

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**CARLA LIMA RIBEIRO**

**NASCER EM BELO HORIZONTE: PROCESSO DECISÓRIO E  
FATORES OBSTÉTRICOS ASSOCIADOS À VIA DE NASCIMENTO**

Belo Horizonte, MG

2017

CARLA LIMA RIBEIRO

**NASCER EM BELO HORIZONTE: PROCESSO DECISÓRIO E  
FATORES OBSTÉTRICOS ASSOCIADOS À VIA DE NASCIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Saúde e Enfermagem. Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kleyde Ventura de Souza.

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Penido Matozinhos

Belo Horizonte

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Ribeiro, Carla Lima

Nascer em Belo Horizonte [manuscrito] : processo decisório e fatores obstétricos associados à via de nascimento / Carla Lima Ribeiro. - 2017.

114 f.

Orientadora: Profª Drª Kleyde Ventura de Souza.  
Coorientadora: Fernanda Penido Matozinhos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Cesárea. 2.Parto normal. 3.Enfermagem obstétrica. 4.Saúde suplementar. I.Souza, Kleyde Ventura de. II.Matozinhos, Fernanda Penido. III.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. IV.Título.


**ATA DE NÚMERO 538 (QUINHENTOS E TRINTA E OITO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA CARLA LIMA RIBEIRO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 20 (vinte) dias do mês de abril de dois mil e dezessete, às 09:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós- Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*NASCER EM BELO HORIZONTE: PROCESSO DECISÓRIO E FATORES OBSTÉTRICOS ASSOCIADOS À VIA DE NASCIMENTO*", da aluna **Carla Lima Ribeiro**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Kleyde Ventura de Souza (orientadora), Edna Maria Rezende 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:

- APROVADA;**  
 **APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;**  
 **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, 20 de abril de 2017.

Profª. Drª. Kleyde Ventura de Souza  
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)



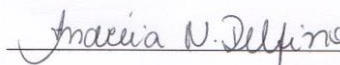
Profª. Drª. Edna Maria Rezende  
(EE/UFMG)



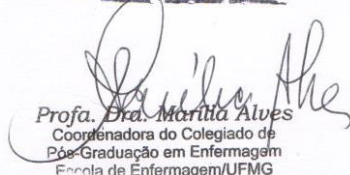
Profª. Drª. Eunice Francisca Martins  
(EE/UFMG)



Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 03/05/17

  
Profª. Dra. Marília Alves  
Coordenadora do Colegiado de  
Pós-Graduação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem/UFMG

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho a todas as mulheres que sofreram algum tipo de violência obstétrica, especialmente àquelas que, por falta de informação, sequer conseguiram se identificar como vítimas desse tipo de violência.

Dedico também a todos que de alguma forma lutam pelo direito à informação baseada em evidências científicas, pelo empoderamento das mulheres, por uma assistência obstétrica humanizada e acreditam que juntos, poderemos sim, mudar a forma de nascer para, no futuro, mudar o mundo!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me presentear com o dom do cuidar, que me transforma e me permite renascer a cada experiência.

À minha família, especialmente aos meus pais, que são meus exemplos, inspiração, força e incentivo para nunca desistir dos meus sonhos e ser alguém cada vez melhor.

Às minhas Orientadoras, pelo apoio durante esses dois anos de muito trabalho e aprendizado.

À Kleyde Ventura, mais que uma Orientadora, pelo carinho, respeito, apoio e incentivo, e por sempre estar ao meu lado acreditando nos meus projetos e sonhos.

Agradeço, com muito carinho, à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), à maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves, ao Hospital Sofia Feldman, a maternidade do Hospital das Clínicas da UFMG e a todos os Professores e Profissionais, dessas Instituições e de fora delas, que participaram da minha formação, me darem uma primeira oportunidade de trabalho, me permitiram ter experiências únicas e se tornaram parte desta conquista.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa para discentes durante os dois anos do mestrado.

A todos os meus amigos que, simplesmente por estarem ao meu lado, contribuíram de uma forma única para que eu chegasse até aqui!

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

## RESUMO

**Introdução:** Atualmente, o modelo de atenção ao parto no Brasil caracteriza-se por altos índices de intervenções desnecessárias, dentre elas, as cesarianas realizadas sem indicações clínicas. Neste contexto, as possíveis causas do aumento da proporção de cesarianas têm sido cada vez mais discutidas. **Objetivo:** analisar o processo decisório de gestantes pela via de nascimento e estimar a associação entre os fatores obstétricos e a via de nascimento em Belo Horizonte/Minas Gerais, Brasil.

**Método:** Trata-se de estudo transversal, realizado em sete maternidades públicas equatro maternidades que atendem a Rede Suplementar de Saúde em Belo Horizonte, no período de 2011-2013. A diferença entre as frequências foi testada por meio do Qui-quadrado de Pearson e do Teste exato de Fisher. Para avaliar a associação entre os fatores obstétricos e a via de nascimento foram construídos modelos de regressão de Poisson. Utilizou-se o programa estatístico Stata, versão 14.0.

**Resultados:** Nas maternidades públicas a amostra de 622 puérperas foi constituída predominantemente de mulheres com idade entre 20 e 34 anos (70,69%), pardas, morenas ou mulatas (66,16%), com ensino médio (56,88%), vivem com o companheiro (66,31%) e sem trabalho remunerado (55,60%). A principal intercorrência apresentada por elas na gravidez foi síndromes hipertensivas (11,60%). Das mulheres submetidas à cesariana, 46,03% entrou em trabalho de parto e, para 64,71% dos casos, a decisão foi médica. Em relação à rede suplementar de saúde, a amostra de 353 puérperas foi constituída predominantemente de mulheres com idade entre 20 e 34 anos (73,33%), cor da pele parda, morena ou mulata (55,36%), com ensino médio (51,01%), viviam com o companheiro (88,41%) e com trabalho remunerado (73,33%). A principal intercorrência apresentada por elas na gravidez foi síndromes hipertensivas (8,52%). Das mulheres submetidas à cesariana, 20,78% entrou em trabalho de parto e, para 39,24% dos casos, a decisão foi médica. Verificou-se, ainda, que fatores obstétricos associaram-se à via de nascimento tanto na rede pública quanto na rede suplementar de saúde de Belo Horizonte. **Conclusões:** O contexto apresentado reforça a necessidade de autonomia e empoderamento feminino, além da atuação de profissionais que proporcionem à mulher um cuidado individualizado, humanizado e baseado em evidências científicas, afinal aspectos como as experiências vividas durante o parto podem decisivos na escolha das mulheres pela via de nascimento de gestações futuras.

**Descritores:** Cesárea, parto normal, saúde suplementar, saúde suplementar, enfermagem obstétrica, tocologia.

RIBEIRO, C. L. **Birth in Belo Horizonte:** decision-making process and obstetric factors associated with the way of birth. Dissertation (Masters Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) [Federal University of Minas Gerais], Belo Horizonte, 2017.

## ABSTRACT

**Introduction:** At present, childbirth model care in Brazil is characterized by high rates of unnecessary interventions, such as cesarean sections performed without clinical indications. In this context, possible causes of the increase in proportion of cesareans have been increasingly discussed. **Objective:** to analyze the decision-making process of pregnant women through birth and estimate the association between obstetric factors and birthway in Belo Horizonte / Minas Gerais, Brazil. **Method:** This is a cross-sectional study carried out in seven public maternity hospitals and four maternity hospitals that serves Supplementary Health Network in Belo Horizonte, in a period 2011-2013. The difference between the frequencies was tested using Pearson's Chi-square and the Fisher's exact test. Poisson regression models were constructed to assess the association between obstetric factors and birthway. The statistical program Stata, version 14.0 was used. **Results:** In public maternity hospitals, the sample of 622 postpartum women consisted predominantly of women aged between twenty and 34 years (70.69%), browns, brunettes or mulattoes (66.16%), with a high school education (56.88%), live with their partner (66.31%) and without paidwork (55.60%). The main intercurrentence presented by them during pregnancy was hypertensive syndromes (11.60%). Of the women submitted to cesarean section, 46.03% went into labor and 64.71% of the cases, decision was a medical one. Regarding the supplementary health network, sample of 353 puerperae consisted predominantly of women aged between 20 and 34 years (73.33%), brown, mulatto or mulatto skin color (55.36%), with high school education (51.01%), lived with their partner (88.41%) and with paidwork (73.33%). The main intercurrentence presented by them in pregnancy was hypertensive syndromes (8.52%). Of the women submitted to cesarean section, 20.78% didn't go into labor and for 39.24% of the cases, decision was a medical one. It was also verified that obstetric factors were associated to birthway both in the public network and in the supplementary health network of Belo Horizonte. **Conclusions:** The context presented reinforces that need for female empowerment and autonomy, as well as the work of professionals who provide women with individualized care, humanized and based on scientific evidence, after all aspects such as experiences during childbirth can be decisive in the choice of women birthway of future pregnancies. **Descriptors:** Cesarean section, normal birth, supplementary health, obstetric nursing, tocology.



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>REFERÊNCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>15</b>
3.1	Assistência ao parto na rede pública de saúde .....	15
3.2	Assistência ao parto no sistema suplementar de saúde.....	20
3.3	Classificação dos dez grupos de Robson.....	23
3.4	Empoderamento e autonomia feminina na assistência ao parto.....	29
3.5	Atenção obstétrica em Belo Horizonte .....	36
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>39</b>
4.1	Tipo de estudo .....	39
4.2	Local e período do estudo.....	39
4.3	População da pesquisa e tamanho da amostra .....	39
4.4	Critérios de inclusão e exclusão .....	40
4.5	Procedimentos e instrumentos de coleta dedados .....	40
4.6	Seleção das variáveis .....	42
4.7	Análise dos dados .....	43
4.8	Considerações éticas .....	44
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>45</b>
5.1	Rede Pública de Saúde.....	45
5.2	Rede Suplementar de Saúde .....	50
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>57</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>64</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>65</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>73</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>114</b>

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1	Características obstétricas consideradas na Classificação dos 10 grupos de Robson .....	25
Quadro 2	Categorias de violência obstétrica, definição e direitos da mulher .....	32
Quadro 3	Descrição das variáveis do estudo, Belo Horizonte 2011-2012	42
Figura 1	Índices de cesarianas no país. Brasil, 2000-2016 .....	19
Figura 2	Sistema de Classificação dos 10 grupos de Robson .....	26
Figura 3	Termômetro de segurança da assistência materna do <i>National Health Service</i> .....	33
Figura 4	Preferência das puérperas pela via de nascimento no início da gestação e decisão próxima ao parto (mulheres sem intercorrências), Belo Horizonte, 2011-2013 .....	48
Figura 5	Preferência das puérperas pela via de nascimento no início da gestação e decisão próxima ao parto (mulheres sem intercorrências), Belo Horizonte, 2011-2013 .....	54

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Frequência das vias de nascimento na rede pública de saúde. Belo Horizonte, 2011-2013 .....	45
Tabela 2	Descrição da amostra segundo a via de nascimento final na rede pública de saúde. Belo Horizonte, 2011-2013 .....	46
Tabela 3	Razão de prevalência e Intervalo de confiança 95% ajustados e não ajustados para via de nascimento na rede pública de saúde. Belo Horizonte, 2011-2013 .....	50
Tabela 4	Frequência das vias de nascimento na rede suplementar de saúde. Belo Horizonte, 2011-2013. ....	51
Tabela 5	Descrição da amostra segundo via de nascimento final na rede suplementar de saúde. Belo Horizonte, 2011-2013 .....	51
Tabela 6	Razão de prevalência e Intervalo de confiança 95% ajustados e não ajustados para via de nascimento na rede suplementar de saúde. Belo Horizonte, 2011-2013 .....	56

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o acompanhamento do trabalho de parto e parto ocorria no ambiente domiciliar, com a participação de parteiras e familiares. Entretanto, no século XX, mais expressivamente após a Segunda Guerra Mundial, visando a redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, houve uma mudança importante de institucionalização do parto e do nascimento (COSTA *et al.*, 2012).

Com tal institucionalização, foram crescentes as iniciativas de interferência no processo de nascimento, caracterizadas por inúmeras intervenções como a tricotomia, a episiotomia realizada rotineiramente, a amniotomia precoce e a manobra de Kristeller – procedimentos muitas vezes desnecessários e reconhecidos como prejudiciais. No Brasil, atualmente, a quase totalidade dos partos ocorre em hospitais, e o modelo de atenção ao parto caracteriza-se por altos índices de intervenções. A prevalência de cesáreas no País tem aumentado progressivamente desde meados de 1990, representando mais da metade dos nascimentos a partir de 2009 (PATAH, 2011; BRASIL, 2014).

Esses dados justificam-se pela predominância do modelo tecnocrático na assistência obstétrica brasileira, que foi desenvolvido para atender preferencialmente à conveniência dos profissionais de saúde e é caracterizado, além da institucionalização do parto, pela utilização de inúmeras intervenções clínicas que, muitas vezes, transformam o fisiológico em patológico e refletem os principais valores das sociedades ocidentais contemporâneas - que visam, entre outros aspectos, o lucro econômico, e estimulam o consumo, a racionalidade científica e a adoção de tecnologia de ponta (DAVIS-FLOYD, 2001; LUZ, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que taxas populacionais de cirurgias cesarianas de até 15% estão associadas a uma diminuição na mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2014; WHO, 2015; BETRAN, TORLONI e ZANG, 2015). Destaca-se que este tipo de cirurgia, quando bem indicadas, estão relacionadas também com a diminuição das sequelas neonatais e maternas, principalmente nos casos advindos de partos com alguma intercorrência. Todavia, a maioria das cesarianas realizadas sem indicação clínica não apresenta evidências de benefícios para a mãe ou para o feto (SANCHES *et al.*, 2012; GAMA *et al.*, 2014; WEIDLE, 2014).

As altas taxas de cesarianas podem estar relacionadas às inúmeras formas

de desigualdade social, particularmente as sociodemográficas e econômicas, bem como aos diferentes modelos de atenção ao parto adotados no mundo (PATAH, 2011).

De acordo com dados recentes de 150 países, atualmente 18,6% de todos os nascimentos ocorrem por cirurgia cesariana, com taxas entre 6% e 27,2% nas regiões menos e mais desenvolvidas, respectivamente. América Latina e Caribe (40,5%), seguida pela América do Norte (32,3%), Oceania (31,1%), Europa (25%), Ásia (19,2%) e África (7,3%). Com base nos dados de 121 países, a análise de tendências mostrou que, entre 1990 e 2014, a taxa de cirurgia cesariana média global aumentou 12,4% (de 6,7% para 19,1%) com uma taxa média anual de crescimento de 4,4%. Os maiores aumentos absolutos ocorreram na América Latina e no Caribe (19,4%, de 22,8% para 42,2%), seguido pela Ásia (15,1%, de 4,4% para 19,5%), Oceania (14,1%, de 18,5% para 32,6%), Europa (13,8%, de 11,2% para 25%), América do Norte (10%, de 22,3% para 32,3%) e África (4,5%, de 2,9% para 7,4%). Ásia e América do Norte foram as regiões com a maior e mais baixa taxa média anual de crescimento (6,4% e 1,6%, respectivamente) (BETRAN *et al.*, 2016).

No Brasil, a taxa de cesariana é de aproximadamente 60%, sendo mais frequente entre as mulheres com faixa etária e escolaridade mais elevadas, primíparas e com pré-natal realizado em serviços privados (SANCHES *et al.*, 2012; COPELLI *et al.*, 2015; VALE *et al.*, 2015; FERRARI *et al.*, 2016).

Atualmente, no setor público de saúde, 44,8% das primíparas e 40,7% das múltiparas tiveram a cesariana como via de nascimento final, sendo que a maioria das mulheres entrevistadas apresentava faixa etária entre 20 e 34 anos, e ensino médio completo (DOMINGUES *et al.*, 2014). Dados do Ministério da Saúde (MS) apontam que as taxas de cesariana nas maternidades de Belo Horizonte, local onde foi realizado o presente estudo, variam entre 36,38 e 22,63% na rede pública e entre 55,20 e 86,64% na rede suplementar de saúde (BELO HORIZONTE, 2015).

Para se implementar medidas eficazes de redução das taxas de cesariana, é necessário identificar quais os grupos de mulheres são mais submetidas a esse procedimento. Com esse propósito, é fundamental a utilização de um sistema de classificação sistemático e reconhecido internacionalmente, que possibilite comparar de forma padronizada as taxas de cesáreas em diferentes populações, e investigar os fatores envolvidos no aumento constante dessas taxas (WHO, 2015). Assim, a OMS recomenda que a Classificação de Robson seja utilizada internacionalmente

como instrumento padrão para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas nos diversos setores de saúde (ROBSON, 2001; TORLONI *et al.*, 2011; BETRAN *et al.*, 2014; VOGEL *et al.*, 2015; WHO, 2015).

