–1048, 2017.

QIAN, X. et al. Evidence-informed obstetric practice during normal birth in China: trends and influences in four hospitals. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 1, p. 29, 1 dez. 2006.

REIS, CARLOS SÉRGIO CORRÊA DOS; SOUZA, DANIELLE DE OLIVEIRA MIRANDA DE; NOGUEIRA, MARIA DE FÁTIMA HASEK; PROGIANTI, JANE MÁRCIA; VARGENS, O. M. DA C. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 4, n. 1, p. 4972-4979-, 201AD.

REVEIZ, L.; GAITÁN, H. G.; CUERVO, L. G. Enemas during labour. In: REVEIZ, L. (Ed.). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2013.

RITTER, S. K.; GONÇALVES, A. DE C.; GOUVEIA, H. G. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, p. 1–8, 2020.

ROSSIGNOL, M. et al. Preventable Obstetrical Interventions: How Many Caesarean Sections Can Be Prevented in Canada? **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 35, n. 5, p. 434–443, 2013.

SALGADO, H. DE O. et al. Using the Maternity Safety Thermometer to estimate harm-free care in Southeast Brazil: A hospital-based cohort. **Birth**, v. 46, n. 4, p. 583–591, 1 dez. 2019.

SHAW-BATTISTA, J. et al. Obstetrician and Nurse–Midwife Collaboration. **Obstetrics & Gynecology**, v. 118, n. 3, p. 663–672, set. 2011.

SILVA, T. P. R. DA et al. Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. suppl 3, p. 235–242, dez. 2019.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2013, n. 8, 2013.

SMYTH, R. M. D.; ALLDRED, S. K.; MARKHAM, C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2013, n. 1, 2013.

SNG, B. L. et al. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 10, 9 out. 2014.

SOARES, C. B. et al. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010.

SOUZA, L. V. DE. Fontes para a história da ginecologia e obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 1129–1146, dez. 2018.

THOMSON, G. et al. Women’s experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. [s.d.].

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. 1º edição ed. Rio de Janeiro: [s.n.].

WHO. **Care in normal birth: a practical guide. maternal and newborn health/ safe**

motherhood unitBMC Public Health, 1996. Disponível em:
<https://ejournal.poltektegal.ac.id/index.php/siklus/article/view/298%0Ahttp://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2015.10.005%0Ahttp://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/58%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&P>

WHO. Intrapartum care for a positive childbirth experience. [s.l: s.n.].

APÊNDICES

APÊNDICE A – Paper 1, produto da dissertação.

Situação: submetido para publicação em periódico nacional.

MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO:

Objetivo: analisar a produção científica sobre os modelos de assistência ao parto e nascimento. **Método:** revisão integrativa da literatura que buscou reunir e sintetizar os principais resultados sobre os modelos de assistência ao parto e nascimento. Busca realizada no Pubmed MEDLINE e elegíveis 20 artigos. **Resultados:** A análise levou a quatro categorias: Caracterização dos modelos; Avaliação dos modelos; Mudança no modelo e Desafios para mudança de modelo. Observa-se que existem dois modelos assistenciais antagônicos nas instituições, o medicalizado e o não medicalizado. A avaliação dos modelos foi baseada na implementação das evidências científicas, desfechos maternos e neonatais e melhoria na qualidade da assistência. O parto deve ser assistido como um processo fisiológico baseado em evidências. **Conclusão:** Apesar de avanços em direção à adesão a um modelo baseado em evidências científicas, ainda há predominância de um modelo reducionista e medicalizado que remete ao poder profissional.

Descritores: Enfermagem; Assistência ao parto; Parto normal; Modelos de assistência a saúde; Atenção baseada em evidência científica.

Introdução

O modelo de assistência ao parto e nascimento passou por intensas modificações ao longo dos anos. O parto, antes assistido em um ambiente domiciliar e visto como um processo fisiológico, foi institucionalizado e, desde então, caracterizado como um evento patológico.(PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018) Esta mudança de modelo assistencial implementou o uso de inúmeras intervenções durante a assistência a parto, como: episiotomia, enema, tricotomia e padronização da posição de parir (PRADO et al., 2017). Emergiu-se portanto, a crença de que o corpo da mulher seria incapaz de parir sem que alguma intervenção fosse realizada (VIEIRA, 2002).

Nessa perspectiva, houve o enfoque à doença, sendo a assistência centrada no saber médico (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018; SOUZA, 2018). Esta visão permanece, ao se considerar que muitos profissionais descumprem com os desejos da mulher e a fisiologia do parto no momento em que estão conduzindo a assistência (D'ORSI et al., 2014; LEAL et al., 2014).

Embora o uso das tecnologias no parto tenha representado uma melhoria na assistência, principalmente quando existem morbidades na gestação, pode também repercutir em ações

iatrogênicas (CHRISTIAENS; NIEUWENHUIJZE; DE VRIES, 2013). O corpo da mulher passou , então, a ser submetido a diversas intervenções, sem associação à melhora nos desfechos maternos e neonatais (DAHLEN et al., 2012). Desvela-se, um modelo assistencial tecnocrata, que reduz e limita o empoderamento da mulher no seu próprio parto (MENDONÇA, 2015). Soma-se a isso, o fato de que muitas vezes, a imposição dessas intervenções viola os direitos da mulher e repercute em ações desnecessárias e tornando o cenário obstétrico desumanizado (LANSKY et al., 2019).

As repercussões deste modelo medicalizado culminaram em um movimento mundial pela mudança na assistência ao parto (LEAL et al., 2014). A Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou recomendações fundamentadas em evidências científicas, a fim de diminuir ou abolir o uso de determinadas intervenções e de estimular o uso de outras (WHO, 2018). A partir dessas recomendações diversos países adotaram, em seus protocolos, o modelo pautado nas boas práticas na assistência ao parto e nascimento.

Tal modelo de assistência reconhece e valoriza o protagonismo da mulher e preconiza o respeito à fisiologia do parto e a adoção de práticas baseadas em evidências científicas (WHO, 2018). Vários estudos foram realizados para avaliar quais seriam as melhores práticas a serem adotadas durante o parto (LEAL et al., 2014; PRADO et al., 2017). E, em sua maioria, os resultados apontam para a importância de se ter critérios clínicos baseados em evidências científicas, que justifiquem o uso das intervenções (QIAN et al., 2006). Além disso, estratégias como a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no parto e a assistência da enfermeira obstétrica, são apresentados como primordiais na assistência ao parto (HODNETT et al., 2013).