Ressalta-se que as possíveis causas do aumento da proporção de cesarianas no mundo têm sido cada vez mais discutidas e diversas hipóteses têm sido levantadas, como a conveniência dessa via de nascimento para os profissionais que a realizam, a medicalização da assistência, as intercorrências clínicas ou obstétricas durante a gestação ou o trabalho de parto e, ainda, o desejo das mulheres (OECD, 2013; WEIDLE *et al.*, 2014; REIS, 2014; GONÇALVES *et al.*, 2014). Com relação a esta última hipótese, pode-se relacionar a aparente “liberdade de escolha” assegurada às mulheres à frequente e ofuscada manipulação das informações não prestadas sobre os riscos e benefícios associados, os procedimentos envolvidos, além das implicações para futuras gestações e partos após uma cesariana (SOUZA *et al.*, 2010), principalmente quando realizada sem uma justificativa sólida.

As preferências das mulheres pela via de nascimento são decorrentes de um processo que envolve outros fatores, além dos socioeconômicos, como os significados do papel da mulher nos diversos cenários socioculturais; o processo histórico de medicalização do corpo feminino; a compreensão do parceiro e dos familiares a respeito da gravidez, suas experiências e vivências anteriores; a garantia de acesso à informações de qualidade, além do modo como é prestada a assistência em saúde e a sua organização que, muitas vezes, limitam a possibilidade de escolha da mulher sobre o tipo de parto e a via de nascimento (SODRÉ *et al.*, 2012; DOMINGUES *et al.*, 2014).

No SUS, as mulheres são geralmente acompanhadas por diferentes profissionais durante o pré-natal e assistência ao parto, com equipes nas maternidades atuando em regime de plantão. De modo geral, a indicação de uma cesariana é feita mediante diagnóstico de intercorrências durante a gestação ou trabalho de parto, havendo possibilidade limitada de agendamento de cesariana a pedido da mulher. Já na rede suplementar de saúde, o parto é financiado por pagamento direto ou por meio de planos de saúde, o atendimento ao pré-natal e ao parto é realizado comumente por um médico de escolha da mulher, existindo a possibilidade de agendamento de uma cesariana, conforme desejo da mulher e/ou indicação do obstetra (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Um estudo recente sobre os fatores relatados por puérperas para a escolha

do tipo de parto, apontou que a decisão das puérperas sofre influência de diferentes mecanismos institucionais, individuais e coletivos, de experiências prévias, do poder médico e da família, da ausência de ação dialógica no pré-natal, do interesse, curiosidade e fatores culturais. Os resultados desse estudo demonstraram que a tomada de decisão das puérperas foi baseada em experiências anteriores e que a possibilidade de repetição do mesmo tipo de parto se deu tanto no normal quanto no operatório. Ressalta-se como um resultado importante, relatos de que a comunicação entre o profissional e a mulher é unilateral, impossibilitando o diálogo com a consequente privação das mulheres de informações baseadas em evidências científicas suficientes para participarem ativamente das decisões durante o processo de gestação, parto e nascimento (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

A decisão compartilhada sobre a via de nascimento ainda é um tema pouco discutido no Brasil, mas é preciso ressaltar que a escolha informada nas ações de saúde é um direito de todos e deve ser respeitado (SODRÉ *et al.*, 2012). O profissional de saúde tem o dever ético e legal de garantir informações baseadas em evidências científicas sobre as práticas no processo de parto e nascimento, garantindo à mulher a oportunidade de participar ativamente das decisões em relação às suas demandas e ao que lhe foi informado (SODRÉ *et al.*, 2010; PIRES *et al.*, 2010). Nesse sentido, ressalta-se ainda a segurança do paciente que, entre outras premissas, envolve o processo de comunicação efetiva em saúde (OLIVEIRA, 2014).

A garantia da escolha informada pela via de nascimento depende de mudanças no modelo de atenção obstétrica medicalizado, no qual a mulher perde a sua autonomia. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais adotem o modelo humanista de assistência ao parto, baseado em evidências científicas, com uso apropriado da tecnologia, cuidado individualizando, oportuno, seguro e centrado na mulher, e que entendam o parto como um evento fisiológico, social, cultural, sexual e espiritual, melhorando, assim, o padrão de saúde de mães e crianças (SODRÉ *et al.*, 2010; VALE *et al.*, 2014).

Salienta-se que, visando reduzir as taxas de cesarianas e garantir a melhoria das condições de saúde prestada às mulheres e seus recém-nascidos, além do direito à escolha informada e da decisão compartilhada pela via de nascimento na rede suplementar, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou uma resolução normativa que prevê o fornecimento de informações claras e

precisas que permitam a escolha informada da mulher pela via de nascimento (BRASIL, 2015).

Acrescenta-se a esse importante aspecto, fatores obstétricos, inclusive as intercorrências clínicas ou obstétricas durante a gestação ou o parto, as quais podem estar associadas à via de nascimento. Estudos recentes apontam intercorrências como patologias hipertensivas, distócia de trabalho de parto, macrosomia fetal e apresentação não-cefálica como fatores fortemente associados às altas taxas de cesarianas no Brasil. Entretanto, instituições que utilizam protocolos específicos de indicação de via de parto, principalmente nas gestações de alto risco, como orientadores de condutas, considerando-se os riscos e as condições maternas e fetais associados às complicações gestacionais, apresentam menores taxas de cesarianas desnecessárias (REIS *et al.*, 2014; RIBEIRO *et al.*, 2015; ARAUJO *et al.*, 2016).

Nesse cenário de alta prevalência de cesarianas e pouca participação da mulher nas decisões sobre seu parto e a via de nascimento, especialmente nas situações de complicações ou intercorrências, torna-se importante responder as seguintes questões: Como tem ocorrido o processo decisório das gestantes pela via de nascimento? Quem é o responsável por esta decisão? Os fatores obstétricos associam-se à via de nascimento?

Os resultados obtidos neste estudo poderão contribuir, indubitavelmente, para ampliar os conhecimentos e propiciar uma maior discussão sobre a autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento.



## 2 OBJETIVOS

- Analisar o processo decisório pela via de nascimento; e
- Estimar a associação entre os fatores obstétricos e a via de nascimento.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Assistência ao parto na Rede Pública de Saúde

No início do século XX a saúde da mulher passou a ser incluída nas políticas nacionais de saúde, ficando limitada até a década de 80 aos programas materno-infantis que eram restritos às intervenções na saúde da mulher ao ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2011a). Entretanto, em 1983 após intensa participação do movimento feminista de mulheres e de profissionais de saúde, o Ministério da Saúde (MS) lança o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cujas bases programáticas trouxeram um conteúdo inovador para a saúde das mulheres reconhecendo a importância de garantir um cuidado que fosse além do seu ciclo gravídico-puerperal, fundamentando-se nos princípios do direito à saúde, da integralidade da assistência, da equidade de gênero e em propostas de ações educativas inovadoras, visando garantir às mulheres maior autonomia sobre os seus corpos (OKASAKI, 2009; LEMOS, 2011).

Apesar dos avanços alcançados com a implementação do PAISM, outros serviços relacionados à saúde da mulher, além da assistência ao pré-natal e ao parto, também vinham apresentando grandes limitações que, somadas às reivindicações do movimento de mulheres pela humanização do parto no Brasil, levaram o MS a instituir o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000, por meio da Portaria nº 569, que reconhece a necessidade de melhorias em questões como o acesso em algumas regiões e áreas do País, a qualidade da atenção prestada, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção e as elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal (SERRUYA, 2004).

A área da saúde das mulheres também teve outras conquistas importantes além do PAISM e do PHPN. Em 2004, o MS lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) representando a consolidação dos avanços do PAISM, com o objetivo de promoção das condições de vida e saúde das

mulheres, garantindo os seus direitos e ampliando o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde (BRASIL, 2011a). No mesmo ano, entendendo que a luta pela redução das elevadas taxas de cesarianas e de mortes materna e neonatal implica envolvimento de diferentes atores sociais, e visando garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades locais da população, foi lançado pelo MS o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal com o objetivo principal de monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher (BRASIL, 2011a).

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, o MS instituiu em 2011 a Rede Cegonha, que consiste em um conjunto de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres, desde o planejamento familiar até a gestação, pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança durante os dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2011b).

A humanização da assistência obstétrica e neonatal visa garantir um adequado acompanhamento à gestação, parto e puerpério, por meio da adoção de práticas humanizadas e seguras através da organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como o reconhecimento do parto como um evento fisiológico que dispensa o uso indiscriminado de intervenções e visa o resgate da autonomia e empoderamento das mulheres por meio de um cuidado individualizado, seguro, respeitando os desejos, experiências, cultura e capacidade de entendimento de cada mulher. Assim, a Rede Cegonha pode ser considerada uma importante estratégia instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) para a mudança do modelo de atenção obstétrica tecnocrático vigente no país para o modelo humanista de assistência ao parto (BRASIL, 2014).

Atualmente, a quase totalidade dos partos no Brasil ocorre em hospitais, e o modelo de atenção ao parto caracteriza-se por altos índices de intervenções como a tricotomia, a episiotomia realizada rotineiramente e a manobra de Kristeller, procedimentos muitas vezes desnecessários e reconhecidos como prejudiciais que, conseqüentemente, contribuem para o aumento contínuo das taxas de cesariana apresentado desde meados da década de 90 (PATAH, 2011; BRASIL, 2014; MS, 2016a).

A decisão pela via de nascimento é influenciada não só por fatores culturais, socioeconômicos e obstétricos, mas especialmente, pela forma de pagamento do parto, pelo subsistema de saúde, privado ou público, sendo a cesariana mais frequente mesmo em situações em que não existe indicação clínica, entre mulheres com faixa etária e escolaridade mais elevadas, primíparas e com pré-natal realizado em serviços privados (DOMINGUES *et al.*, 2014; VALE *et al.*, 2015; FERRARI *et al.*, 2016).

Os modelos de assistência ao parto têm diferentes especificidades considerando principalmente fatores como a forma de remuneração dos profissionais, a forma de financiamento do sistema, a constituição da equipe assistencial, o local de ocorrência do parto, o tipo de assistência, entre outras. O modelo adotado em determinada localidade influenciará diretamente na escolha pela via de nascimento, ressaltando-se que o modelo de assistência obstétrica é fator de extrema relevância na relação médico-paciente, nos incentivos econômicos, na utilização de tecnologia médica e na realização de parto cesáreo (PATAH, 2011).

A organização da assistência obstétrica no Brasil limita a possibilidade de escolha da mulher sobre a via de nascimento. No SUS, a assistência obstétrica é financiada pelo Estado, e geralmente os profissionais que acompanham as mulheres durante o pré-natal não são os mesmos que as acompanham durante a assistência ao parto, considerando que as equipes nas maternidades atuam em regime de plantão. Na rede pública de saúde, na quase totalidade das vezes, a indicação de uma cesariana é realizada somente mediante diagnóstico de intercorrências durante a gestação ou trabalho de parto, havendo possibilidade limitada de agendamento de cesariana à pedido da mulher (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Mudanças no modelo de atenção ao parto brasileiro tem sido objeto de estudo e de políticas recentes, e estudos apontam que a garantia de uma assistência obstétrica baseada em evidências científicas é bem mais frequente no setor público de saúde, e essa conquista possivelmente resulta dos esforços realizados pelo MS para a promoção do parto humanizado e normal, mediante divulgação de manuais técnicos, publicação de portarias, qualificação dos profissionais de saúde e adequação da ambiência do parto. Entretanto, o SUS ainda apresenta taxas de cesarianas alarmantes como resultado de um modelo de atenção obstétrica predominantemente intervencionista (BRASIL, 2011b; LEAL *et al.*, 2014).

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que

visam a garantir um cuidado baseado em evidências científicas diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no SUS. São dirigidos aos profissionais de saúde e podem ser utilizados como material educativo, auxílio administrativo aos gestores, parâmetro de práticas assistenciais baseadas em evidências científicas e documento de garantia de direitos aos usuários do SUS (MS, 2016a).

Nesse sentido, em 2016 o MS publicou o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para cesariana, trazendo os parâmetros que devem ser seguidos pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios. A construção do protocolo passou por consulta pública, e estabelece um modelo de regulação do acesso assistencial, autorização, registro, indicação e ressarcimento dos procedimentos realizados. O protocolo foi elaborado com base nas melhores evidências científicas nacionais e internacionais, considerando diferentes estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e outros organismos nacionais e internacionais que apontam as vantagens de uma assistência ao parto sem intervenções desnecessárias (MS, 2016a).

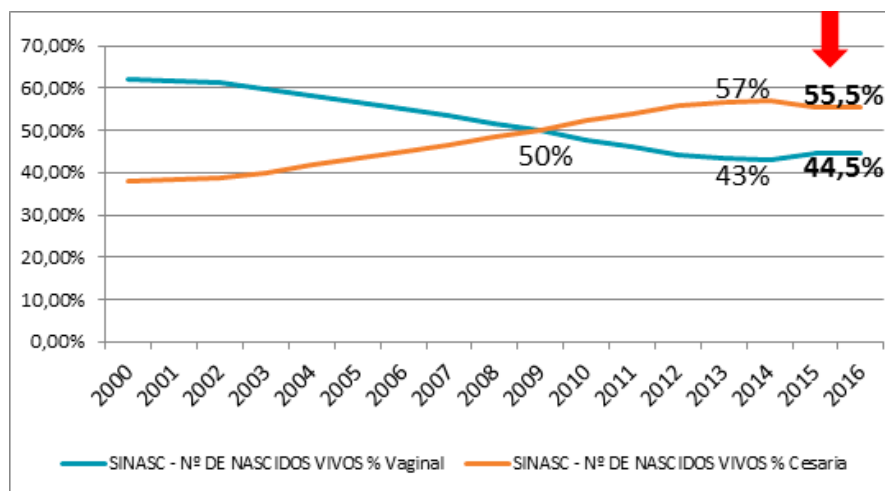
No ano seguinte, visando reduzir as altas taxas de intervenções desnecessárias que deveriam ser utilizadas apenas em situações de necessidade, como a episiotomia, o uso de ocitocina, a cesariana, a aspiração naso-faríngea no bebê, entre outras, o MS lançou a Diretrizes de Assistência ao Parto normal, que também passou por consulta pública. Tais intervenções podem colocar em risco a segurança das parturientes e de seus bebês, visto que em muitos casos não estão de acordo com as melhores evidências científicas e desconsideram os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo (MS, 2016b).

Destaca-se, neste documento, a contraindicação da manobra de Kristeller, em que o útero da mulher é pressionado para tentar auxiliar a expulsão do feto, e também a indicação do parto normal assistido pela enfermeira obstétrica ou obstetrix. As evidências científicas demonstram que o envolvimento dessas profissionais tem reforçado o cuidado humanizado. Outras recomendações importantes são sobre a incorporação pelas maternidades das práticas humanizadas de assistência ao parto, como o incentivo à elaboração do seu plano de parto, o direito da liberdade de posição durante o parto, a dieta livre, a presença de doulas, o acompanhante de livre escolha da mulher, o respeito à privacidade da família, os métodos não farmacológicos de alívio da dor, o contato pele a pele imediato logo

após o nascimento e o estímulo à amamentação. Essas práticas objetivam garantir o respeito no acolhimento e informações baseadas em evidências científicas para o resgate do empoderamento da mulher no processo de decisão ao qual tem direito. Assim, o parto deixa de ser tratado como um conjunto de técnicas, e passa a ser reconhecido como um evento natural e fisiológico (MS, 2016b).

Como resultado importante da criação, discussão e implementação destas e de outras estratégias que visam à redução das taxas de cesarianas e de intervenções desnecessárias, ressalta-se que pela primeira vez, desde 2010, as taxas de cesarianas tanto na rede pública de saúde quanto na rede privada não se elevaram. Dos três milhões de partos realizados no Brasil em 2015, mais da metade (55,5%) foram cesarianas, contudo, no (SUS), a situação se inverte e o índice de partos normais é superior, representando 59,8% dos nascimentos (figura 1) (BRASIL, 2017).

**Figura 1-** Índices de cesarianas no país. Brasil, 2000 – 2016.



Fonte: MS, 2017.

Esses importantes resultados reforçam os apontamentos de que para alcançar o grande desafio de garantir um alto padrão de saúde para as mulheres e crianças, o SUS precisa urgentemente melhorar o modelo de assistência obstétrica, transformando as recomendações em práticas, com adoção de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas, com a garantia de um tratamento digno e respeitoso às mulheres, por meio da promoção das boas práticas e do resgate da autonomia e do protagonismo das mulheres na gestação, parto e nascimento, através da garantia de escolhas informadas e decisões compartilhadas nas tomadas de decisão desde o planejamento familiar, passando pela gestação, parto e puerpério (LEAL *et al.*, 2014; DOMINGUES, 2014).

### **3.2 Assistência ao parto no Sistema Suplementar de Saúde**

Atualmente no Brasil, a quase totalidade dos nascimentos ocorre em ambiente hospitalar, e mais da metade das mulheres é submetida à cirurgia cesariana. Na rede suplementar de saúde, essa taxa gira em torno de 90% (DOMINGUES *et al.*, 2014; MS, 2016a). Já está bem estabelecida na literatura científica a associação entre as altas taxas de cesariana e a assistência à saúde no setor privado, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, com destaque para o Brasil que apresenta uma das maiores taxas de cesariana do mundo (PHADUNGKIATWATTANA; TONGSAKUL, 2011; DAHLEN *et al.*, 2012; COULM *et al.*, 2012; TORRES *et al.*, 2014).

Considerando o apontamento da OMS de que taxas de cesariana abaixo de 15% estão relacionadas a uma redução das taxas de mortalidade materna e neonatal, entende-se que não há razões clínicas que justifiquem taxas alarmantes de cesarianas; sendo assim, sugere-se que fatores não clínicos, especialmente aqueles relacionados à organização da assistência obstétrica no Brasil, podem influenciar o processo de tomada de decisão sobre a via de nascimento, considerando que no SUS há maior aceitação do modelo humanista de atenção ao parto, com atuação de enfermeiros obstétricos e adoção de práticas baseadas em evidências científicas, com a indicação de uma cesariana somente mediante diagnóstico de intercorrências durante a gestação ou trabalho de parto, limitando o agendamento de cesariana a pedido da mulher. Já na rede suplementar, em que há um predomínio do modelo tecnocrático de

assistência ao parto, com o cuidado centrado no profissional médico, existe uma maior facilidade para o agendamento de uma cesariana, conforme desejo da mulher e/ou indicação do obstetra (LAUER, 2010; DOMINGUES *et al.*, 2014; WHO, 2015).

O sistema de saúde no Brasil é dividido entre o SUS, cujos serviços são financiados com recursos públicos e o acesso é universal, e o Sistema Suplementar de Saúde, cujo acesso é restrito e o financiamento dos serviços decorre de recursos privados, considerando que o pagamento é feito por via direta ou pelos planos de saúde. Em 2012, os estados da região Sudeste superavam a média nacional (24,7%) de coberturas de planos de saúde, com taxas que variavam entre 25,9% e 43,6% (PAIM *et al.*, 2011; TORRES *et al.*, 2014).

A assistência obstétrica na rede suplementar de saúde é caracterizada por apresentar um acompanhamento do pré-natal e parto realizado geralmente por um mesmo médico de escolha da mulher, com maternidades trabalhando com corpo clínico aberto, sem manutenção de vínculo empregatício com o serviço, assim favorecendo a possibilidade de agendamento de uma cesariana conforme o desejo da mulher e/ou a indicação do obstetra. Além disso, o número de partos assistidos por enfermeiras obstétricas e obstetrites nesse setor é muito baixo (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Essas características são justificadas considerando a prevalência do modelo tecnocrático, principalmente nos setores privados de assistência ao parto, marcado pelo predomínio da tecnologia sobre as relações humanas e suposta neutralidade de valores, além do uso excessivo de intervenções clínicas e menor protagonismo feminino, com consequente aumento das taxas de cesariana (VICTORIA *et al.*, 2011; TORRES *et al.*, 2014).

Tendo em vista esse cenário na rede suplementar de saúde, com taxas alarmantes de cesarianas, a ANS vem desenvolvendo ações sistemáticas visando a implementação de estratégias que melhorem a qualidade da atenção obstétrica e neonatal, tendo como principal desafio a redução da proporção de cesarianas no setor privado de saúde. Estas estratégias devem ser direcionadas aos profissionais, objetivando a redução das intervenções clínicas desnecessárias, com enfoque no incentivo de mudanças na assistência ao parto; direcionadas às mulheres por meio da garantia de informações qualificadas que lhes assegurem autonomia e empoderamento; e também direcionadas às instituições, por meio da implementação de diretrizes, protocolos e auditorias (ANS, 2008).



Essas estratégias podem contribuir significativamente para a redução de cesarianas desnecessárias; contudo, seguramente, a principal delas a ser realizada no sistema de saúde suplementar brasileiro, é permitir que as gestantes entrem em trabalho de parto e recebam um cuidado e acompanhamento humanizado, seguro e com respeito as suas individualidades, cuja efetividade esteja baseada em evidências científicas. A garantia de informação de qualidade para as mulheres pode ter um papel relevante no fortalecimento das gestantes em sua opção pelo parto normal, considerando que já está bem estabelecido na literatura científica que as mulheres têm preferência inicial pelo parto normal como via de nascimento (DIAS *et al.*, 2008; DOMINGUES *et al.*, 2014; SANTANA *et al.*, 2015).

Em relação às instituições, importantes estratégias podem ser adotadas como: segunda opinião mandatória em caso de dúvidas sobre a indicação absoluta de cesárea; realização de auditorias; definição de limites máximos para as intervenções obstétricas e envolvimento de lideranças locais, considerando-se sempre as características organizacionais de cada local e os efeitos dessas estratégias. Ressalta-se que o envolvimento dos gestores e de lideranças locais com a proposta de qualificação da assistência e redução das taxas de cesarianas, pode ser significativo para o sucesso dessas iniciativas (ANS, 2008; SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014).

Nesse contexto de busca pela redução das excessivas taxas de cesarianas e mudanças no modelo de atenção obstétrica visando uma assistência com atuação de equipe multiprofissional, humanizada, segura, centrada na mulher, e com resgate da sua autonomia e protagonismo na gestação, parto e puerpério, considera-se fundamental que haja maior inserção e reconhecimento da enfermagem obstétrica como uma das principais estratégias para mudanças de paradigma no que se refere ao processo de parturição e nascimento, principalmente na rede suplementar de saúde, além do incentivo na formação e qualificação desses profissionais. Destaca-se que as evidências científicas apontam que os modelos de assistência envolvendo esses profissionais associam-se à maior satisfação das mulheres e menores taxas de intervenções, especialmente de cesarianas sem indicação clínica (NARCHI, CRUZ e GONÇALVES, 2013; REIS *et al.*, 2014).

Considerando essas recomendações, recentemente novas regras foram regulamentadas pela ANS visando reduzir as taxas de cesarianas, estimular o parto normal na rede privada e informar as gestantes sobre os riscos representados pela

realização da cesárea sem indicação clínica, para a gestação atual e as subsequentes. Assim, destacam-se as Resoluções Normativas da ANS: nº 398, de 05/02/2016, que dispõe sobre a obrigatoriedade de credenciamento de enfermeiros obstétricos e obstetrites por operadora de planos privados de assistência à saúde e hospitais que constituem suas redes, além da obrigatoriedade dos médicos de entregarem a Nota de Orientação à Gestante, visando esclarecer a gestante acerca dos riscos e benefícios da cesariana e do parto normal; e a Resolução nº 368, de 06/01/2015 que a precedeu, objetivando reduzir as cesáreas desnecessárias, garantindo à população o direito ao acesso à informação dos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico, bem como, sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar (BRASIL, 2015; 2016).

Outra estratégia significativa desenvolvida pela ANS no Hospital Israelita Albert Einstein e no *Institute for Healthcare Improvement* que tem apresentado resultados positivos na redução das cesáreas desnecessárias, foi o desenvolvimento do *Programa Parto Adequado*, que tem por objetivo mudar o modelo de atenção ao parto através da promoção do parto normal, qualificando os serviços de assistência no pré-parto, parto e puerpério, favorecendo a redução de cesáreas desnecessárias e de possíveis eventos adversos decorrentes de um parto inadequado. O Programa também visa reduzir riscos desnecessários, melhorar a segurança da paciente e a experiência do cuidado para mães e bebês (PORTAL BRASIL, 2017).

### **3.3 Classificação dos Dez Grupos de Robson**

O desenvolvimento científico e tecnológico na atenção obstétrica trouxe grandes avanços para a saúde da mulher, tendo como principal resultado a drástica redução da morbimortalidade materna e perinatal. Entretanto, nesse cenário, a operação cesariana que até meados do século XX era considerada um procedimento de exceção, realizada apenas em caso de risco para a mãe ou para o feto, atualmente representa mais da metade dos nascimentos no Brasil (TODMAN, 2007; ALMEIDA *et al.*, 2014; MARCOLIN, 2014). A OMS aponta uma associação entre taxas populacionais de cirurgias cesarianas de até 15% e a diminuição na mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2014; WHO, 2015; BETRAN *et al.*, 2015).

Muitas causas têm sido apontadas para justificar o aumento alarmante das

taxas de cesariana no País, e dentre elas pode-se destacar o predomínio do modelo tecnocrático na assistência obstétrica, a presença de intercorrências clínicas na gestação ou parto, o aumento da idade materna, a presença de uma cesariana anterior, a comodidade do profissional e, principalmente, a cesariana a pedido, que tem sido considerada a principal delas, mesmo que estudos recentes apontem que a maioria das mulheres tenha preferência inicial pelo parto normal como via de nascimento (BARBER *et al.*, 2009; DOMINGUES *et al.*, 2014; DIAS *et al.*, 2016).

As taxas de cesariana variam de acordo com fatores socioeconômicos, demográficos, culturais e especialmente com o modelo de atenção obstétrica predominante (SODRÉ *et al.*, 2012; DOMINGUES *et al.*, 2014). Este tipo de cirurgia, quando mal indicada, está relacionada ao aumento de sequelas maternas e neonatais tais como complicações tromboembólicas, hemorrágicas, infecciosas e placentação anormal em gestações subsequentes, além de prematuridade iatrogênica, baixo peso ao nascer e síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido (GAMA *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2014; REIS *et al.*, 2014; BETRAN *et al.*, 2015).

Para a implementação de medidas eficazes de redução das taxas de cesariana, é fundamental identificar os grupos de mulheres que são mais submetidas a esse procedimento. Sistemas de classificação que categorizem as cesarianas de acordo com a indicação operatória não permitem comparações inter-hospitalares, considerando que conceitos de intercorrências como estado fetal não tranquilizador e distócia podem divergir. Um método de análise dependente da indicação clínica da cesariana torna a classificação viável apenas após a realização do procedimento, tornando difícil a identificação prospectiva dos grupos de risco (ROBSON, 2001; VERISSIMO *et al.*, 2013).

Visando garantir a utilização de um sistema de classificação de cesarianas confiável, sistemático, aceito internacionalmente e que admita a comparação padronizada das taxas de cesarianas em diferentes populações, permitindo investigar os fatores envolvidos no aumento constante das taxas de cesáreas, a OMS recomenda que o sistema de classificação em dez grupos de Robson (RTGCS) seja utilizado internacionalmente como instrumento padrão para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas nos diversos setores de saúde (WHO, 2015). Esse sistema foi proposto inicialmente pelo médico Michael Robson,

em 2001, e consiste na classificação das gestantes durante a admissão em 10 grupos mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos, considerando as características distintas de cada mulher individualmente e de sua gestação ao invés de focar na indicação da cirurgia cesariana (Quadro 1).

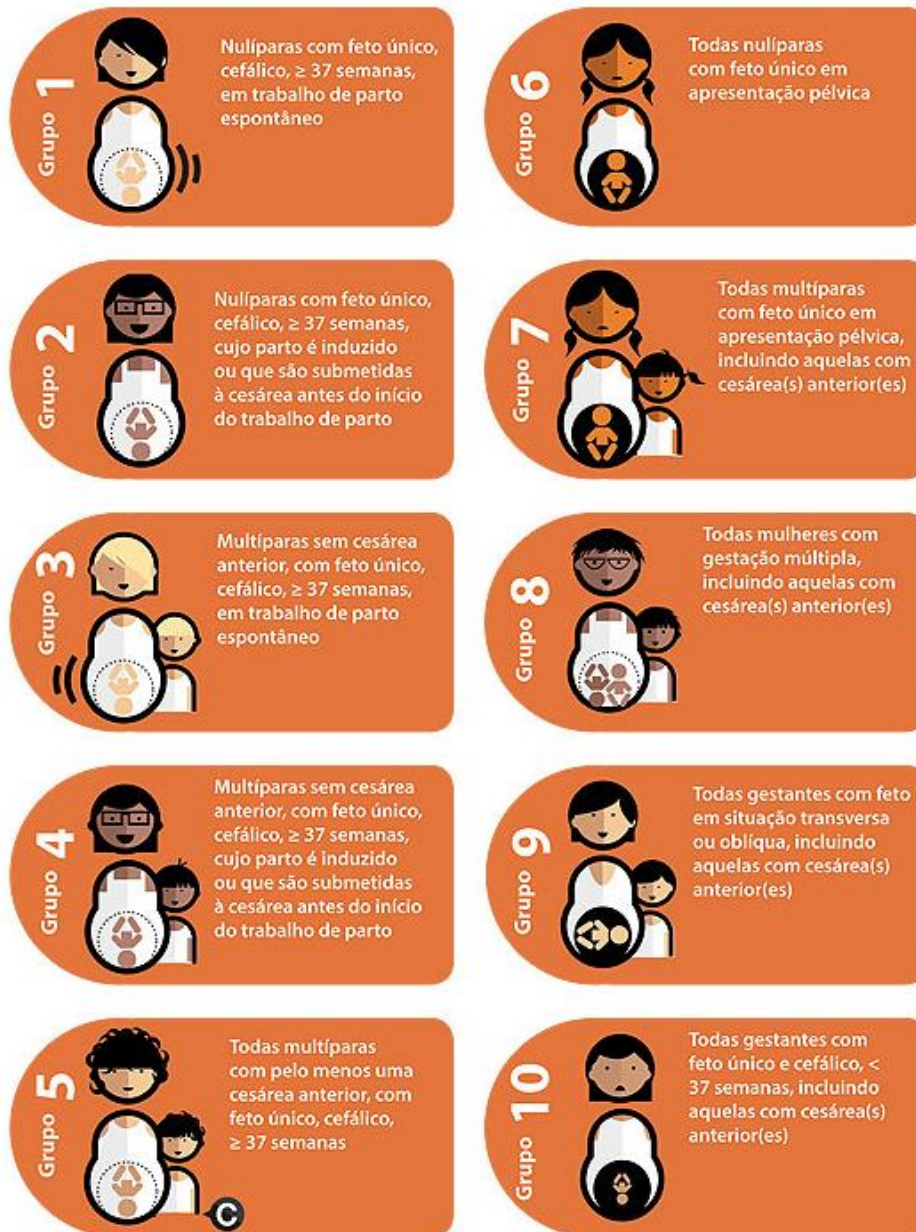
**Quadro 1** – Características obstétricas consideradas na Classificação dos 10 grupos de Robson

<b>Características Obstétricas</b>	<b>Parâmetro</b>
Paridade	Nulípara ou multípara com e sem cesárea anterior
Início do parto	Espontâneo Induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto
Idade gestacional	Pré-termo Termo
Apresentação / Situação fetal	Cefálica Pélvica Transversal
Número de fetos	Único Múltiplo

Fonte: OMS, 2015.

Comparado com outros sistemas de classificações de cesarianas, a classificação Robson oferece muitas vantagens, por ser simples, reproduzível, clinicamente relevante, e prospectiva, garantindo que todas as gestantes internadas para o parto possam ser imediatamente classificadas em um dos 10 grupos, usando algumas características básicas, permitindo a comparação e a análise das taxas de cesáreas dentro e entre esses grupos (Figura 2) (ROBSON, 2001; BETRAN, 2014; VOGEL, 2015; WHO, 2015; NAKAMURA-PEREIRA *et al.*, 2016).

Figura 2 – Sistema de Classificação dos 10 Grupos de Robson



Fonte: OMS,2015.

A OMS aponta que essa classificação está associada com a adequação das taxas de cesarianas através da identificação e análise de intervenções em grupos específicos que sejam particularmente relevantes em cada local, além de avaliar a efetividade de estratégias ou intervenções criadas para aperfeiçoar as indicações de cesáreas, a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupo (WHO, 2015).

O grupo 1 é um dos mais importantes na assistência obstétrica, sendo certamente um dos grupos mais estudados e controversos em termos de acompanhamento (ROBSON *et al.*, 2013). A taxa de cesarianas dentro desse grupo pode ser relativamente baixa, porém, devido ao grande número relativo de gestantes nele presentes, uma pequena diferença nas taxas de cesariana nesse grupo pode significar um grande número de cesarianas realizadas (ROBSON *et al.*, 2001).