Várias repercussões negativas são atribuídas ao uso excessivo de intervenções durante o trabalho de parto e parto, despertando-se para a necessidade de se discutir um modelo de assistência que seja pautado *a priori* em evidências científicas. Embora se reconheça a necessidade de mudança no modelo de assistência, para que se atinja uma melhora nos desfechos maternos e neonatais, percebe-se uma lacuna entre a prática e as evidências científicas. Este distanciamento, muitas vezes mostra a persistência de um modelo medicalizado que não se pauta nas evidências científicas, perpetuando uma assistência desumanizada e muitas vezes iatrogênica para a díade. Assim, o objetivo deste trabalho foi analisar a produção científica sobre os modelos de assistência ao parto e nascimento.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que reúne e sintetiza os principais resultados sobre os modelos de assistência ao parto e nascimento (SOARES et al., 2010).

A pergunta norteadora foi elaborada a partir da estratégia PECO, onde: - P- parturientes, E- uso das intervenções no parto e nascimento, C- não se aplica e D- modelo de assistência. A seguinte questão foi definida: “Como as intervenções obstétricas definem os modelos de assistência ao parto?”.

A busca foi realizada no Pubmed (MEDLINE), sendo utilizados os seguintes termos Mesh em inglês: “Delivery, Obstetric”, “Episiotomy”, “Amniotomy”, “freedom of movement”, “pain relief”, “enema” e “analgesia”.

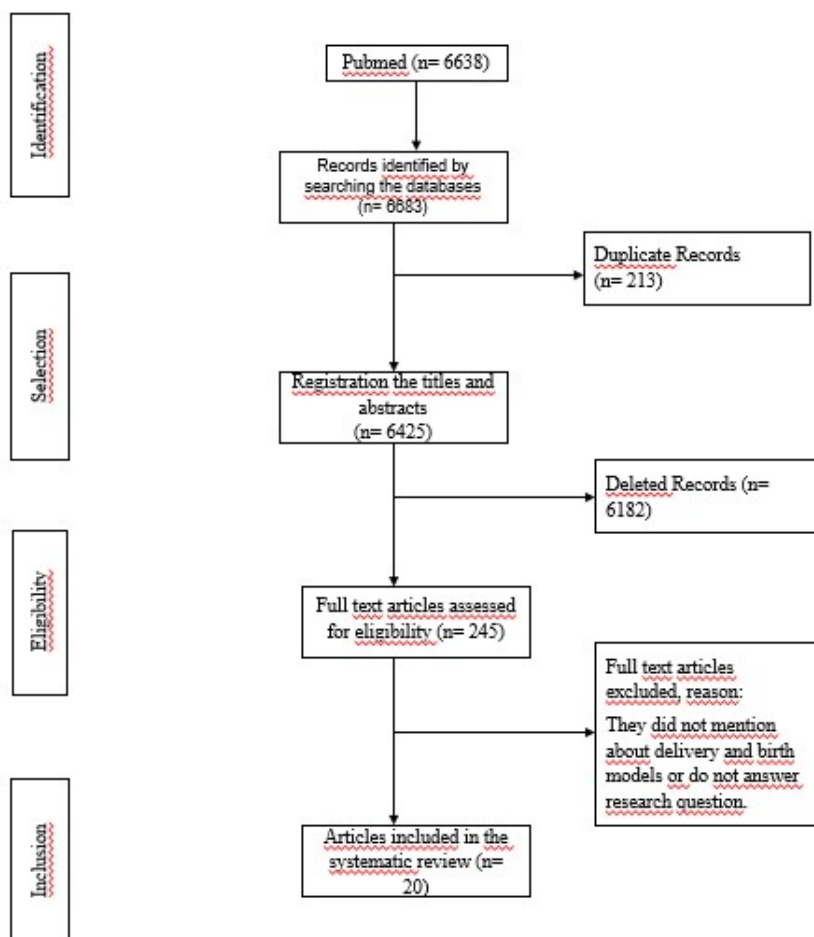
Também foram utilizados os seguintes termos sinônimos: “Artificial Rupture of Membranes”, “Fundal pressure”, “Kristeller maneuvers”, “offering a diet”, “partogram”, “non-pharmacological methods for pain relief”, “trichotomy”, “lying down for delivery” e “oxytocin infusion”. A estratégia de busca pode ser observada no material suplementar 1.

Adotou-se como critérios de inclusão publicações em inglês, português e espanhol, sem limitações de período e que respondessem à pergunta norteadora. E, como critérios de exclusão documentos de natureza editorial e relatos de experiência.

A seleção dos artigos ocorreu entre janeiro e março de 2021 e foi realizada em três etapas. Primeiro realizou-se a leitura dos títulos e resumo de todos os artigos. Em segundo, após a exclusão dos artigos que não contemplavam a pergunta de pesquisa, realizou-se a leitura na íntegra dos estudos selecionados. Por fim, elaborou-se um quadro sinóptico com as seguintes características dos estudos: autor, ano do estudo, título, localização geográfica, abordagem metodológica (qualitativo, quantitativo) e principais resultados. Ao final, as publicações também foram avaliadas de acordo com *Evidence- Based- Praticce*, que descreve os sete níveis de evidências.

Análise dos resultados

Após finalizar o processo de inclusão e exclusão das obras de acordo com a pergunta de pesquisa, foi realizada uma análise crítica, revisando-se os estudos incluídos. Ao final, para a interpretação dos resultados, foi realizada uma análise de conteúdo (BARDIN, 2016) A partir dos aspectos comuns entre os estudos, foi realizada uma categorização a fim de compreender quais as características dos modelos de assistência ao parto e nascimento e como os mesmos direcionam a assistência.



Resultados

Inicialmente, foram encontrados 6638 artigos e, após leitura dos títulos, resumos, atendimento aos critérios de inclusão e exclusão e retirada dos artigos duplicados, foram selecionados 243 artigos. Procedeu-se então a leitura na íntegra dos documentos, bem como verificado se respondiam à pergunta norteadora. Assim, foram selecionados 20 artigos, conforme demonstrado na figura 1.

Os resultados contemplaram estudos desde os anos 2000, sendo que que 50% das publicações foram escritas nos últimos 5 anos (a partir de 2016). Esse fato que demonstra como as discussões sobre

Figura 4 Diagrama PRISMA

os modelos de assistência ao tem se intensificado nos últimos anos. Em relação ao idioma, 63% deles foram publicados em inglês, 22% em português e 12% em espanhol. No que tange o local onde o estudo foi realizado, 59% foi realizado na Europa, 14% na Ásia e 27% na América.

Em relação ao nível de evidência, a maioria dos estudos da amostra (63%) apresentam nível de evidência IV, 32% nível VI e, 5% nível I (Tabela 2), ou seja, a maioria dos estudos que compõe a amostra foram coorte e caso controle. Esse resultado demonstra a necessidade de estudos mais

robustos, com maior nível de evidência, para se avaliar os diversos cenários obstétricos. Em relação ao local de realização do estudo em 73% da amostra o estudo foi realizado em maternidades ou hospitais, 14% foram coletados em bancos de dados e 13% em outras organizações de saúde (grupos de mães ou unidades de saúde). Em 81% dos estudos da amostra foi realizado entrevistas com puérperas, sendo que desses apenas três com puérperas de baixo risco, um com primíparas, em dois com puérperas e profissionais da saúde e em três apenas com profissionais da saúde.