O grupo 2 inclui mulheres com características semelhantes às do grupo 1, entretanto, nesse grupo as mulheres tiveram o parto induzido ou foram submetidas à cesariana antes do início do trabalho de parto. Por se tratar de um grupo heterogêneo, deve ser considerado um grupo inicial a partir do qual podem ser feitas outras análises específicas, e até mesmo ser subdividido, se necessário, em um subgrupo com mulheres que tiveram uma indução do trabalho de parto, e outro com mulheres que foram submetidas à cesariana sem indução (ROBSON *et al.*, 2001; FARINE *et al.*, 2012). Assim, esse grupo tem se tornado cada vez mais importante nas taxas globais de cesariana (ROBSON *et al.*, 2001).

Os grupos 3 e 4 são similares aos grupos 1 e 2, respectivamente, porém, com gestantes múltiplas. O grupo 3 talvez seja o menos controverso dentre os 10 grupos, considerando a inclusão de mulheres que, em geral, evoluem bem para o parto vaginal, tornando-se um grupo com baixas taxas de cesariana. As taxas de cesariana neste grupo são tão consistentes que podem ser utilizadas como indicador da acurácia da coleta de dados (ROBSON *et al.*, 2001).

O grupo 5 é também heterogêneo, incluindo todas as múltiplas com pelo menos uma cesariana anterior. Atualmente, é um grupo bastante importante em termos de números absolutos, representando um número expressivo nas taxas mundiais de cesarianas (ROBSON *et al.*, 2001; REIS *et al.*, 2014).

Os grupos 6 e 7 incluem todas as gestações com apresentação pélvica, nulíparas e múltiplas, com ou sem cesarianas prévias, respectivamente; nesses casos, é a apresentação que influenciará as decisões obstétricas (ROBSON *et al.*,

2001). Os grupos 6 e 7 foram mantidos separadamente na classificação original, porque há diferenças clínicas relevantes nos manejos das parturientes de ambos, baseadas na paridade.

O grupo 8, parturientes com gestações múltiplas, é outro grupo heterogêneo. Ele também pode se beneficiar de subdivisão, conforme o curso do parto, assim como o grupo 5 (ROBSON *et al.*, 2001; FARINE *et al.*, 2012).

O grupo 9, gestações com apresentação transversa ou oblíqua, é definido no momento da internação para o parto, e não em qual apresentação o feto nasceu. É um grupo importante, mas que não passou por uma análise prévia cuidadosa por falta de conceitos obstétricos consistentes e aceitos (ROBSON *et al.*, 2001).

O grupo 10, no qual estão classificadas as parturientes com gestação pré-termo, também contribui consideravelmente para as taxas globais de cesariana. Muitas instituições atribuem suas altas taxas de cesariana ao fato de serem referências para esse tipo de gestação. As taxas de cesariana desse grupo podem ser utilizadas para confirmar essa informação (ROBSON *et al.*, 2001). Assim como os grupos 5 e 8, este grupo também pode ser subdividido de acordo com o curso do parto (ROBSON *et al.*, 2001; FARINE *et al.*, 2012).

Desde a criação dessa classificação, em 2001, vários estudos tem sido realizados visando levantar as taxas de cesariana segundo esses 10 grupos e, assim, desenvolver estratégias para a implementação de medidas que possam diminuir esses índices. Uma revisão sistemática recente para avaliar a classificação de Robson apontou algumas limitações, como grupos heterogêneos, ausência da informação sobre a indicação da cesárea e a não inclusão de características maternas que podem estar associadas com maiores taxas de cesariana, como idade avançada e obesidade (BETRAN *et al.*, 2014).

Em 2015, um estudo realizado em oito países da América Latina avaliou mais de 97 mil mulheres, sendo incluídas 14.462 brasileiras; destas, a maioria pertencia ao grupo 3 de Robson (30.9%), seguido pelos grupos 1 e 5 (11.1%), respectivamente. Nesse mesmo levantamento, a maior taxa relativa de cesariana foi verificada no grupo 5 (28.7%), seguido pelos grupos 2 (22%) e 1 (13.5%), respectivamente, indicando que a cesariana anterior é o maior preditivo para indicação de uma nova cesariana (BETRÁN *et al.*, 2007).

Outro estudo realizado em um hospital público de Campinas, São Paulo (Brasil), com taxa geral de cesariana em torno de 45%, também apontou que a

maioria das mulheres que deram entrada no hospital referido pertencia ao grupo 3 de Robson (27.7%), sendo que a taxa de cesariana, considerando a contribuição de cada grupo, foi maior no grupo 5 (16.0%), seguido pelos grupos 3 (6.1%) e 1 (6.0%), respectivamente (COSTA *et al.*, 2010).

A presença de pelo menos uma cesariana anterior contribui de forma expressiva no aumento das taxas globais de cesarianas. Nos Estados Unidos, um terço de todas as cesarianas é realizada em pacientes com cesariana prévia (MARSHALL *et al.*, 2011). Na Europa, as taxas de parto vaginal após cesariana vêm caindo ao longo dos anos (LUNDGREN *et al.*, 2015). Um estudo apontou que nos Estados Unidos, apenas 8,7% das admissões de parturientes com cesariana anterior evoluiu para via vaginal, sugerindo que mais de 90% dessas mulheres foram submetidas a uma cesariana (GUISE *et al.*, 2010).

Diante desse contexto, a OMS propõe que a Classificação de Robson seja usada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas dentro e entre instituições, considerando que a utilização desse sistema poderá ajudar os profissionais e hospitais a aperfeiçoar a indicação de cesariana ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos que sejam particularmente relevantes em cada local, bem como, avaliar a efetividade de estratégias ou intervenções criadas para aperfeiçoar as indicações deste procedimento. Além disso, a classificação de Robson permite avaliar a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupo. Ressalta-se que a avaliação da qualidade dos dados colhidos poderá conscientizar os profissionais acerca da importância desses dados e do seu uso na redução das taxas de cesariana (WHO, 2015).

### **3.4 Empoderamento e autonomia feminina na assistência ao parto**

Após a segunda metade do século XX, a assistência obstétrica passou por avanços tecnológicos importantes que acarretaram mudanças significativas na assistência à mulher e aos bebês no Brasil. No entanto, o parto que até então era um acontecimento natural, fisiológico, domiciliar e tradicionalmente feminino, passou a ser um evento hospitalar e cirúrgico, marcado pelo crescimento da medicalização do parto e do fortalecimento do saber biomédico, com altos índices de intervenções, muitas vezes desnecessárias, prejudiciais, e o conseqüente aumento das taxas de



cesariana no País (CARDOSO *et al.*, 2012; LEÃO *et al.*, 2013).

A forma como se organizou a assistência obstétrica, a formação dos profissionais de saúde centrados no modelo tecnocrático e biomédico, a interferência dos médicos com a justificativa de a cirurgia cesariana ser um procedimento cômodo e seguro, tanto para a mãe como para o feto, bem como a demanda das mulheres por este procedimento, são alguns dos principais fatores que influenciaram o aumento crescente de cirurgias cesarianas no sistema de saúde brasileiro, principalmente no setor suplementar (PIMENTA *et al.*, 2013; OECD, 2013; WEIDLE *et al.*, 2014).

O Brasil é considerado o país com as maiores taxas de cesariana desnecessárias no mundo, o que vem repercutindo em um aumento da prematuridade iatrogênica, do risco da Síndrome Respiratória do Recém-nascido, do óbito neonatal, além ser fator de risco para depressão pós-parto, ruptura uterina, infecção puerperal, hemorragia pós-parto e óbito materno, entre outros efeitos adversos sobre a saúde da mulher e do bebê (GAMA *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2014; BETRAN *et al.*, 2015).

Existem fortes evidências científicas que comprovam como o modo de nascer pode ter repercussões durante toda a vida, no que tange ao risco de doenças crônicas. O trabalho de parto e o parto são processos neuroendócrinos significativos que interferem na expressão do genoma humano (processos epigenéticos). Os mecanismos de regulação do estresse, a produção de neurotransmissores e a transição respiratória são distintos entre os indivíduos que passaram ou não pelo trabalho de parto, com consequências epigenéticas que podem estar presentes aolongo da vida (BAGER *et al.*, 2008; CHO; NORMAN, 2013; TESSER *et al.*, 2015).

Atualmente cerca de 60% dos nascimentos no Brasil são por meio de cesáreas, sendo que nos hospitais privados, essa proporção chega a aproximadamente 90%, considerando que a maioria das cesarianas eletivas não apresenta indicação clínica, com forte influência médica sobre a decisão da via de nascimento ao longo do pré-natal (DIAS *et al.*, 2008; LEAL *et al.*, 2012; DOMINGUES *et al.*, 2014). Já em Belo Horizonte, local de desenvolvimento desta pesquisa, em 2013 as taxas de cesarianas variavam entre 36,38% e 22,63% na rede pública de saúde, enquanto no setor privado estavam entre 89,3% e 62,65% (BELO HORIZONTE, 2015).

As taxas alarmantes de cesarianas desnecessárias no Brasil são resultado de

um modelo de assistência tecnocrático com mais de 90% dos nascimentos em ambiente hospitalar caracterizado por crescentes intervenções no processo de nascimento, muitas vezes desnecessárias e até mesmo prejudiciais, transformando o fisiológico em patológico (PATAH, 2011; BRASIL, 2014).

Considerando que a expressão “violência obstétrica” pode ser utilizada para descrever diversas formas de violência (e danos) durante a assistência obstétrica, como maus tratos físicos, psicológicos e verbais, procedimentos desnecessários e danosos, a exemplo das episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina de rotina, ausência de acompanhante, e com destaque para as cesarianas sem indicação clínica, pode-se dizer que o Brasil também apresenta altas taxas de violência obstétrica (RATTNER, 2009). Estudo nacional recente apontou que cerca de 1/4 das mulheres que tiveram bebês, independente da via de nascimento, e aproximadamente metade das que abortaram, relataram ter sofrido alguma forma de violência obstétrica (VENTURINE; GODINHO, 2013).

Tal fato torna-se mais evidente tendo em vista a definição de violência obstétrica adotada pela primeira legislação latino-americana aprovada na Venezuela e transcrita a seguir:

Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres. (VENEZUELA, 2007, p.30)

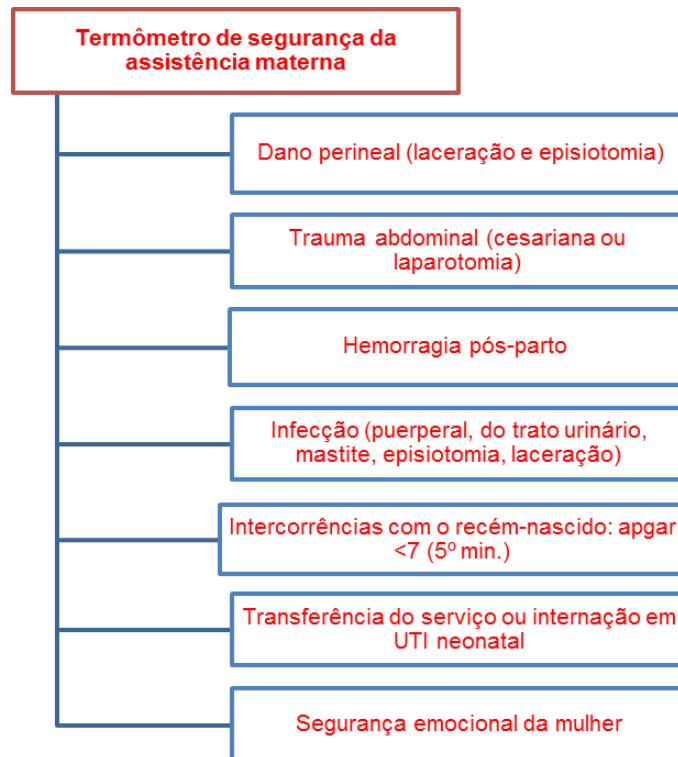
Existe uma superposição entre violência obstétrica e dano iatrogênico no parto, ou seja, quando o dano é causado pelo profissional médico (Quadro 2).

**Quadro 2 - Categoria de violência obstétrica, definição e direitos da mulher**

<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>	<b>Direito da mulher</b>
<b>Abuso físico</b>	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias. Imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia.	Direito a ter uma assistência baseada em evidências científicas
<b>Imposição de intervenções não consentidas</b>	Mulheres que verbalmente e por escrito, não autorizam uma episiotomia, mas esta intervenção é feita à revelia da sua desautorização.	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa, e respeito pelas escolhas e preferências, incluindo acompanhantes durante o atendimento de maternidade.
<b>Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas.</b>	Recusa à aceitação de planos de parto. Indução à cesárea sem indicação clínica. Não informação dos danos potenciais de longo prazo dos modos de nascer.	
<b>Cuidado não confidencial ou privativo</b>	Maternidades mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, sem privacidade, utilizando esse cenário como justificativa para desrespeitar o direito a acompanhantes.	Confidencialidade e privacidade do seu tratamento e cuidados.
<b>Cuidado indigno e abuso verbal</b>	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor.	Direito a ser tratada com dignidade e respeito.
<b>Discriminação baseada em certos atributos</b>	Tratamento diferencial com base em preconceitos étnicos, raciais, sociais, econômicos e culturais	Direito à igualdade, não discriminação e equidade da atenção.
<b>Abandono, negligência ou recusa de assistência</b>	Estudos mostram o abandono, a negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, e nos casos de assistência ao aborto incompleto, frequentemente são deixadas por último, desconsiderando os riscos importantes à sua segurança física.	Direito a uma assistência segura, de qualidade em tempo oportuno.
<b>Detenção nos serviços</b>	Em algumas instituições as mulheres ficam retidas até que saldem suas dívidas com os serviços. No Brasil e em outros países, começam a ocorrer detenções policiais.	Direito a liberdade e autonomia.

Fonte: elaborado pela autora a partir de BOWSER; HILL (2010).

**Figura 3** -Termômetro de segurança da assistência materna do *National Health Service*.



Fonte: *Safety Thermometer, National Health Service (2013)*

Com o intuito de dar visibilidade a esses danos, em 2013 o *National Health Service (NHS)* criou o “**termômetro de segurança da assistência materna**”, que registra danos medidos individualmente em uma dada população (Figura 2).

Estes indicadores podem ser importantes para se estimar o resultado da assistência em um determinado serviço ou região. No contexto da saúde materna e perinatal, a prática da prevenção quaternária está diretamente associada ao cuidado baseado em evidências científicas, à humanização do parto e ao combate à violência obstétrica que deve ser considerada como prioridade, “pois representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde” (SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014, p. S12).

Para reverter essa situação, a Estratégia Rede Cegonha, considerada a principal política pública brasileira para a atenção à saúde materna e infantil, fundamenta-se na garantia de atendimento qualificado, seguro e humanizado, desde o planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, até o segundo ano de vida do bebê. Entre suas diretrizes está a indicação para os serviços de saúde adotarem medidas e procedimentos benéficos e seguros no acompanhamento ao parto e nascimento, evitando intervenções desnecessárias (BRASIL, 2011b).

Para o sucesso dessas diretrizes é essencial a participação ativa das mulheres no processo de parturição, garantindo-lhes informações a respeito dos seus direitos em saúde em geral, especialmente no ciclo gravídico puerperal. A falta de informação e/ou a manipulação das informações prestadas às gestantes contribuem fortemente para que desconheçam as vantagens do parto vaginal em relação à cesárea, quando não há indicação para realização deste procedimento, além de privá-las da autonomia de participar ativamente das tomadas de decisão durante a gestação e parto (SOUZA *et al.*, 2010; FERRARI *et al.*, 2016).

Torna-se necessário que as gestantes sejam informadas claramente quanto à escolha da via de nascimento, como uma das prerrogativas ministeriais em programas de saúde e toda a rede envolvida na assistência ao parto e puerpério, desenvolvendo ações de orientações no pré-natal que lhes garanta autonomia por meio de escolhas informadas e seguras. As ações educativas e o aconselhamento pré-natal garantem às gestantes informações baseadas em evidências científicas acerca dos riscos e benefícios da cesariana e do parto normal, para a gestação atual e as subsequentes, respeitando suas individualidades, vivências e crenças, levando-as a refletir a cerca dos processos de parturição, contribuindo para uma participação ativa na escolha da via de nascimento, além da promoção e otimização das ações já existentes na Rede de Atenção de Saúde (VALE *et al.*, 2014; FERRARI *et al.*, 2016).

Apesar da quase totalidade da cobertura de pré-natal (98,7%) no Brasil, menos da metade das mulheres (40%) afirma ter recebido orientações sobre práticas benéficas para o trabalho de parto, tendo maior enfoque nas orientações sobre trabalho de parto e sinais de risco (SINGATA *et al.*, 2010; KLEN *et al.*, 2011). É importante sensibilizar os profissionais quanto à necessidade de orientar as gestantes e seus familiares quanto aos benefícios do parto normal e aos possíveis riscos de uma cesariana sem indicação clínica e intervenções desnecessárias (KLEN *et al.*, 2011) visando o empoderamento das mulheres e suas famílias, para que tenham autonomia nas decisões podendo, assim, garantir um atendimento obstétrico seguro e digno. Torna-se fundamental que os profissionais de saúde assumam uma responsabilidade para além das rotinas de pré-natal e do

entendimento biomédico da gestação e parturição (TESSER *et al.*, 2015).

Uma ferramenta importante, mas pouco utilizada no Brasil, para o resgate da autonomia e empoderamento feminino, é a construção de planos de parto. Essa prática teve início na década de 70 durante a crescente medicalização do parto, quando mulheres europeias reivindicavam o controle sobre seu próprio corpo (PENNY; SIMKIN, 2007). Recomendado pela OMS, sua elaboração favorece uma reflexão sobre os riscos e benefícios das vias de nascimento, bem como dos direitos da gestante durante o processo de parturição (WHO, 2006).

O plano de parto fortalece a comunicação e o vínculo entre o profissional e a mulher, além de permitir que ela expresse seus valores pessoais, medos e necessidades no processo parturitivo, além de resgatar o seu protagonismo nas decisões, garantindo que esteja mais consciente das suas opções por meio de escolhas informadas e decisões compartilhadas durante a gestação e o parto (LOTHIAN, 2006; BAILEY *et al.*, 2008; NORMAN; TESSER, 2015).

A utilização do plano de parto fortalece a importância de se pensar no pré-natal como um espaço importante de compartilhamento de informações e implementação de estratégias que resgatem o empoderamento e a autonomia da mulher no processo de gestação e parto visando a garantia de uma assistência humanizada, segura, individualizada, centrada na mulher e nas suas necessidades, respeitando seus valores, cultura, medos, vivências e capacidade de entendimento (TESSER *et al.*, 2015).

É importante ressaltar que a construção de um plano de parto não garante o cumprimento, pelo serviço de atenção ao parto, daqueles desejos. Principalmente no setor privado, a reação dos profissionais ao plano de parto geralmente não é receptiva, podendo gerar um aumento da tensão e de conflitos entre eles e as mulheres (LOTHIAN, 2006).

Entretanto, destaca-se que a falta de informação de qualidade pode ser considerada um dos principais motivos para que as mulheres atualmente sejam mais permissivas a condutas médicas desnecessárias, e que algumas até as desejem por terem absorvido culturalmente um modelo tecnocrático de assistência ao parto predominante no País (LOTHIAN, 2006; DOMINGUES *et al.*, 2014; TESSER *et al.*, 2015).

Torna-se importante ressaltar que, independente da forma de pagamento e do modelo de atenção obstétrica, a maioria das brasileiras tem preferência pelo parto

normal como via de nascimento, levando a supor que uma vez informadas sobre possíveis alternativas e direitos, elas não somente optariam, mas também lutariam por uma assistência obstétrica segura, humanizada e baseada em evidências científicas para si e para seus bebês (DOMINGUES *et al.*, 2014; TESSER *et al.*, 2015).

Além do plano de parto, o profissional conta com inúmeros recursos que podem auxiliar no estímulo a reflexões e debates sobre os riscos e benefícios das vias de nascimento, como artigos, revisões sistemáticas, filmes, *sites* confiáveis (a exemplo do *Childbirth Connection*) e grupos de apoio à gestação e ao parto que denunciam a negação às mulheres do direito à informação e autonomia, e divulgam outra perspectiva para o parto, de uma experiência segura, prazerosa e única. Assim, conhecer e apoiar os exemplos pioneiros de instituições e serviços nos quais a violência obstétrica está minimizada, como no Hospital Sofia Feldman e em casas de parto, bem como incentivar a mudança do modelo tecnocrático vigente no País para o modelo humanista de atenção ao parto e o surgimento de novas alternativas assistenciais às gestantes, são estratégias importantes no resgate do empoderamento e da autonomia das mulheres durante a gestação e parto (TESSER *et al.*, 2015).

### **3.5 Atenção obstétrica em Belo Horizonte**

Em Belo Horizonte, desde 1994, a Secretaria Municipal de Saúde tem se articulado num movimento político com diferentes atores da sociedade para a melhoria da qualidade da assistência ao parto e nascimento, para tanto valendo-se de uma rede de atenção com maternidades de referência para todas as gestantes e protocolos assistenciais, visando à melhoria da qualidade da assistência à mulher e à criança além do monitoramento e da redução das taxas de mortalidade materna, fetal e infantil (LANSKY, 2010).

A Comissão Perinatal surgiu em 1994, a partir do Projeto Vida, da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) que, inicialmente, tinha sua atenção voltada para a assistência básica e para a organização da atenção ao pré-natal e ao puerpério nos Centros de Saúde da capital. Naquele ano, o planejamento familiar foi implantado em toda a rede municipal de saúde, antecipando a ação nacional que seria regulamentada em 1996 (MAIA; CHACHAM, 2002) e a Comissão, formalmente

constituída em caráter permanente, sendo integrada à estrutura da Secretaria Municipal de Saúde por meio da Portaria SMSA/SUS-BH 014/96, de 03 de maio de 1996 (BELO HORIZONTE, 1996).

Em dezembro de 1997 foi constituído o Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna de Belo Horizonte visando a investigação de todos os óbitos maternos de mulheres residentes na capital, além da identificação de possíveis falhas na assistência, sugerindo medidas para sua prevenção (DIAS; PERILLO, 2002).

A Comissão Perinatal de Belo Horizonte é atualmente integrada por representantes de gerências internas da Secretaria, dos hospitais que prestam assistência ao parto pelo SUS e de organizações do movimento social, contribuindo significativamente para a garantia de um atendimento de qualidade às gestantes, para a redução das taxas de mortalidade materna e infantil e dos índices de cesarianas desnecessárias no SUS de Belo Horizonte, além de atuar na garantia de acesso a leitos de alto risco, no aprimoramento da gestão, na investigação de óbitos maternos, fetais e infantis, na implantação de políticas de planejamento familiar e humanização da assistência ao pré-natal de baixo e alto risco, na inserção do enfermeiro na atenção e do monitoramento das maternidades (BELO HORIZONTE, 2002; LANSKY, 2010).

A Comissão Perinatal é considerada uma experiência pioneira no País, tendo recebido prêmios importantes como o de Gestão Pública e Cidadania, conferido pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) em 2002, e o prêmio Eleutério Rodriguez Neto, da Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS, do Ministério da Saúde em 2006, além de ter sido considerada referência pela Fundação ABRINQ em 2004; pela prestigiada revista *The Lancet* (experiência internacional de redução da mortalidade infantil, em 2005), pelo UNICEF em 2006, e pela *Expogest 2006*, Ministério da Saúde) (MAIA, 2010; LANSKY, 2010).

Esse reconhecimento é justificado diante de suas conquistas expressivas, tanto na sua composição através da ampliação, diversificação e democratização dos integrantes da Secretaria Municipal da Saúde e da inclusão de atores não governamentais do município, quanto na sua forma de atuação (LANSKY, 2010).

A Comissão tem realizado algumas ações significativas na qualificação da atenção obstétrica e neonatal e na redução das taxas de cesarianas em todo o município, com destaque para a formação e acompanhamento de *doulas*



comunitárias; a implantação do acompanhante contínuo; a capacitação de conselheiros para o controle social hospitalar; a implantação da proposta de inclusão de monitoramento das maternidades pela Supervisão Hospitalar; a manutenção do Fórum de Neonatologia e do Fórum de Obstetrícia, como um grupo de trabalho; a realização de quatro Encontros de Humanização de Assistência Obstétrica e Neonatal, abertos ao público em geral; o lançamento e articulação do Movimento BH pelo Parto Normal e a formação de multiplicadores dessa campanha; a realização de visitas às maternidades do SUS para acompanhamento dos avanços e das dificuldades na implantação de práticas humanizadas da assistência ao parto (LANSKY, 2010); e a realização de ações como a Exposição Sentidos do Nascer, que objetiva contribuir para a mudança da percepção sobre o nascimento, através da garantia de informações baseadas em evidências científicas.

A experiência do SUS-BH avança na integralidade e na qualificação da assistência hospitalar e da atenção obstétrica, com enfoque na assistência pré-natal, planejamento familiar e humanização na assistência à gestação, parto e nascimento, incentivando a participação ativa da mulher nas tomadas de decisão visando a redução de procedimentos desnecessários, especialmente das cesarianas. Nesse contexto, a Comissão Perinatal tornou-se uma das principais estratégias do poder público municipal no intuito de garantir a qualidade e a implementação de um modelo humanizado de assistência junto às organizações hospitalares de assistência ao parto (LANSKY, 2010; MAIA, 2010).

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de estudo transversal que utilizou dados da pesquisa "Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento", realizado em maternidades públicas e privadas em Belo Horizonte, Minas Gerais. Esta pesquisa utilizou o mesmo método, logística e recursos materiais do estudo de abrangência nacional intitulado "Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento".

### **4.2 Local e período do estudo**

Para fins deste trabalho, foram incluídos os dados das sete maternidades que atendem a rede pública de saúde e das quatro maternidades que atendem a rede suplementar de saúde em Belo Horizonte.

O estudo foi realizado no período de novembro de 2011 a março de 2013.

### **4.3 População da pesquisa e tamanho da amostra**

A população da pesquisa foi constituída por puérperas hospitalizadas por motivo de parto e seus conceitos. Para este estudo, foram consideradas as informações provenientes de um banco de dados eletrônico, elaborado a partir de 1.088 entrevistas, sendo 735 entrevistas realizadas na rede pública e 353 realizadas na rede suplementar de saúde. Também foram utilizados dados dos prontuários maternos, obtidos após a alta hospitalar ou o óbito. Assim, realizou-se uma análise de subpopulação, restringindo-se a subpopulação de interesse em 662 puérperas na rede pública de saúde e em 223 puérperas na Rede Suplementar.

Em relação às mulheres que apresentaram pelo menos alguma intercorrência clínica ou obstétrica durante a gestação ou parto (que poderiam estar associadas à indicação de cesariana), considerou-se intercorrência se houve pelo menos uma das seguintes condições presentes na base de dados: doenças clínicas preexistentes, síndromes hipertensivas, diabetes, diabetes gestacional, infecção pelo HIV,

crescimento intrauterino restrito (CIUR), oligodrâmnia, polidrâmnia, isoimunização, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal, trabalho de parto prematuro, má-formação congênita grave, pelo menos uma cesárea prévia, apresentação anômala, falha de indução do parto e complicações na evolução do trabalho de parto (DOMINGUES *et al.*, 2014), além de incompetência istmo-cervical (IIC), amniorexe prematura, eclâmpsias, cirurgias uterinas prévias (miomectomia, micro cesárea ou outras cirurgias do corpo) e outros.

Neste caso, também se realizou uma análise de subpopulação, restringindo-sea subpopulação de interesse, resultando em que a amostra totalizou 309 puérperas rede pública e 193 na rede suplementar de saúde. Ressalta-se que a amostra final foi avaliada e não houve diferenças significativas da amostra inicial, exceto para a idade.

#### **4.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram consideradas elegíveis, nas análises, todas as puérperas com parto hospitalar e gestação única, que tiveram como produtos da concepção recém-nascidos (RN) vivos ou mortos com 22 semanas gestacionais ou mais e/ou com 500 gramas ou mais de peso ao nascer.

Os critérios de exclusão foram: puérperas com distúrbios mentais graves e estrangeiras que não compreendiam bem o idioma Português, além das puérperas surdas e mudas.

#### **4.5 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados**

A coleta de dados da pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento” iniciou-se após a autorização do dirigente de cada maternidade e da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição. Antes do início da pesquisa, cada diretor assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Logo após, foi realizado o reconhecimento da área física de cada instituição pelos pesquisadores e entrevistadores e, em seguida, iniciada a coleta de dados utilizando-se os três instrumentos elaborados.

O primeiro foi aplicado junto ao diretor ou responsável técnico da Instituição visando a caracterização da unidade, avaliação da estrutura e processo. Neste

estudo, não foram utilizados os dados coletados por meio desse instrumento.

O segundo questionário, eletrônico, destinado às puérperas, foi realizado por meio de entrevistas face a face, à beira do leito hospitalar pelo menos 6 horas após o parto, sendo respeitado o intervalo mínimo para descanso pós-parto. A pesquisa era explicada detalhadamente a cada puérpera selecionada para o estudo ou ao seu responsável, e antes do início de cada entrevista, após obter o consentimento solicitado, era coletada a assinatura do TCLE (APÊNDICE B).

Este instrumento era constituído de variáveis de identificação, sociodemográficas, hábitos maternos, informações nutricionais, antecedentes obstétricos, dados sobre o pré-natal, admissão no hospital, trabalho de parto, parto, pós-parto, informações sobre o bebê e o plano de saúde (APÊNDICE C).

O terceiro instrumento, também eletrônico, foi utilizado para a coleta de dados disponíveis no prontuário da mãe e do recém-nascido (RN). A consulta aos prontuários foi realizada após a alta de ambos ou até o 28º dia para o recém-nascido, caso permanecesse internado. Esse instrumento continha variáveis sobre admissão e alta hospitalar, antecedentes clínicos obstétricos, dados da internação, assistência ao trabalho de parto, assistência ao parto, indicação da cesárea, dados sobre o Near Miss Materno e dados do RN (APÊNDICE D).

Todos os instrumentos contavam com manuais de instrução com a descrição dos procedimentos padronizados a serem seguidos e as alternativas para as condutas em situações específicas. A coleta de dados foi realizada por enfermeiros previamente treinados para esse procedimento, e ocorreu de forma contínua após o consentimento dos dirigentes das Instituições em participar da pesquisa, sendo realizada durante toda a semana até a finalização da amostra estabelecida para cada instituição. A seleção da amostra foi realizada em cada maternidade de forma aleatória por meio de sorteio das puérperas elegíveis, de acordo com o número de nascimentos do dia.

Utilizou-se Netbooks para o registro das entrevistas e dos dados coletados nos prontuários, em seguida, os dados eram exportados para um Servidor Oficial exclusivo, instalado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

#### 4.6 Seleção das variáveis

As variáveis incluídas neste estudo referem-se às características sociodemográficas, econômicas e antecedentes obstétricos, clínicos, da gestação, do parto e assistenciais (Quadro 3).

**Quadro 3** – Descrição das variáveis do estudo. Belo Horizonte, 2011-2013

Variável	Tipo	Unidades/Categorias
<b>Sociodemográficas</b>		
Idade	Contínua - Discreta e Categórica - Nominal	Anos e faixas etárias: < 20 anos 20 – 34 anos 35 anos ou mais
Cor da pele	Categórica - Nominal	Branca Preta Parda/Morena/Mulata Amarela/Oriental/Indígena
Escolaridade	Categórica - Ordinal	Nenhuma e Ensino fundamental Ensino médio (2º grau) Ensino superior (3º grau)
Situação Conjugal	Categórica - Nominal	Vive com o companheiro Não vive com o companheiro
<b>Econômica</b>		
Trabalho remunerado	Categórica - Nominal	Sim Não
<b>Antecedentes obstétricos</b>		
Paridade	Contínua - Discreta	Número de partos
Partos normais anteriores	Contínua - Discreta	Número de partos normais anteriores
Cesarianas anteriores	Contínua - Discreta	Número de cesarianas anteriores
Realização do Pré-natal	Categórica - Nominal	Sim Não

(continua)

(continuação)

Local de realização do Pré-natal	Catagórica – Nominal	Serviço público Serviço particular
Realização do Pré-natal e parto com o mesmo profissional	Catagórica – Nominal	Sim Não
Intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação ou parto	Catagórica – Nominal	Tipo de intercorrência
Indicações de cesariana	Catagórica – Nominal	Motivo da indicação de cesariana
Preferência inicial pela via de nascimento no início	Catagórica – Nominal	Parto normal Cesariana Sem preferência
Decisão final pela via de nascimento no início	Catagórica – Nominal	Parto normal Cesariana Sem preferência
Responsável pela decisão	Catagórica – Nominal	Mulher Médico Conjunta
Via de nascimento final	Catagórica – Nominal	Parto normal Cesariana

Fonte: Elaborado pela autora para fins deste estudo.