Alguns estudos, realizaram a comparação do uso das intervenções entre diferentes profissionais, parteira e obstetra (CHRISTIAENS; NIEUWENHUIJZE; DE VRIES, 2013; SHAW-BATTISTA et al., 2011). A atuação da mesma categoria profissional, no caso a parteira em diferentes ambientes, enfermaria de baixo risco e alto risco também foi analisada (MEAD; KORNROT, 2004). Nesse sentido a parteira tem uma atuação menos intervencionista e possui uma percepção de risco que é influenciada pelo ambiente no qual está inserida.

As principais informações dos estudos da amostra encontram-se apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Detalhamento dos estudos da amostra. 2021.

	Autor(es), ano Local	Título	Tipo de estudo	Objetivo	Cenári o	Número de participante s	Nível de evidênci a
1	MEAD; KORNBROT, 2000 Reino Unido	The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care.	Coorte	The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care.	- 11 Unidades de saúde parteiras mulheres	- 888 - 9887	Nível IV
2	DINIZ; CHACHAM, 2004 Brasil	“The Cut Above” and “the Cut Below”: The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil.	Descritiv	Descreve e discutir o impacto do modelo de intervenção sobre a experiência do parto das mulheres no Brasil na saúde e na sexualidade das mulheres, a partir de informações de estudos qualitativos e quantitativos da literatura publicada.	Brasil	-	Nível VI
3	QIAN et al., 2006 China	Evidence-informed obstetric practice during normal birth in China: trends and influences in four hospitals.	Coorte	In the light of these policy and dissemination initiatives, we sought indicators of change in policy by examining change in clinical practice since the initial study in 1999, and explored potential influences on provider behaviour. In particular, we sought evidence that the multilateral initiatives or the	3 Hospitais públicos de Xangai	- 711	Nível IV

					local dissemination activities were perceived to influence practice.				
4	EIDE; NILSEN; RASMUSSEN, 2009 Noruega	Births in two different delivery units in the same clinic – A prospective study of healthy primiparous women.	Coorte	The aim of the present study was to compare intervention rates associated with labour in low-risk women who begin their labour in a midwife-led unit and a conventional care unit.	1 Hospital Universitário Haukeland	- 453 mulheres de baixo risco		Nível IV	
5	COSTA et al., 2009 Brasil	Auditoria e feedback: efeitos sobre a prática obstétrica profissional e resultados de saúde em um hospital universitário.	Coorte	Avaliar os efeitos da auditoria e feedback sobre a prática dos profissionais de obstetria.	1 Hospital Universitário no Brasil	- 628 partos		Nível IV	
6	BERGLUND et al., 2010 Ucrânia	Successful implementation of evidence-based routines in Ukrainian maternities.	Coorte	To describe the process of change and assess compliance and effect on maternal and infant outcome when the WHO package Effective Perinatal Care (EPC) was implemented at maternities in Ukraine.	03 maternidades	- 369 profissionais de saúde		Nível IV	

	Autor(es) e ano	Título	Tipo de estudo	Objeti vo	Cenário	Número de participan tes	Nível de evidên cia
7	SHAW- BATTISTA et al., 2011 Califórnia	Obstetrici an and Nurse- Midwife Collaboration.	Coorte	To evaluate maternal and neonatal outcomes of collaborative maternity care for a socioeconomicall y diverse patient population in a California community hospital.	Banco de First and Pregnancy Delivery	- 4426 mulheres primíparas	IV Nível
8	LUTOMSKI; MORRISON; LYDON- ROCHELLE, 2012 Irlanda	Regional variation in obstetrical intervention for hospital birth in the Republic of Ireland, 2005–2009.	Coorte	Explor e rates of frequently performed intrapartum interventions across four major regions in Ireland over a five-year period.	Banco de Hospital In-Patient Inquiry (2005-2009)	- 323.588 mulheres	IV Nível
9	CHRISTIAENS; NIEUWENHUIJZE; DE VRIES, 2013 Holanda e Bélgica	Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands.	Coorte	Offer new insights about the medicalisation of childbirth by descritivo closely examining the trends in obstetric intervention rates in Flanders and the Netherlands and by considering the influence of contextual factors – including the organisation of the medical	Banco de perinatal registros dados nacional	- 665 registros	IV Nível

						system, professional guidelines, and cultural ideas – on the way maternity care is delivered.							
0	1	LI et al., 2015 Tawian	A proposed mother- friendly childbirth model for Taiwanese women and obstetricians' attitudes toward it.	Revisão sistemática	The objective of this study was to propose a practicable mother-friendly childbirth model tailored to Taiwanese women in order to improve the quality of perinatal care and maternal satisfaction.	12 Hospitais Taiwan em obstetras	-	172		Nível I			
1	1 2016	BINFA et al., Chile	Assessme nt of the o implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile.	Descritiv	The purpose of that study was to evaluate the implementation of the Model os integrate and humanizaed health services, and the clinical guide for humanizaed attetion during labour and childbirth.	Hospital e parturientes metropolitano	-	1882	VI	Nível			
2	1 2016	FERRER et al., Espanha	Comparat ive study analysing o women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care.	Descritiv	To describe the differences in obstetrical results and women's childbirth satisfaction across 2 different models of maternity care	2 Hospitais universitários do sudeste da Espanha mulheres	-	406	VI	Nível			

					(biomedical model and humanised birth).						
3	1 2016	BOLTEN et al., Holanda	Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands.	Coorte	This study aims to give insight into differences in obstetric interventions and maternal outcomes for planned home versus planned hospital birth among women in midwife-led care.	20 clínicas na Holanda	- mulheres de baixo risco	3495 baixo	IV	Nível	
4	1 PRADO et al., 2017	SIQUEIRA Brasil	Práticas e intervenções obstétricas em mulheres de um estado do Nordeste do Brasil.	Descritiv	Descrever as práticas e intervenções utilizadas durante o trabalho de parto e parto e os fatores associados a tais práticas em puérperas do estado de Sergipe.	11 maternidades	- puérperas	768	VI	Nível	
5	1 2019	BENET et al., Espanha	Alcance de la implementación en Cataluña de las estrategias de salud reproductiva (2008-2017).	Cartográfia Etnográfia	Análizar la implementación de las estrategias de salud reproductiva en las actividades cotidianas de los servicios y la transformación de las prácticas de profesionales y usuarias.	Hospitais	- participantes	25	VI	Nível	