#### 4.7 Análise dos dados

A partir do banco de dados da pesquisa *Nascer em Belo Horizonte*, foram feitas as extrações das variáveis de interesse e a elaboração do banco específico para este estudo.

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa *Statistical Software*<sup>®</sup>, versão 14.0 (*Stata Corp.*, Texas, USA).

A diferença entre as frequências foi testada por meio do Qui-quadrado de Pearson e Teste Exato de Fisher. As frequências, as proporções e os IC95% das proporções, foram calculadas para as variáveis categóricas. Para as variáveis quantitativas, foram utilizadas a mediana e o intervalo interquartilício (IQ) devido à assimetria das variáveis.

Por fim, para avaliar a associação entre os fatores obstétricos (variável de exposição) e a via de nascimento (variável de desfecho), foram construídos modelos de regressão de Poisson brutos e ajustados por variáveis socioeconômicas (idade materna, escolaridade e estado civil), conforme a questão teórica. Para tanto, considerou-se que a prevalência do desfecho selecionado na população estudada foi

frequente.

Ressalta-se que quando esse 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 do procedimento de Mantel-Haenszel, quando a covariável de interesse é categórica (COUTINHO *et al.*, 2008). As estimativas brutas e ajustadas foram apresentadas e os intervalos 95% de confiança (IC95%) calculados, considerando-se um nível de significância de 0,5 ( $p < 0,5$ ) em todos os procedimentos analíticos.

Os resultados foram descritos e apresentados por meio de tabelas e figuras. Ressalta-se que os totais dos números de mulheres podem variar, devido à ausência de alguns dados para as variáveis estudadas.

#### **4.8 Considerações éticas**

O projeto *Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre parto e nascimento* foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob Parecer: CAAE- 0246.0.203.000-11 (ANEXO A) e pelos Comitês de Ética das maternidades envolvidas. Como citado, todas as puérperas e diretores de cada maternidade assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme as diretrizes éticas descritas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que envolvem pesquisas com seres humanos.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Rede Pública de Saúde

Foram consideradas elegíveis neste estudo, 662 puérperas. Em relação aos fatores sociodemográficos e econômicos, a faixa etária prevalente entre as entrevistadas foi de 20 a 34 anos (70,69%), com mediana de idade de 26 anos (IQ = 21-31). A maioria das mulheres referiu ter cor da pele parda (79,31%), ter cursado o ensino médio (56,88%), viver com o companheiro (66,31%) e trabalho não remunerado (55,60%). Quanto às características obstétricas, aproximadamente 46% das puérperas apresentavam um parto anterior à gravidez atual, menos de 1,00% relataram não ter realizado o pré-natal, sendo que 85,98% das puérperas fez o pré-natal no serviço público de saúde com o profissional médico (77,04%) (dados não mostrados).

A Tabela 1 apresenta a frequência das vias de nascimento. Observa-se que, em relação à via de parto final, aproximadamente 70% das mulheres tiveram parto normal.

**Tabela 1** - Frequência das vias de nascimento na rede pública de saúde. Belo Horizonte, 2011-2013.

Via de nascimento	n	%	IC95%
Vaginal	463	69.94	66.32-73.32
Cesariana	199	30.06	26.68-33.67
<b>Total</b>	<b>662</b>	<b>100.00</b>	

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo.

Nota: IC95%=Intervalo 95% de Confiança.

A Tabela 2 apresenta a descrição da amostra de acordo com a via de nascimento final. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre as seguintes variáveis, de acordo com a via de parto final: idade ( $p < 0,001$ ), cor da pele ( $p = 0,004$ ), número de partos normais e cesáreas prévios à gestação atual ( $p < 0,001$ ) e intercorrências clínicas ou obstétricas na gravidez ou no parto ( $p < 0,001$ ).



**Tabela 2** - Descrição da amostra segundo via de nascimento final na rede pública de saúde.

Belo Horizonte, 2011-2013.

Características Maternas	Parto Normal n = 463 (69,94%)		Cesariana n = 199 (30,06%)		Total n = 662 (100%)		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Potenciais ajustes</b>							
<b>Idade (anos)</b>							<b>&lt;0.001*</b>
< 20	90	85.71	15	14.29	105	100.00	
20 - 34	322	68.80	146	31.20	468	100.00	
35 ou mais	51	57.30	38	42.70	89	100.00	
<b>Cor da pele</b>							<b>0.004**</b>
Branca	83	60.58	54	39.42	137	100.00	
Preta	39	60.00	26	40.00	65	100.00	
Parda	323	73.74	115	26.26	438	100.00	
Amarela/Oriental/Indígena	18	81.82	04	18.18	22	100.00	
<b>Escolaridade</b>							0.403*
Nenhuma /Ensino fundamental	172	69.64	75	30.36	247	100.00	
Ensino médio (2º grau)	267	71.01	109	28.99	376	100.00	
Ensino superior (3º grau)	23	60.53	15	39.47	38	100.00	
<b>Situação Conjugal</b>							0.150**
Vive com o companheiro	299	68.11	140	31.89	439	100.00	
Não vive com o companheiro	164	73.54	59	26.46	223	100.00	
<b>Trabalho remunerado</b>							0.949*
Sim	206	70.07	88	29.93	294	100.00	
Não	257	69.84	111	30.16	368	100.00	
<b>Potenciais exposições</b>							
<b>Paridade</b>							0.082*
Nenhum parto anterior	20	57.14	15	42.86	35	100.00	
Um parto anterior	130	73.03	48	26.97	178	100.00	
Mais de um parto anterior	108	64.29	60	35.71	168	100.00	
<b>Partos normais prévios</b>							<b>&lt;0.001*</b>
Nenhum	09	10.84	74	89.16	83	100.00	
1	127	88.81	16	11.19	143	100.00	
2	55	87.30	08	12.70	63	100.00	
3 ou mais	46	82.14	10	17.86	56	100.00	
<b>Cesarianas prévias</b>							<b>&lt;0.001**</b>
Nenhuma	218	93.16	16	6.84	234	100.00	
1	20	28.17	51	71.83	71	100.00	
2	-	-	27	100.00	27	100.00	
3 ou mais	-	-	12	100.00	12	100.00	
<b>Realização do Pré-natal</b>							0.372**
Sim	460	70.12	196	29.88	656	100.00	
Não	03	50.00	03	50.00	06	100.00	

(continua)

(continuação)

<b>Local de realização do Pré-natal</b>							0.268*
Serviço público	400	70.92	164	29.08	564	100.00	
Serviço particular	60	65.22	32	34.78	92	100.00	
<b>Realização do pré-natal e parto com o mesmo profissional</b>							0.609*
Sim	17	65.38	09	34.62	26	100.00	
Não	445	70.08	190	29.92	635	100.00	
<b>Intercorrência clínica ou obstétrica na gravidez ou no parto</b>							<b>&lt;0.001*</b>
Ausência	296	83.62	58	16.32	354	100.00	
Presença	167	54.22	141	45.78	308	100.00	

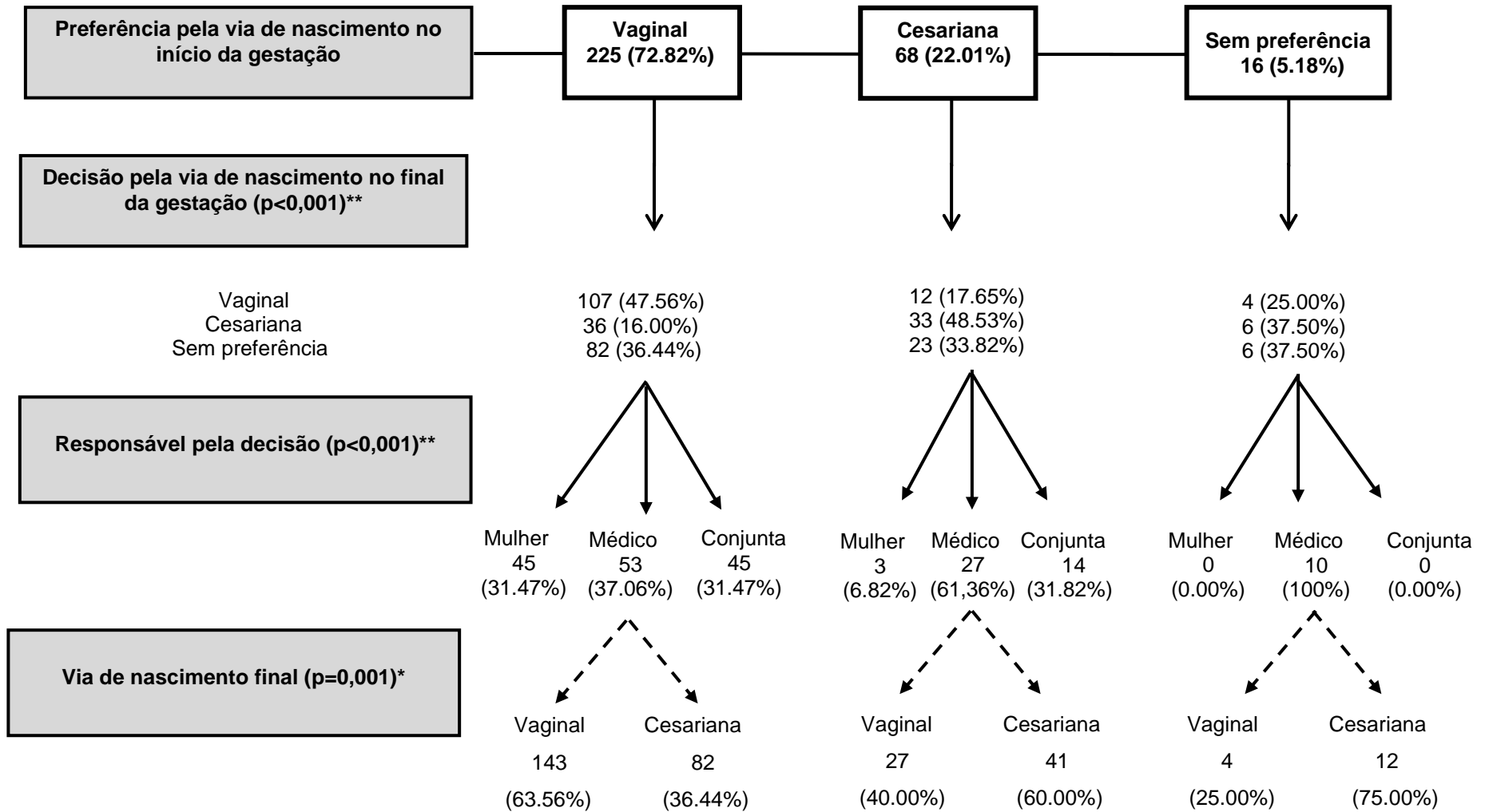
Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo.

Notas: \*Qui-quadrado de Pearson; \*\* Teste exato de Fisher; p-valor em negrito  $\leq 0,05$ .

Quanto às intercorrências clínicas ou obstétricas na gravidez ou no parto, salienta-se que a principal intercorrência observada entre as mulheres entrevistadas foi a síndrome hipertensiva (11,60%), seguida pela iteratividade (11,34%), amniorrexe prematura (8,55%) e hipertensão arterial com tratamento continuado (5,50%). Ressaltam-se, ainda, as intercorrências durante o trabalho de parto/parto ou pós-parto imediato: falha de indução (n=10), prolapso de cordão (n=7), distócia de ombro (n=5), placenta retida (n=3), período expulsivo prolongado (n=4) e atonia uterina (n=1), além de outras complicações intraparto, como bradicardia ou taquicardia fetal (n=13) (dados não mostrados).

Em relação à preferência inicial pela via de nascimento no início da gravidez, entre as mulheres sem intercorrência na gestação ou parto, aproximadamente 70,00% das puérperas tinham preferência pelo parto normal (72,82%), proporção que reduziu ao término da gestação: 47,56%. Observou-se que 63,56% das que tinham preferência pelo parto normal no início da gestação, tiveram ao final parto normal sem intercorrências. Em relação às que tiveram a cesariana como via de nascimento final, 60,74% possuíam como preferência inicial de via nascimento o parto normal e 9,00% não tinham preferência pela via de nascimento no início da gravidez ( $p < 0,001$ ) (Figura 4).

**Figura 4** - Preferência das puérperas pela via de nascimento no início da gestação e decisão próxima ao parto na rede pública de saúde (mulheres sem intercorrências). Belo Horizonte, 2011-2013.



Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo.  
 Notas: \*Qui-quadrado de Pearson; \*\* Teste exato de Fisher

Sobre a compreensão em relação às vias de nascimento no pré-natal, 77,17% das mulheres relataram que "o parto normal é mais seguro para a mãe"; 12,14% delas afirmaram que "tanto o parto normal quanto a cesárea são seguros"; 9,25% não ficaram esclarecidas e 1,45% responderam que "a cesárea é mais segura para a mãe". Em relação aos fatores prevalentes referidos pelas entrevistadas para a preferência da via de nascimento no início da gestação, 207 delas referiram "melhor recuperação no parto normal"; 58 acreditavam que "o parto normal é melhor que a cesariana"; 48 informaram "experiência positiva com o parto normal" e 38 relataram "medo da dor do parto normal" (dados não mostrados).

Quanto às mulheres sem intercorrências na gestação ou no parto e que tiveram como via de nascimento final a cesariana (18,13%), suas características sociodemográficas, econômicas e obstétricas foram similares às da amostra final. Ressalta-se que 21,88% eram primíparas. Dentre aquelas submetidas à cesariana, 64,71% apontaram o médico como o responsável pela decisão final da via de nascimento ( $p < 0,001$ ).

No que se refere às indicações de cesariana durante a admissão na maternidade, 7,72% das entrevistadas relataram ter recebido informação sobre a cirurgia, e 46,03% das mulheres submetidas à cesariana entraram em trabalho de parto. As principais indicações de cesariana informadas pelas puérperas foram: "o bebê era grande / não tinha passagem" (41,26%); "o bebê estava sentado" (19,04%) e "cesárea anterior" (12,69%). Conforme o prontuário médico, as principais indicações de cesárea registradas foram: "cesariana anterior" (23,81%); "desproporção céfalo pélvica (DCP)" (14,29%) e "apresentação pélvica" (9,52%) (dados não mostrados).

Por fim, a tabela 3 revela os modelos de regressão de Poisson, em que fatores obstétricos associam-se à via de nascimento. A idade, o estado civil e a escolaridade maternos foram importantes variáveis de ajuste.

Os resultados mostraram que a prevalência de cesariana nas mulheres que tiveram pelo menos uma intercorrência durante a gestação ou parto foi de 2,04 vezes em relação às que não apresentaram. Além disso, mulheres com pelo menos um parto normal anterior apresentaram menor prevalência de cesariana.

**Tabela 3** - Razão de prevalência e Intervalo de confiança 95% ajustados e não ajustados para via de nascimento na rede pública de saúde. Belo Horizonte, 2011-2013.

Fatores obstétricos	Desfecho	
	Via de nascimento final	
	RP (IC95%)*	RP (IC95%)**
<b>Partos normais prévios</b>		
Nenhum	1,00	1,00
Pelo menos um parto normal anterior	5.60 <b>(3.96-7.92)</b>	5.73 <b>(4.08-8.05)</b>
<b>Intercorrência clínica ou obstétrica na gravidez ou no parto</b>		
Ausência	1,00	1,00
Presença	2.16 <b>(1.51-3.10)</b>	2.04 <b>(1.42-2.92)</b>

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo.

Notas: RP= Razão de prevalência; IC95%=Intervalo 95% de Confiança.

\*Modelo bruto; \*\*Modelo ajustado para idade, estado civil e escolaridade maternas.

p-valor em negrito  $\leq 0,001$  (Modelo de Poisson).

## 5.2 Rede Suplementar de Saúde

Foram consideradas elegíveis neste estudo, 353 puérperas. Em relação aos fatores sociodemográficos e econômicos, a faixa etária prevalente entre as entrevistadas foi de 20 a 34 anos (73,33%), com média de idade de 31 anos (DP = 5,93). A maioria das mulheres referiu ter cor da pele parda (55,36%), cursado o ensino médio (51,01%), viver com o companheiro (88,41%) e ter trabalho remunerado (73,33%). Quanto às características obstétricas, aproximadamente 63,00% apresentavam parto anterior à gravidez atual, e 100,00% relataram ter realizado o pré-natal, sendo que em 96,60% dos casos as consultas ocorreram no serviço particular de saúde com o profissional médico (99,15%) (dados não mostrados).

A Tabela 4 apresenta a frequência das vias de nascimento. Observa-se que, em relação à via de nascimento final, aproximadamente 70,00% das mulheres tiveram parto normal.

**Tabela 4** - Frequência das vias de nascimento na rede suplementar de saúde. Belo Horizonte, 2011-2013.

Via de nascimento	n	%	IC95%
Vaginal	69	30,94	(0,25- 0,37)
Cesariana	154	69,06	(0,63 – 0,75)
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100.00</b>	

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo.

Nota: IC95%=Intervalo 95% de Confiança.

A Tabela 5 apresenta a descrição da amostra de acordo com a via de nascimento final. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre as seguintes variáveis, de acordo com a via de parto final: número de partos normais e cesarianas prévias à gestação atual ( $p < 0,001$ ), realização do pré-natal e parto com o mesmo profissional ( $p < 0,001$ ) e intercorrência clínica ou obstétrica na gravidez ou no parto ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 5** - Descrição da amostra segundo via de nascimento final na rede suplementar de saúde. Belo Horizonte, 2011-2013

Características Maternas	Parto Normal n = 69 (30,94%)		Cesariana n = 154 (69,06%)		Total n = 223 (100,00%)		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Potenciais ajustes</b>							
<b>Idade (anos)</b>							0,068**
< 20	06	66,67	03	33,33	09	100,00	
20 - 34	48	28,74	119	71,26	167	100,00	
35 ou mais	15	31,91	32	68,09	47	100,00	
<b>Cor da pele</b>							0,331**
Branca	30	30,93	67	69,07	97	100,00	
Preta	07	50,00	07	50,00	14	100,00	
Parda	31	29,81	73	70,19	104	100,00	
Amarela/Oriental/Indígena	01	12,50	07	87,50	08	100,00	
<b>Escolaridade</b>							0,577*
Nenhuma /Ensino fundamental	08	40,00	12	60,00	20	100,00	
Ensino médio (2º grau)	38	31,40	83	68,60	121	100,00	
Ensino superior (3º grau)	23	28,05	59	71,95	82	100,00	

(continua)

(continuação)

<b>Situação Conjugal</b>							0,249*
Vive com o companheiro	57	29,53	136	70,47	193	100,00	
Não vive com o companheiro	12	40,00	18	60,00	30	100,00	
<b>Trabalho remunerado</b>							0,306*
Sim	46	28,93	113	71,07	159	100,00	
Não	23	35,94	41	64,06	64	100,00	
<b>Potenciais exposições</b>							
<b>Paridade</b>							0,378**
Nenhum parto anterior	03	20,00	12	80,00	15	100,00	
Um parto anterior	27	39,13	42	60,87	69	100,00	
Mais de um parto anterior	07	30,43	16	69,57	23	100,00	
<b>Partos normais prévios</b>							<0,001**
Nenhum	01	02,04	48	97,96	49	100,00	
1	27	79,41	07	20,59	34	100,00	
2	05	62,50	03	37,50	08	100,00	
3 ou mais	01	100,00	-	-	01	100,00	
<b>Cesarianas prévias</b>							<0,001**
Nenhuma	33	86,84	05	13,16	38	100,00	
1	-	-	44	100,00	44	100,00	
2	01	12,50	07	87,50	08	100,00	
3 ou mais	-	-	02	100,00	02	100,00	
<b>Realização do Pré-natal</b>							
Sim	69	30,94	154	69,06	223	100,00	
Não	-	-	-	-	-	-	
<b>Local de realização do Pré-natal</b>							0,463**
Serviço público	04	44,44	05	55,56	09	100,00	
Serviço particular	65	30,37	149	69,63	214	100,00	
<b>Realização do pré-natal e parto com o mesmo profissional</b>							<0,001*
Sim	17	17,53	80	82,47	97	100,00	
Não	52	41,27	74	58,73	126	100,00	
<b>Intercorrência clínica ou obstétrica na gravidez ou no parto</b>							<0,001*
Ausência	53	52,48	48	47,52	101	100,00	
Presença	16	13,11	106	86,89	122	100,00	

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo.

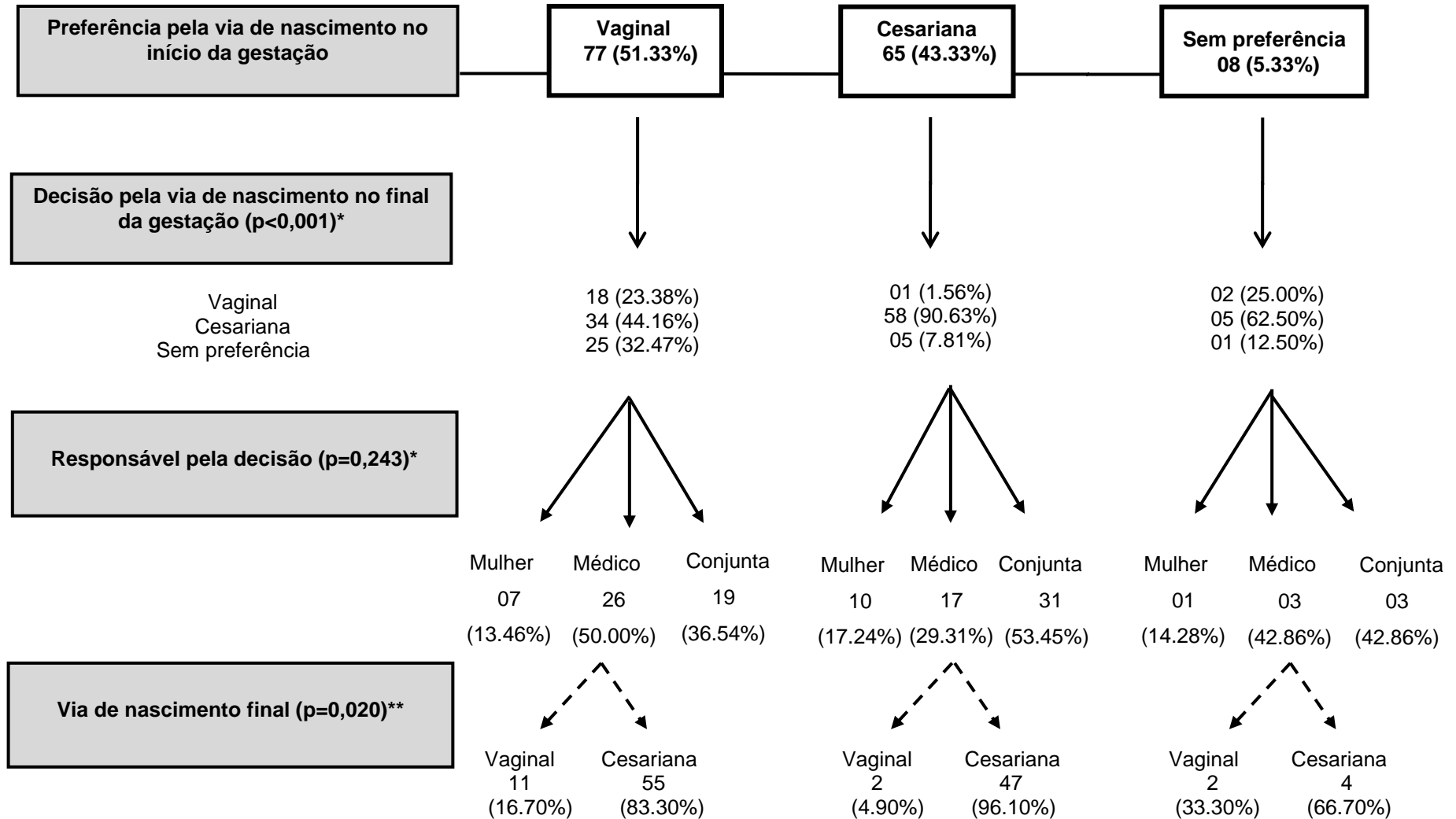
Notas: \*Qui-quadrado de Pearson; \*\* Teste exato de Fisher; p-valor em negrito  $\leq 0,05$ .

Quanto às intercorrências clínicas ou obstétricas na gravidez ou no parto, salienta-se que a principal intercorrência observada entre as mulheres entrevistadas foi a síndromes hipertensivas (8,52%).

Em relação à preferência inicial pela via de nascimento no início da gravidez, entre as mulheres sem intercorrência na gestação ou parto, aproximadamente 50% das puérperas tinham preferência pelo parto normal (51,33%), proporção que se reduziu ao término da gestação: 23,38%. Observou-se que 16,70% das puérperas que tinham preferência pelo parto normal no início da gestação tiveram, ao final, parto normal, sem intercorrências. Em relação às que tiveram a cesariana como via de nascimento final, 51,89% possuíam como preferência inicial de via nascimento o parto normal e 3,77% não tinham preferência pela via de nascimento no início da gravidez ( $p=0,020$ ) (Figura 5).



**Figura 5.** Preferência das puérperas pela via de nascimento no início da gestação e decisão próxima ao parto na rede suplementar de saúde (mulheres sem intercorrências).



Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Nota: \* Teste exato de Fisher.

Sobre a compreensão em relação às vias de nascimento no pré-natal, 46,11% das mulheres relataram que "o parto normal é mais seguro para a mãe"; 40,41% afirmaram que "tanto o parto normal quanto a cesárea são seguros"; 8,29% responderam que "a cesárea é mais segura para a mãe" e 5,18% não ficaram esclarecidas. Em relação aos fatores prevalentes referidos pelas entrevistadas para a preferência da via de nascimento no início da gestação, 118 delas referiram "melhor recuperação no parto normal"; 22 relataram "medo da dor do parto normal"; 21 delas informaram "experiência positiva com o parto normal" e 21 acreditavam que "o parto normal é melhor que a cesariana" (dados não mostrados).

Quanto às mulheres sem intercorrências na gestação ou no parto que tiveram como via de nascimento final a cesariana (86,84%), suas características sociodemográficas, econômicas e obstétricas foram similares às da amostra final. Ressalta-se que 13,85% eram primíparas. Dentre as que foram submetidas à cesariana, 39,24% apontaram o médico como o responsável pela decisão final da via de nascimento ( $p < 0,178$ ) (dados não mostrados).

No que se refere às indicações de cesariana, durante a admissão na maternidade, 67,61% das entrevistadas submetidas à cesariana relataram ter recebido informação ou terem sido informadas sobre a cirurgia e 20,78% destas entraram em trabalho de parto. As principais indicações de cesariana informadas pelas puérperas foram: "o bebê era grande / não tinha passagem" (41,50%); "pressão alta" (12,11%) e "cesárea anterior" (10,31%). Conforme o prontuário médico, as principais indicações de cesárea registradas foram: "cesariana anterior" (16,59%); "desproporção céfalo pélvica" (8,07%) e "hipertensão arterial" (5,38%) (dados não mostrados).

Por fim, a tabela 6 revela os modelos de regressão de Poisson em que fatores obstétricos associam-se à via de nascimento. A idade, o estado civil, a cor e a escolaridade maternos foram importantes variáveis de ajuste.

As variáveis que apresentaram associação independente com a via de nascimento cesariana foram: a presença de pelo menos uma intercorrência durante a gestação ou o parto (RP = 4,70) e ausência de pelo menos 1 parto normal prévio (RP = 2,03). Assim, a prevalência de pelo menos uma intercorrência durante a gestação ou o parto e de ausência de, pelo menos, 1 parto normal anterior, aumentou a prevalência de cesariana em 4,70 e 2,03 vezes, respectivamente, em relação às mulheres que não os apresentaram.

**Tabela 6** - Razão de prevalência e Intervalo de confiança 95% ajustados e não ajustados para via de nascimento. Belo Horizonte, 2011-2013.

Fatores obstétricos	Desfecho	
	Via de nascimento final	
	RP (IC95%)*	RP (IC95%)**
<b>Partos normais prévios</b>		
Nenhum	1,00	1,00
Pelo menos um parto normal anterior	1,96 ( <b>1,20 – 3,21</b> )	2,03 ( <b>1,25 – 3,31</b> )
<b>Intercorrência clínica ou obstétrica na gravidez ou no parto</b>		
Ausência	1,00	1,00
Presença	4,66 ( <b>1,43 – 15,22</b> )	4,70 ( <b>1,46 – 15,11</b> )

Fonte: Elaborada pela autora para fins deste estudo.

Notas: RP= Razão de prevalência; IC95%=Intervalo 95% de Confiança.

\*Modelo bruto; \*\*Modelo ajustado para idade, cor, estado civil e escolaridade maternas.

p-valor em negrito  $\leq 0,001$  (Modelo de Poisson).

## 4 DISCUSSÃO

O presente trabalho analisou o processo decisório de gestantes pela via de nascimento e verificou que fatores obstétricos associam-se à via de nascimento escolhida, tanto na rede pública (SUS) quanto na Rede Suplementar de Saúde em Belo Horizonte/Minas Gerais.

Neste estudo, tanto no SUS quanto na Rede Suplementar de Saúde, as mulheres entrevistadas eram predominantemente jovens, autodeclararam-se com cor da pele parda, tinham o 2º grau completo e viviam com o companheiro. Entretanto, no SUS a maioria das mulheres não possuía trabalho remunerado, ao contrário daquelas da Rede Suplementar, resultados que foram compatíveis com um estudo nacional recente que aponta um predomínio de mulheres jovens, com cor da pele parda ou negra, ensino médio, vivendo com o companheiro e com trabalho remunerado (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Estudos indicam que a alarmante incidência de cesarianas, principalmente na Rede Suplementar de Saúde, pode estar associada aos parâmetros socioeconômicos predominantes das usuárias, além da realização do pré-natal no setor privado. Em 2006, verificou-se taxa elevada de cesariana na região Sudeste (51%). Entre as mulheres acima de 35 anos, mais da metade foi submetida à cesárea, sendo que as mulheres com cor da pele branca corresponderam a 49%, e as com 12 ou mais anos de estudo, a 83% (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006; LEÃO *et al.*, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2015). Trabalho realizado em Santa Catarina, região Sul do país, com 448 puérperas, apontou que a faixa etária predominante entre as mulheres submetidas à cesariana foi entre 26 e 32 anos (52,94%); 61,17% delas apresentavam união estável; 58,82% tinham o terceiro grau completo e 80% delas eram primigestas (COPELLI *et al.*, 2015).

Vários fatores, além dos obstétricos e sociodemográficos, estão fortemente associados às elevadas taxas de cesariana no Brasil e no mundo. Assim, torna-se essencial a identificação dos grupos de mulheres que são mais submetidas a esse procedimento. Nesse sentido, a OMS indica a utilização internacional do sistema de classificação em dez grupos de Robson por ser um sistema de classificação de cesarianas confiável, sistemático, que permite a comparação padronizada das taxas de cesarianas em diferentes populações e a investigação dos fatores envolvidos no aumento constante das taxas de cesáreas (ROBSON, 2001; VERISSIMO *et al.*, 2013;

WHO, 2015).

Comparado a outros sistemas de classificações de cesarianas, a classificação Robson oferece muitas vantagens por ser simples, reproduzível, clinicamente relevante e prospectivo, garantindo que todas as gestantes internadas para o parto possam ser imediatamente classificadas em um dos 10 grupos, usando algumas características básicas, permitindo a comparação e a análise das taxas de cesáreas dentro e entre esses grupos (ROBSON, 2001; BETRAN, 2014; VOGEL, 2015; WHO, 2015; NAKAMURA-PEREIRA *et al.*, 2016).

Neste estudo, independente da fonte de pagamento, cerca de 50% das mulheres entrevistadas apresentavam pelo menos um parto vaginal anterior à gravidez atual, e quase 100% delas relataram ter realizado o pré-natal, um espaço importante para trabalhar as informações e para o processo decisório.

Em relação à preferência inicial pela via de nascimento no início da gravidez, entre as mulheres sem intercorrências durante a gestação ou parto, no SUS mais de 70% das entrevistadas tinham preferência pelo parto normal. Observou-se que dentre as que tiveram a cesariana como via de nascimento final, 60,74% possuíam como preferência inicial de via nascimento o parto normal e 9,00% não tinham preferência pela via de nascimento no início da gravidez. Na Rede Suplementar, cerca de metade das entrevistadas tinham preferência pelo parto normal e dentre as que tiveram a cesariana como via de nascimento final, 51,89% apresentavam o parto normal como preferência inicial de via nascimento, enquanto 3,77% não tinham preferência pela via de nascimento no início da gestação.