6	1	LAZZERINI et al., 2019	Itália	Use of WHO standards to improve quality of maternal and newborn hospital care: a study collecting both mothers' and staff perspective in a tertiary care hospital in Italy.	a	Qualitativ	This study aimed at documenting the use of the WHO standards for improving the quality of maternal and neonatal care (QMNC) in a tertiary hospital, Northeast Italy.	Hospital terciário na Itália	- 101 profissionais de saúde - 105 profissionais e 1050 puérperas	VI	Nível
7	1	MASUDA et al., 2020	Filipinas	Evidence-based intrapartum practice and its associated factors at a tertiary teaching hospital in the Philippines, a descriptive mixed-methods study.	a	Qualitativ	This study aims to describe the practice of evidence-based intrapartum care and its associated factors, as well as exploring the perceptions of healthcare providers in a tertiary hospital in the Philippines.	Maternidade no Centro sul das Filipinas	- 170 partos observados - 25 médicos - 28 parteiras - 25 enfermeiras	VI	Nível
8	1	SALGADO et al., 2019	Brasil	Using the Maternity Safety Thermometer to estimate harm-free care in Southeast Brazil: A hospital-based cohort.		Coorte	O objetivo deste estudo foi mensurar a segurança da assistência ao parto de mães e bebês nascidos na região sudeste do Brasil, que reúne 42% da população do país. Avaliamos a segurança estimando o número de danos e fatores associados, de acordo com as	Hospitais públicos e privados do sudeste do Brasil	- 10.155 mulheres	IV	Nível

					definições do MST.					
9	1	GIORDANO; SURITA, 2019 Brasil	The role of the respectful maternity care model in São Paulo, Brazil: A cross-sectional study.	Coorte	The purpose of this study was to assess the cesarean rates, the prevalence of birth practices, perinatal outcomes, and maternal satisfaction, in women involved with the respectful maternity care (RMC) support groups in São Paulo, Brazil.	Movimen to de atenção à maternidade respeitosa de São Paulo	-	580	IV	Nível
0	2	BARTUSEVICI ENE et al., 2018 Lituânia	Comparis on of midwife-led and obstetrician-led care in Lithuania: A retrospective cohort study.	Coorte	To compare midwife-led and obstetrician-led care and their relation to caesarean section rates and obstetric and neonatal outcomes in low-risk births.	Hospital de atenção terciaria para mulheres em Kaunas, Lituania.	-	1384 parturientes de baixo risco- 2012 - 1283 parturientes de baixo risco-2014		

A maioria dos estudos, descreveu as intervenções obstétricas utilizadas durante o trabalho de parto. Alguns realizaram uma comparação antes e depois de um treinamento ou implementação de protocolos que incentivavam a adoção das boas práticas na assistência ao parto e nascimento preconizadas pela OMS(WHO, 2018). Os resultados demonstram alguns avanços na redução do uso das intervenções, porém o modelo assistencial medicalizado ainda persiste.

A episiotomia (90%), posição no parto (50%) e uso da analgesia (40%) foram as três intervenções mais observadas nos estudos. Abaixo Quadro 2 com as principais intervenções analisadas nos estudos.

Quadro 2: Principais intervenções analisadas nos estudos

Autor(es), ano Local	Intervenções
MEAD; KORNBROT, 2000, Reino Unido	Monitoramento fetal contínuo. Analgesia epidural. Tempo de trabalho de parto e percepção de risco em trabalhos de parto de baixo risco pelas parteiras. Percepção influenciada pelo ambiente de trabalho
DINIZ; CHACHAM, 2004, Brasil	Episiotomia, tipo de parto, medicamentos para induzir o parto, rotura da bolsa,posição deitada para parir, kristeller
QIAN et al., 2006 China	Tricotomia, enema, episiotomia, posição não supina, suporte contínuo acompanhante , mobilidade durante o parto
EIDE; NILSEN; RASMUSSEN, 2009 Noruega	Presença do acompanhante, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor,presença da Midwife, posição do parto, episiotomia,uso da analgesia
COSTA et al., 2009 Brasil	Presença do acompanhante, Monitoramento fetal contínuo, episiotomia, profilaxia antibiótica para mulheres submetidas a cesariana, gestão ativa da terceira fase do parto.
BERGLUND et al., 2010 Ucrânia	Partograma, indução do parto, amniotomia, uso da oxitocina, parto cirúrgico, episiotomia, anestesia pós-parto, uso de analgésicos e presença de acompanhante.
SHAW-BATTISTA et al., 2011 California	Indução do parto, amniotomia, oxitocina, metodos não famacologicos para alívio da dor, analgesia, episiotomia, monitoramento fetal, tipo de parto
LUTOMSKI; MORRISON; LYDON-ROCHELLE, 2012 Irlanda	Indução do parto, amniotomia, episiotomia, analgesia epidural, tipo de parto
CHRISTIAENS; NIEUWENHUIJZE; DE VRIES, 2013 Holanda e Bélgica	Indução do parto, amniotomia, episiotomia, analgesia epidural, tipo de parto

LI et al., 2015 Tawian	Monitoramento fetal , enema, tricotomia, restrição de ingestão oral, suporte de fluido parenteral de rotina, amniotomia , métodos não farmacológico da dor, posição vertical durante o parto, episiotomia, Kristeller.
BINFA et al., 2016 Chile	Amniotomia, oxitocina no segundo estágio e analgesia peridural, monitoramento fetal contínuo, posição de parto, tipo de parto, alimentação, hidratação oral,
FERRER et al., 2016 Espanha	Indução do parto, métodos de alívio da dor, tipo de parto, duração do trabalho de parto, tipo de laceração e episiotomia
BOLTEN et al., 2016 Holanda	Tipo de parto, episiotomia, uso da oxitocina no segundo estágio , oxitocina no terceiro estágio, laceração, perda sanguínea estimada, posição no parto, uso de metodos farmacológicos para alívio da dor (analgesia, opioides). Duração do primeiro e segundo estágio do parto e transferência.
SIQUEIRA PRADO et al., 2017 Brasil	Métodos não farmacológicos para alívio da dor, uso da oxitocina, partograma amniotomia, posição de parto episiotomia, manobra de kristeller, presença de acompanhante.
BENET et al., 2019 Espanha	Movimentação durante o parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, episiotomia, autonomia da parteira, enema, tricotomia, uso de cateter venoso, contato pele a pele, presença do acompanhante.
LAZZERINI et al., 2019 Itália	Cesariana ; episiotomia ; restrições aos movimentos livres durante o trabalho de parto , posição de litotomia para escolha da equipe ; pele a pele ; amamentação precoce.
MASUDA et al., 2020 Filipinas	Episiotomia, kristeller, uso da oxitocina no segundo estágio do parto, laceração, parto assistido, posição de nascimento, monitoramento fetal
SALGADO et al., 2019 Brasil	Tipo de parto, trauma perineal, episiotomia, parto espontâneo
GIORDANO; SURITA, 2019 Brasil	Tipo de parto, posição no parto, enema, tricotomia e episiotomia, alimentação durante o parto.
BARTUSEVICIE NE et al., 2018 Lituânia	Partos vaginais instrumentais, amniotomia, aumento do trabalho de parto, analgesia epidural, episiotomia, trauma perineal, duração do trabalho de parto, peso ao nascer e índice de Apgar <7 em 5 min.

Após a análise do conteúdo dos artigos da amostra, as informações similares foram agrupadas e estratificadas em quatro categorias analíticas: caracterização dos modelos, avaliação dos modelos, mudança no modelo e desafio para a mudança de modelo. Para cada categoria analítica foram atribuídas características, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 3: Estratificação dos artigos da amostra conforme categoria analítica do estudo. 2021.

Estratificação dos resultados		
Caracterização dos modelos	Critérios no uso das intervenções	1; 2; 8; 11; 18; 19
	Profissional na liderança	3; 4; 9; 12; 13;20
	Protagonismo da mulher	4; 7; 11; 12; 15; 19
	Uso das evidências científicas	3; 6;8; 10; 14;16; 17; 19;
Avaliação dos modelos	Implementação das evidências	5; 6; 7; 8; 15; 16;
	Desfechos maternos e neonatais	6;7; 12; 17; 18; 20;
	Melhoria da qualidade da atenção	5; 6; 7; 10; 8; 17; 18
Mudança no modelo	Estratégias utilizadas para mudança.	5; 6; 10; 15; 14; 3; 17; 19; 20
	Implementação de protocolos	6; 8; 11; 14
	Sistemas de avaliação /auditoria feedback	5; 6; 14; 16; 18
Desafios para mudança de modelo	Crença dos profissionais	1; 2; 10; 11; 15; 16; 20
	Formação acadêmica	6; 14
	Desmedicalização	1; 4; 7; 8; 9; 11; 12; 15;20
	Conceito de gestação	2; 7; 15; 19
	Sociocultural	7; 9; 11; 13; 16

Discussão

A discussão deste estudo será apresentada conforme as categorias analíticas adotadas neste trabalho.

Caracterização dos modelos

Os resultados deste estudo demonstraram a presença de dois modelos assistência antagônicos: o medicalizado e o não medicalizado, que coexistem nas instituições (CONESA FERRER et al., 2016). Uma das principais características do modelo medicalizado é a elevada prevalência das intervenções no parto (BINFA et al., 2016; DINIZ; CHACHAM, 2004; GIORDANO; SURITA,

2019; LUTOMSKI; MORRISON; LYDON-ROCHELLE, 2012; MEAD; KORNBROT, 2004; SALGADO et al., 2019). Estas intervenções: episiotomia, kristeller, enema e tricotomia (CONESA FERRER et al., 2016; DINIZ; CHACHAM, 2004), muitas vezes, são desnecessárias e prejudiciais à díade. Além disso, no modelo medicalizado o uso dos métodos claramente benéficos ao parto, como o apoio contínuo, o uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor e a liberdade de movimentação estão presentes na minoria dos partos (BENET et al., 2019; DINIZ; CHACHAM, 2004; PRADO et al., 2017; SALGADO et al., 2019). Outro fator relevante é que os critérios para utilização das intervenções, como a indução do parto, o uso da ocitocina para acelerar o trabalho de parto, não são baseados em evidências científicas (PRADO et al., 2017). Nesse modelo, a prática clínica e a experiência do profissional são os principais critérios utilizados para definição da assistência (BERGLUND et al., 2010; COSTA et al., 2009; PRADO et al., 2017).

A maioria dos estudos apresenta o médico como o principal profissional responsável pela assistência no modelo medicalizado e, em alguns países, como Chile, as parteiras são apresentadas como reprodutoras deste modelo (BINFA et al., 2016; CHRISTIAENS; NIEUWENHUIJZE; DE VRIES, 2013). Todavia, a maioria dos estudos apresentam as parteiras como a profissional para se romper com esse modelo (BENET et al., 2019; EIDE; NILSEN; RASMUSSEN, 2009). Chama atenção neste modelo, o fato de que o corpo da mulher está submisso à decisão do profissional de saúde, a parturiente é tratada como paciente e suas escolhas e preferências não são consideradas durante a assistência (BENET et al., 2019; CONESA FERRER et al., 2016; DINIZ; CHACHAM, 2004).

Embora sejam adotadas diferentes nomenclaturas para o modelo de assistência não medicalizado, todos têm como objetivo principal reduzir as intervenções no parto, permitir o protagonismo feminino e o respeito à fisiologia (BINFA et al., 2016; CONESA FERRER et al., 2016; GIORDANO; SURITA, 2019; HILDINGSSON et al., 2018; LI et al., 2015; SHAW-BATTISTA et al., 2011). A sua assistência é pautada nas evidências científicas, as intervenções obstétricas são menos utilizadas, respeitando-se os critérios definidos pela OMS (CONESA FERRER et al., 2016; GIORDANO; SURITA, 2019; LI et al., 2015; SHAW-BATTISTA et al., 2011). A assistência do parto de baixo risco, na maioria dos estudos, é conduzida por parteiras, ou em uma assistência colaborativa com o médico obstetra (CONESA FERRER et al., 2016; EIDE; NILSEN; RASMUSSEN, 2009). A mulher neste modelo está na centralidade, a assistência é conduzida de forma dialógica entre a equipe e a parturiente e, os desejos da mulher são, portanto, relevantes para a tomada de decisões e direcionamento da assistência (CONESA FERRER et al., 2016).

Avaliação dos modelos

As estratégias apresentadas pelos estudos para a avaliação dos modelos foram baseadas na implementação das evidências científicas, desfechos maternos e neonatais e melhoria na qualidade da assistência. A redução nas taxas de intervenções, como episiotomia, enema, manobra de kristeller e cesariana foram apontados como os principais fatores na efetividade da implementação das evidências (BARTUSEVICIENE et al., 2018; BOLTEN et al., 2016; LAZZERINI et al., 2019; MASUDA et al., 2020; MEAD; KORNBROT, 2004; QIAN et al., 2006; SHAW-BATTISTA et al., 2011). Entretanto, os estudos apontaram uma lacuna entre as evidências científicas e a prática assistencial, ou seja, existe uma dificuldade em implementar as práticas preconizadas pelas evidências científicas (COSTA et al., 2009; LUTOMSKI; MORRISON; LYDON-ROCHELLE, 2012; MASUDA et al., 2020; PRADO et al., 2017). Alguns estudos apontam que a experiência profissional a formação contribui mais para a tomada de decisão na prática clínica do que as evidências científicas, contribuindo para a permanência de práticas danosas e ultrapassadas, como a manobra de kristeller (BARTUSEVICIENE et al., 2018; BENET et al., 2019; BERGLUND et al., 2010; BINFA et al., 2016; DINIZ; CHACHAM, 2004; LAZZERINI et al., 2019; LI et al., 2015; MEAD; KORNBROT, 2004; PRADO et al., 2017). Nas instituições em que protocolos e diretrizes clínicas estão presentes, os mesmos nem sempre são utilizados na assistência (BINFA et al., 2016), apontando, assim, para necessidade de se discutir estratégias para se ter efetividade nas implementações (COSTA et al., 2009; LUTOMSKI; MORRISON; LYDON-ROCHELLE, 2012; QIAN et al., 2006). A avaliação da melhoria da qualidade da atenção foi relacionada à redução do uso de tecnologias no parto e nascimento (BERGLUND et al., 2010; LAZZERINI et al., 2019; LUTOMSKI; MORRISON; LYDON-ROCHELLE, 2012; SHAW-BATTISTA et al., 2011).

Assim, o parto deve ser assistido como um processo fisiológico, e o uso das intervenções restrito e indicado apenas quando necessário (PRADO et al., 2017; SHAW-BATTISTA et al., 2011). A assistência baseada em evidências está pautada em acompanhar o trabalho de parto por meio de instrumentos adequados, como o partograma, o apoio à parturiente, a presença do acompanhante e, portanto, permitindo o protagonismo da mulher (GIORDANO; SURITA, 2019; LI et al., 2015). Em relação aos desfechos maternos e neonatais, a satisfação da mulher, contato pele a pele prolongado, amamentação precoce e menor prevalência de intercorrências intra e após o parto foram relacionados ao modelo não medicalizado (CONESA FERRER et al., 2016; SHAW-BATTISTA et al., 2011).

Mudança no modelo

Vários programas de treinamento têm sido implementados para a mudanças no modelo de assistência (BINFA et al., 2016; COSTA et al., 2009; GIORDANO; SURITA, 2019; LAZZERINI et al., 2019; MEAD; KORNBROT, 2004). A auditoria feedback tem sido apontada como uma estratégia de sucesso tanto para a avaliação quanto para a mudança na prática (PRADO et al., 2017). A proposta desta estratégia é avaliar a prática assistencial e posteriormente, apresentar para o profissional quais

condutas estão ou não pautadas nas evidências científicas. Conhecer a rotina assistencial dentro das instituições e as crenças e valores dos profissionais tem resultados promissores (COSTA et al., 2009; LAZZERINI et al., 2019; MASUDA et al., 2020). Além disso, a construção de protocolos baseados nas recomendações da OMS representa o primeiro passo em direção a uma assistência não empírica (PRADO et al., 2017). Todavia, reconhece-se que, para a sua efetividade, é necessário trabalhar a adesão dos profissionais aos mesmos (BINFA et al., 2016; MASUDA et al., 2020). A redução da lacuna entre a evidência e a prática pode ser mitigada tanto pelo monitoramento da prática assistencial, quanto pela sensibilização da equipe multidisciplinar (BERGLUND et al., 2010; LAZZERINI et al., 2019).

Desafios para mudança de modelo

O conceito de gestação é apontado em alguns estudos como o principal desafio para mudança no modelo assistencial, a visão patológica da gestação, contribui para que muitas intervenções desnecessárias sejam realizadas (BENET et al., 2019; BERGLUND et al., 2010; CHRISTIAENS; NIEUWENHUIJZE; DE VRIES, 2013; DINIZ; CHACHAM, 2004). Grande parte dos profissionais resistentes à mudança de modelo possuem a crença de que o parto é um processo patológico, no qual é necessário intervir para se garantir a segurança (BENET et al., 2019; MEAD; KORNBROT, 2004). Nesse sentido, a gestante é vista como paciente, sem autonomia para a tomada de decisões em relação ao próprio parto (CONESA FERRER et al., 2016). A desconstrução dessa crença se faz necessária para que a adesão a novas práticas possa ser efetivada (CONESA FERRER et al., 2016). O processo de desmedicalização, ou seja, redução do uso de tecnologias no parto e promoção de práticas benéficas a parturição, também devem ser trabalhadas para a mudança na direção de um modelo baseado em evidências científicas (BENET et al., 2019). Estes processos devem ser iniciados ainda na formação acadêmica dos profissionais, com a incorporação das evidências científicas no ensino tradicional, abordando novas perceptivas e modificando assim, a prática assistencial (BERGLUND et al., 2010).

Os fatores socioculturais, devem ser valorizados e considerados, uma vez que influenciam diretamente na escolha das mulheres e na assistência ao parto (CHRISTIAENS; NIEUWENHUIJZE; DE VRIES, 2013). Em países, como a Holanda, onde o parto é visto pela sociedade como um processo fisiológico e natural, as taxas de intervenções são menores quando comparadas as de outros países, como a Bélgica, onde prevalece uma visão patológica do parto (CHRISTIAENS; NIEUWENHUIJZE; DE VRIES, 2013). Essa desconstrução perpassa por políticas públicas que, para incentivarem ao parto normal, adotem além de diretrizes clínicas preconizadas pela OMS (WHO, 2018), elabore programas educacionais para a promoção do parto desmedicalizado e inclua, além dos profissionais de saúde, a sociedade civil em geral (BENET et al., 2019; LAZZERINI et al., 2019).

Pontos fortes e limitações

Alguns estudos incluídos possuíam diferentes tamanhos de amostra e foram realizados em locais distintos o que não permite um confronto fidedigno de dados. Apesar dessas potenciais limitações, este estudo possui metodologia rigorosa e replicável, apontando os modelos de assistência ao parto e nascimento, com diversos atores sociais, o que mostra a sua potência de discussão.

Considerações finais

Embora vários avanços em direção à adesão a um modelo baseado em evidências científicas, sejam destacados nos resultados percebe-se, ainda, a predominância prática de um modelo reducionista e medicalizado. Este fator chama a atenção pela persistência de um escopo que remete a uma relação de poder, no qual o profissional não deseja perder seu protagonismo. Nesse sentido, as estratégias apontadas necessitam ser aprimoradas, como por exemplo, a implementação de novos currículos na formação profissional e o monitoramento contínuo da assistência e seus indicadores. Aponta-se a necessidade de mais estudos que avaliem os modelos de assistência, bem com, a prática assistencial. Por fim, essa revisão permitiu reconhecer os modelos e as práticas assistenciais inerentes aos mesmos com atores sociais diversos. Esta relação é primordial para a efetivação de uma assistência pautada nas evidências científicas.

Agradecimentos

Agradecemos aos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Vacinação (NUPESV) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais pela colaboração e apoio.

Referências

- AMARAL, R. DA C. S. et al. The insertion of the nurse midwife in delivery and birth: obstacles in a teaching hospital in the Rio de Janeiro state. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. 1–10, 2019.
- AMORIM, M. M. et al. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: A randomized clinical trial. **Reproductive Health**, v. 14, n. 1, p. 1–10, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARTUSEVICIENE, E. et al. Comparison of midwife-led and obstetrician-led care in Lithuania: A retrospective cohort study. **Midwifery**, v. 65, p. 67–71, out. 2018.
- BASEVI, V.; LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, 14 nov. 2014.
- BECERRA-CHAUCA, N.; FAILLOC-ROJAS, V. E. Kristeller maneuver, physical and ethical consequences according to its central characters. **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia**, v. 45, n. 2, p. 1–13, 2019.
- BELL, A. F.; ANDERSSON, E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. **Midwifery**, v. 39, p. 112–123, 2016.
- BENET, M. et al. Alcance de la implementación en Cataluña. **Gaceta Sanitaria**, v. 33, n. 5, p. 472–479, 2019.
- BERGLUND, A. et al. Successful implementation of evidence-based routines in Ukrainian maternities. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 89, n. 2, p. 230–237, fev. 2010.
- BINFA, L. et al. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. **Midwifery**, v. 35, p. 53–61, abr. 2016.
- BOLTEN, N. et al. Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: A cohort study in the Netherlands. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 1, 2016.
- BRASIL. **Regulamenta a Lei nº 7.498 sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências**, [s.d.]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm>
- BRASIL. **Resolução Normativa nº 398, de 5 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrig**, 2016.
- ÇALIK, K. Y.; KARABULUTLU, Ö.; YAVUZ, C. First do no harm - Interventions during labor and maternal satisfaction: A descriptive cross-sectional study. **BMC Pregnancy and**

Childbirth, v. 18, n. 1, p. 1–10, 2018.

CARVALHO, R. et al. Maternal Mortality in Brazil: Proposals and Strategies for its Reduction. *Mortalidade materna no Brasil: propostas e estratégias para sua redução. Rev. Bras. Ginecol. e Obstet.*, p. 501–506, 2018.

CHRISTIAENS, W.; NIEUWENHUIJZE, M. J.; DE VRIES, R. Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands. *Midwifery*, v. 29, n. 1, p. e1–e8, jan. 2013.

CLESSE C; LIGHEZZOLO- ALNOT J; DE LAVERGNE S; HAMLIN, S. M. Factors related to episiotomy practice: an evidence- based medicine systematic review. *J. Obster Gynaecol*, p. 737–747, 2019.

CONESA FERRER, M. B. et al. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*, v. 6, n. 8, p. e011362, 26 ago. 2016.

COSTA, M. L. et al. Audit and feedback: Effects on professional obstetrical practice and healthcare outcomes in a university hospital. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, v. 88, n. 7, p. 793–800, jan. 2009.

D'ORSI, E. et al. Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. *Cadernos de saude publica*, v. 30 Suppl 1, p. S1-15, ago. 2014.

DAHLEN, H. G. et al. Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. *BMJ Open*, v. 2, n. 5, p. e001723, 10 set. 2012.

DALBYE, R. et al. The Labor Progression Study: The use of oxytocin augmentation during labor following Zhang's guideline and the WHO partograph in a cluster randomized trial. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, v. 98, n. 9, p. 1187–1194, 2019.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. "The Cut Above" and "the Cut Below": The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters*, v. 12, n. 23, p. 100–110, 18 jan. 2004.

DOKMAK, F. et al. **Squatting position in the second stage of labor: A systematic review and meta-analysis** *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* Elsevier Ireland Ltd, , 1 nov. 2020.

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

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

Childbirth, v. 9, n. 1, p. 25, 22 dez. 2009.

FALK, M.; NELSON, M.; BLOMBERG, M. The impact of obstetric interventions and complications on women's satisfaction with childbirth a population based cohort study including 16,000 women. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 1, p. 1–9, 2019.

FERREIRA JÚNIOR, A. R. et al. Potencialidades e limitações da atuação do enfermeiro no Centro Parto Normal. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 2, p. 1–8, 2021.

GIORDANO, J.; SURITA, F. G. The role of the respectful maternity care model in São Paulo, Brazil: A cross-sectional study. **Birth**, v. 46, n. 3, p. 509–516, 21 set. 2019.

GOMES, S. C. et al. Renascimento do parto: reflexões sobre a medicalização da atenção obstétrica no Brasil. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2594–2598, 2018.

GOVINDASWAMI, B. et al. Prevention of Prematurity: Advances and Opportunities. **Clinics in Perinatology**, v. 45, n. 3, p. 579–595, 2018.

GUEDES, G. R. **Grade of Membership**. Belo Horizonte: [s.n.].

GUPTA JK, SOOD A, HOFMEYR GJ, V. J. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2017, n. 2, 2017.

HILDINGSSON, I. et al. Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 16, n. February, p. 50–55, jun. 2018.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. In: HODNETT, E. D. (Ed.). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2013. v. 2013.

JHA, P. et al. Fear of childbirth and depressive symptoms among postnatal women: A cross-sectional survey from Chhattisgarh, India. **Women and Birth**, v. 31, n. 2, p. e122–e133, 2018.

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

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

LAVENDER, T.; BERNITZ, S. Use of the partograph - Current thinking. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 67, p. 33–43, 2020.

LAZZERINI, M. et al. Use of WHO standards to improve quality of maternal and newborn hospital care: a study collecting both mothers' and staff perspective in a tertiary care hospital in Italy. **BMJ Open Quality**, v. 8, n. 1, p. e000525, 13 fev. 2019.

LEAL, M. DO C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S17–S32, ago. 2014.

LEAL, M. DO C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares

de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, p. e00223018, 2019.

LEAL, M. DO C. et al. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 823–835, mar. 2021.

LEITE, T. H. et al. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. **Journal of Affective Disorders**, v. 273, n. March, p. 391–401, 2020.

LI, Y.-P. et al. A proposed mother-friendly childbirth model for Taiwanese women and obstetricians' attitudes toward it. 2015.

LUTOMSKI, J. E.; MORRISON, J. J.; LYDON-ROCHELLE, M. T. Regional variation in obstetrical intervention for hospital birth in the Republic of Ireland, 2005–2009. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 12, n. 1, p. 123, 5 dez. 2012.

MASCARENHAS, V. H. et al. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto Scientific evidence on non-pharmacological methods for relief of labor pain Evidencias científicas sobre métodos no farmacológicos para aliviar el dolor de parto Autor c. **Acta Paul Enferm**, v. 32, n. 3, p. 350–357, 2019.

MASUDA, C. et al. Evidence-based intrapartum practice and its associated factors at a tertiary teaching hospital in the Philippines, a descriptive mixed-methods study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, n. 1, p. 78, 2020.

MEAD, M. M. .; KORNROT, D. The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care. **Midwifery**, v. 20, n. 1, p. 61–71, mar. 2004.

MENA-TUDELA, D. et al. **Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth** **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 2021.

MENDONÇA, S. S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 2, p. 250, 4 set. 2015.

MOURA, N. A. DOS S. et al. Analysis of practices in childbirth and postpartum hospital care. **Rev Rene**, v. 21, p. e43671, 2020.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. A normalização da cesárea como modo de nascer: Cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. **Physis**, v. 25, n. 3, p. 885–904, 2015.

NANJI, J. A.; CARVALHO, B. Pain management during labor and vaginal birth. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 67, p. 100–112, 2020.

NUCCI MARIANA; NAKANO ANDREZA RODRIGUES; TEIXEIRA LUIZ ANTÔNIO. Ocitocina Sintética e a aceleração do parto : reflexões sobre. p. 979–998, dez. 2018.

PALHARINI, L. A.; FIGUEIRÔA, S. F. DE M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 1039–1061, dez. 2018.

PRADO, D. S. et al. Practices and obstetric interventions in women from a state in the northeast of Brazil. *Rev Assoc Med Bras* Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil. v. 63, n. 12, p. 1039–1048, 2017.

QIAN, X. et al. Evidence-informed obstetric practice during normal birth in China: trends and influences in four hospitals. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 1, p. 29, 1 dez. 2006.

REIS, CARLOS SÉRGIO CORRÊA DOS; SOUZA, DANIELLE DE OLIVEIRA MIRANDA DE; NOGUEIRA, MARIA DE FÁTIMA HASEK; PROGIANTI, JANE MÁRCIA; VARGENS, O. M. DA C. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 4, n. 1, p. 4972-4979-, 201AD.

REVEIZ, L.; GAITÁN, H. G.; CUERVO, L. G. Enemas during labour. In: REVEIZ, L. (Ed.). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2013.

RITTER, S. K.; GONÇALVES, A. DE C.; GOUVEIA, H. G. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, p. 1–8, 2020.

ROSSIGNOL, M. et al. Preventable Obstetrical Interventions: How Many Caesarean Sections Can Be Prevented in Canada? **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 35, n. 5, p. 434–443, 2013.

SALGADO, H. DE O. et al. Using the Maternity Safety Thermometer to estimate harm-free care in Southeast Brazil: A hospital-based cohort. **Birth**, v. 46, n. 4, p. 583–591, 1 dez. 2019.

SHAW-BATTISTA, J. et al. Obstetrician and Nurse–Midwife Collaboration. **Obstetrics & Gynecology**, v. 118, n. 3, p. 663–672, set. 2011.

SILVA, T. P. R. DA et al. Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. suppl 3, p. 235–242, dez. 2019.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2013, n. 8, 2013.

SMYTH, R. M. D.; ALLDRED, S. K.; MARKHAM, C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2013, n. 1, 2013.

SNG, B. L. et al. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 10, 9 out. 2014.

SOARES, C. B. et al. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010.

SOUZA, L. V. DE. Fontes para a história da ginecologia e obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 1129–1146, dez. 2018.

THOMSON, G. et al. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. [s.d.].

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. 1º edição ed. Rio de Janeiro: [s.n.].

WHO. **Care in normal birth: a practical guide. maternal and newborn health/ safe motherhood unitBMC Public Health**, 1996. Disponível em: <<https://ejournal.poltektegal.ac.id/index.php/siklus/article/view/298%0Ahttp://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2015.10.005%0Ahttp://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/58%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&P>>

WHO. **Intrapartum care for a positive childbirth experience**. [s.l: s.n.].

Material Suplementar

Chave Pubmed

("Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "Deliveries, Obstetric" OR "Obstetric Deliveries" OR "Obstetric Delivery") AND ("Episiotomy"[Mesh] OR "Amniotomy"[Mesh] OR "Artificial Rupture of Membranes" OR "Fundal pressure" OR "Kristeller maneuvers" OR "offering a diet" OR "freedom of movement" OR "partogram" OR "non-pharmacological methods for pain relief" OR "enema" OR "trichotomy" OR "lying down for delivery" OR "oxytocin infusion" OR "analgesia")

APÊNDICE B – Paper 2, produto da dissertação.

Situação: publicado na BMC Pregnancy and Childbirth.

Disponível, na íntegra, em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34503471/>>

de Souza et al. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2021) 21:618
<https://doi.org/10.1186/s12884-021-04092-x>

BMC Pregnancy and Childbirth

RESEARCH

Open Access

Coexistence and prevalence of obstetric interventions: an analysis based on the grade of membership



Karina Cristina Rouwe de Souza^{1,2}, Thales Philipe Rodrigues da Silva², Ana Kelve de Castro Damasceno³, Bruna Figueiredo Manzo⁴, Kleyde Ventura de Souza⁴, Maria Margarida Leitão Filipe⁵ and Fernanda Penido Matozinhos^{4*}

Abstract

Background: Obstetric interventions performed during delivery do not reflect improvements in obstetric care. Several practices routinely performed during childbirth, without any scientific evidence or basis - such as Kristeller maneuver, routine episiotomy, and movement or feeding restriction - reflect a disrespectful assistance reality that, unfortunately, remains in place in Brazil. The aims of the current study are to assess the coexistence and prevalence of obstetric interventions in maternity hospitals in Belo Horizonte City, based on the Grade of Membership (GoM) method, as well as to investigate sociodemographic and obstetric factors associated with coexistence profiles generated by it.

Methods: Observational study, based on a cross-sectional design, carried out with data deriving from the study "Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre o Parto e Nascimento" (Born in Belo Horizonte: Survey on Childbirth and Birth). The herein investigated interventions comprised practices that are clearly useful and should be encouraged; practices that are clearly harmful or ineffective and should be eliminated; and practices that are inappropriately used, in contrast to the ones recommended by the World Health Organization. The analyzed interventions comprised: providing food to parturient women, allowing them to have freedom to move, use of partogram, adopting non-pharmacological methods for pain relief, enema, perineal shaving, lying patients down for

APÊNDICE C – Infográfico, outro produto da dissertação.



APÊNDICE D – Chave Pubmed

("Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "Deliveries, Obstetric" OR "Obstetric Deliveries" OR "Obstetric Delivery") AND ("Episiotomy"[Mesh] OR "Amniotomy"[Mesh] OR "Artificial Rupture of Membranes" OR "Fundal pressure" OR "Kristeller maneuvers" OR "offering a diet" OR "freedom of movement" OR "partogram" OR "non-pharmacological methods for pain relief" OR "enema" OR "trichotomy" OR "lying down for delivery" OR "oxytocin infusion" OR "analgesia")