Estudo nacional recente aponta que, independente da via de nascimento, as primíparas tem preferência inicial pelo parto normal como via de nascimento. Já entre as múltiparas, houve um predomínio do parto normal (55,5%) como preferência inicial das mulheres no SUS, e pela cesariana (58,8%) na rede privada. Em relação à via de nascimento final, a proporção de cesariana foi muito maior do que o desejado pelas mulheres, aproximadamente três vezes maior do que a preferência inicial referida, em ambos os setores. Na rede privada, 14,6% das primíparas com preferência inicial pelo parto vaginal apresentaram esse tipo de parto; contudo, na rede pública, esse valor foi de 57,1%. Entre as múltiparas com preferência inicial pelo parto vaginal, 71,2% e 36% tiveram o parto desejado no setor público e privado, respectivamente (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Apesar das elevadas taxas de cesariana, as mulheres têm maior preferência

inicial pelo parto normal como via de nascimento, mesmo na Rede Suplementar de Saúde (MAZZONI *et al.*, 2011; DOMINGUES *et al.*, 2014; COPELLI *et al.*, 2015). Em 2011, uma revisão que incluiu 38 estudos (n=19.403) indicou uma taxa de preferência pela cesariana de 15,6%, com índices mais elevados em mulheres com cesárea anterior e naquelas que residiam em países menos desenvolvidos (MAZZONI *et al.*, 2011). Em um estudo que objetivou descrever e comparar a preferência pela via de parto entre as gestantes nulíparas e primíparas, 60,7% das nulíparas e 70,5% das primíparas relataram preferir a realização do parto vaginal (BENUTE, 2013).

Outro estudo nacional, que objetivou verificar fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes, em relação às mulheres submetidas a este procedimento, 36,6% relataram preferência inicial pelo parto normal. Contudo, 76,60% informaram ter ficado esclarecidas no pré-natal de que a cesariana era mais segura para a mãe, sendo que 75,5% delas informaram que o parto foi realizado pelo mesmo profissional que realizou o pré-natal (GAMA *et al.*, 2014).

Está bem estabelecido na literatura que a cesariana, quando mal indicada, está relacionada ao aumento da prematuridade iatrogênica, ao baixo peso ao nascer, ao risco da Síndrome Respiratória do Recém-nascido, ao óbito neonatal, além do enfraquecimento do vínculo materno-infantil, da amamentação na primeira hora de vida e ao fortalecimento do desmame precoce (LEAL *et al.*, 2014; BETRAN *et al.*, 2015). Ademais, para a mulher, a cesariana é fator de risco para depressão pós-parto, ruptura uterina, infecção puerperal, hemorragia pós-parto e óbito materno. É importante ressaltar, também, que a cesárea associa-se com um retardo na recuperação puerperal, gerando elevação de gastos para o sistema de saúde (GAMA *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2014; REIS *et al.*, 2014).

Neste estudo, dentre as mulheres sem nenhum tipo de intercorrência clínica ou obstétrica durante a gestação ou parto, que foram submetidas à cesariana como via de nascimento, a maioria, principalmente na Rede Suplementar de Saúde, informou que a via de nascimento final foi uma decisão conjunta ou somente do profissional médico. Ressalta-se, contudo, que cada vez mais a cesariana à pedido da mulher tem sido indicada como uma das principais causas para o aumento significativo dessa via de nascimento, mundialmente (MAZZONI *et al.*, 2011; DOMINGUES *et al.*, 2014; RIBEIRO *et al.*, 2015; COPELLI *et al.*, 2015).

Pesquisa realizada em uma maternidade pública no Sul do Brasil mostrou que 37,72% das mulheres entrevistadas foram submetidas a uma cesariana (COPELLI *et*

*al.*, 2015) e, em outro trabalho, também no País, entre 2011 e 2012, aproximadamente 45% das primíparas e 41% das múltiparas do setor público de saúde foram submetidas à cesariana. Na Rede Suplementar de Saúde, estas taxas foram de aproximadamente 90% e 85% entre as primíparas e múltiparas respectivamente (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Essas elevadas taxas de cesarianas são particularmente preocupantes em primíparas, pois uma cesariana prévia é considerada por muitos profissionais como indicação para a realização de uma nova cesárea, posteriormente (DOMINGUES *et al.*, 2014; GAMA *et al.*, 2014; VALE *et al.*, 2015), além de obstaculizar o empoderamento e a autonomia da mulher em relação à sua competência no processo de gerar e parir. Reforça-se que o Ministério da Saúde aponta que, na ausência de contra-indicações, o trabalho de parto e o parto vaginal em mulheres com cesariana prévia é recomendado na maioria das situações, mediante termo de consentimento informado (MS, 2016a).

Dois dentre os grupos considerados mais importantes da classificação de Robson são o grupo 1 e o grupo 2. O primeiro é composto por nulíparas com feto único, cefálico, 37 semanas ou mais de gestação e em trabalho de parto espontâneo, sendo certamente um dos grupos mais estudados e controversos em termos de acompanhamento (ROBSON *et al.*, 2013). Devido ao grande número relativo de gestantes presentes nele, uma pequena diferença nas taxas de cesariana nesse grupo pode significar um grande número de cesarianas realizadas (ROBSON *et al.*, 2001). Quanto ao grupo 2, inclui mulheres com características semelhantes às do grupo 1, entretanto, nesse grupo as mulheres tiveram o parto induzido ou foram submetidas a uma cesariana antes do início do trabalho de parto. Esse grupo tem se tornado cada vez mais importante nas taxas globais de cesariana (ROBSON *et al.*, 2001; FARINE *et al.*, 2012).

Em relação à influência do profissional - apontada pelas mulheres deste estudo - no processo de decisão pela via de nascimento, ressalta-se a importância dos profissionais no acolhimento às mulheres e suas famílias, estabelecimento do vínculo e no oferecimento de informações acessíveis e autênticas à mulher, ao seu companheiro e aos seus familiares, a fim de possibilitar o empoderamento de todos os envolvidos, especialmente a mulher, na tomada de decisão, tornando-os menos vulneráveis a opiniões alheias (DIAS *et al.*, 2008; SODRÉ *et al.*, 2012; STORKSEN *et al.*, 2012; RIBEIRO *et al.*, 2015).

As recomendações da maior parte das diretrizes, como as do *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health* do *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), é de que as indicações de cesariana sejam baseadas em evidências científicas, informadas e discutidas com as gestantes (NICE, 2011).

A escolha informada é direito de todas as mulheres, mas, infelizmente, a maioria delas não tem consciência dos seus direitos e, por consequência, aceitam inúmeras intervenções desnecessárias indicadas pelos profissionais como parte de uma rotina, sem que estas possam ser questionadas, refletindo a constituição histórica da prática obstétrica brasileira (MAIA, 2010; LINO; DINIZ, 2015).

Neste estudo, independente da fonte de pagamento, houve maior prevalência de cesariana entre as mulheres que apresentaram pelo menos uma intercorrência clínica ou obstétrica durante a gestação ou parto. Dados nacionais apontam que as mulheres no setor público com intercorrências na gravidez, apresentaram proporção de parto cesáreo três vezes maior do que as que não tiveram intercorrências, já no setor privado, a proporção de cesarianas foi muito semelhante, superior a 80%, independente do diagnóstico de complicações durante a gestação e/ou trabalho de parto (DOMINGUES *et al.*, 2014).

As intercorrências são fatores associados ao aumento das taxas de cesarianas (O'NEILL *et al.*, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2014); entretanto, as intercorrências clínicas e obstétricas que podem ser relacionadas à indicação de cesariana são divididas em dois grupos: absolutas e relativas. Portanto, para uma real indicação de cesariana, é imprescindível uma avaliação precisa do quadro clínico materno-fetal, com garantia de informações qualificadas e decisões compartilhadas sobre a via de nascimento, valorizando a autonomia da mulher na tomada de decisão (BRASIL, 2012; ARAUJO *et al.*, 2016).

Pesquisa realizada em uma maternidade-escola na rede pública de Belo Horizonte, entre 2012 e 2013, apontou que 50% das gestações foram classificadas como de alto risco e entre elas, cerca de 70% das mulheres foram submetidas à cesariana (REIS *et al.*, 2014). Outro estudo considerou que as intercorrências durante a gestação ou no trabalho de parto, podem estar associadas às altas taxas de cesariana, principalmente na rede pública de saúde, considerando que a proporção de cesarianas foi três vezes maior quando associada à presença de alguma intercorrência na gravidez ou parto (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Estes dados reforçam a necessidade da utilização da classificação de Robson,



considerando que essa classificação avalia as características distintas de cada mulher individualmente e de sua gestação, ao invés de focar na indicação da cirurgia cesariana. A utilização de sistemas de classificação que categorizem as cesarianas de acordo com a indicação operatória, torna a classificação viável apenas após a realização do procedimento, dificultando a identificação prospectiva dos grupos de risco e a implementação de medidas eficazes na redução das taxas de cesarianas desnecessárias (ROBSON, 2001; VERISSIMO *et al.*, 2013).

Ademais, as experiências vividas durante o parto podem ser decisivas na escolha das mulheres pela via de nascimento de gestações futuras. Assim, garantir uma assistência humanizada, com o resgate da autonomia da mulher, respeitando os seus desejos por meio de escolhas informadas e decisões compartilhadas, além da atuação profissionais que entendam o parto como um evento fisiológico e natural, pode ser determinante para a redução das taxas de cesarianas no Brasil e mundialmente (GOMES *et al.*, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2014; VALE *et al.*, 2015; ARAUJO *et al.*, 2016; FERRARI *et al.*, 2016).

Por fim, é válido ressaltar que todos os integrantes das equipes multiprofissional e interdisciplinar, nos diversos níveis de atenção à saúde, são responsáveis pela assistência à gestante, parturiente e puérpera, considerando as dimensões que envolvem o cuidado no processo de parto e nascimento, como também o trabalho em equipe integrado e multiprofissional que, no âmbito dos serviços do sistema da saúde no Brasil, particularmente no SUS, é um dos pilares para a organização da atenção à saúde.

Os resultados desta pesquisa demonstraram ainda que, principalmente no SUS, foi relativamente elevada a proporção de mulheres que não tinham preferência pela via de nascimento no final da gestação. Em relação aos fatores prevalentes apontados pelas entrevistadas para a preferência da via de nascimento no início da gestação, a maioria referiu "melhor recuperação no parto normal" e "o parto normal é melhor que a cesariana". Esses aspectos reforçam que a assistência humanizada e baseada em evidências científicas pode ser decisiva no processo de decisão da mulher pela escolha da via de nascimento (DOMINGUES *et al.*, 2014; GOMES *et al.*, 2014; WE *et al.*, 2014).

Enfim, algumas limitações neste estudo devem ser reconhecidas. Em primeiro lugar, trata-se de um estudo de delineamento transversal, o que impossibilita identificar a temporalidade das associações mostradas nos resultados. Em segundo

lugar, ressalta-se o fato de as entrevistas terem sido realizadas após o parto, o que pode ter alterado o relato de algumas mulheres. Além disso, em relação a algumas variáveis não foram encontradas nesta pesquisa, significância estatística - provavelmente devido o número amostral reduzido, após se realizar a análise de subpopulação. Soma-se, a esse aspecto, a perda de alguns dados, intrínseca ao fato de a coleta de dados ter sido realizada também em prontuários. Porém, foram realizadas análises de sensibilidade, constatando-se que este aspecto não estaria afetando de forma considerável as estimativas, pelo menos no que se refere às conclusões gerais. Por fim, ressalta-se a ausência de alguns dados referentes a condições que poderiam estar associadas à indicação de cesariana, embora os dados disponíveis na base de dados possibilitem a inferência, mesmo que indireta.

Apesar dessas limitações, este trabalho avança na perspectiva de análise de dados ainda não totalmente explorados sobre a saúde das mulheres. Além disso, os resultados fornecem informações epidemiológicas importantes sobre a relação entre os fatores obstétricos e a via de nascimento na rede de saúde pública. Tais achados são consistentes e demonstram a urgência de análises micro e macropolíticas, a fim de melhorar o modelo de gestão e de atenção obstétrica no País e, também, o padrão de saúde materno-infantil, alcançando-se uma concepção mais avançada, em consonância com a radicalidade exigida para o cuidado humanizado e centrado nas mulheres.

## 6 CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que as intercorrências clínicas ou obstétricas na gravidez ou no parto, e o histórico de partos vaginais prévios, além da atuação dos profissionais, podem influenciar a via de nascimento.

Nesse contexto, destaca-se a necessidade de autonomia e empoderamento feminino, além da atuação de profissionais que ofereçam à mulher um cuidado individualizado, humanizado e baseado em evidências científicas.

O cenário atual é, indubitavelmente, desafiador, especialmente diante da possibilidade de revisão das práticas, do fortalecimento de experiências positivas no processo de parto e nascimento e da mobilização de novas consciências. Destaca-se a importância das evoluções científicas na qualificação das práticas assistenciais. A efetividade da assistência no processo de parto e nascimento clama pelo reconhecimento de grandes desafios, entre eles, a renovação dos “sentidos do nascer”, por parte das mulheres, dos gestores, dos profissionais e da sociedade.

Considerando que o Sistema de Atenção obstétrica, principalmente na Rede Suplementar de Saúde, exerce forte influência na decisão pela via de nascimento, torna-se essencial o fortalecimento da Rede de Atenção e dos Modelos de Atenção Humanizada ao Parto e Nascimento por meio, do reconhecimento dos profissionais, especialmente os da enfermagem obstétrica, quanto às suas responsabilidades na garantia de uma assistência segura, qualificada, com informações e práticas baseadas em evidências científicas, tornando real a possibilidade de escolhas compartilhadas, visando à autonomia e participação ativa das mulheres durante toda a gestação, parto e puerpério, respeitando seus desejos, sonhos e expectativas quanto a esse momento único do nascimento de um bebê, de uma mãe e de uma família.

Nesse contexto, destaca-se a necessidade de mudanças nas práticas prioritariamente centradas no modelo tecnocrático, para atividades que explorem a importância da formação de profissionais que entendam o parto como um evento fisiológico, visando um cuidado baseado em evidências científicas e que garantam a autonomia e o empoderamento feminino.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

ALMEIDA, D. *et al.* Análise da taxa de cesarianas e das suas indicações utilizando a classificação em dez grupos. **Nascer e Crescer**. v.32, n.3. p.134-139, 2014.

ARAÚJO, K.R.S. *et al.* Determining factors for the operative birth in public maternity de Teresina-PI. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.07, n.01, p.148-158, 2016. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1378/pdf>. Acesso em: 14 jul 2016.

BAGER, P.; WOHLFAHRT, J.; WESTERGAARD, T. Caesarean delivery and risk of atopy and allergic disease: meta-analyses. **Clin Exp Allergy**. v.38, n.4, p.634-642, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2222.2008.02939.x>. PMID:18266879. Acesso em: jan. 2017.

BAILEY, J.M.; CRANE, P.; NUGENT, C.E. Childbirth education and birth plans. **Obstet Gynecol Clin North Am.**, v.35, n.3, p.497-509, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2008.04.005>. Acesso em: jan. 2017.

BARBER, E.L. *et al.* Indications contributing to the increasing caesarean delivery rate. **Obstet Gynecol.**, v.118, n. 1, p. 29-38, jun., 2011.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão Perinatal. 2015.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 010, de 12 de abril de 2002. **Diário Oficial** do Município, Belo Horizonte, 12 abr. 2002.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 014, de 03 de maio de 1996. **Diário Oficial** do Município, Belo Horizonte, 03 mai. 1996.

BENUTE, G.R. *et al.* Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.35, n.6, p. 281-5, 2013.

BETRÁN, A.P. *et al.* Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatr Perinat Epidemiol.**, v.21, n.2, p.98-113, 2007.

BETRÁN, A.P. *et al.* The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. **PLoS ONE.**, v.11, n.2, e0148343, 2016.

BETRAN, A.P.; TORLONI, M.R.; ZHANG, J.J. WHO Statement on caesarean section rates: a commentary. **BJOG.** , v.123, n.5, p.667-670, 2016.

BETRAN, A.P.; VINDEVOGHEL, N.; SOUZA, J.P.; GULMEZOGLU, A.M.; TORLONI, M.R. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. **PLoS One**, v.9, n.6, p. e97769, 2014.

BOWSER, D.; HILL, K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. **Boston: USAID-TR Action Project, Harvard School of Public Health**, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde**. 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/27782-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>. Acesso em: mar, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução Normativa RN nº 368, de 06 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg>>. Acesso em: Jan. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução Normativa nº 398, de 05 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrias por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2016. Disponível em: <[www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE5Mw](http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE5Mw)>. Acesso em: Fev. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Relatório de Recomendação. 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes-Cesariana\\_final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf). Acesso em: mar. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto Normal. Relatório de Recomendação. 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf). Acesso em: mar. 2017.

BRASIL. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes – Brasília, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: Jan. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Humanização do Parto – Pré-Natal e Nascimento.** Brasília: DF, Ministério da Saúde. 2012.

CARDOSO, J.E.; BARBOSA, R.H.S. O desencontro entre o desejo e a realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis.**, v.22, n.1, p.35-52, 2012.

CHO, C.E.; NORMAN, M. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. **Am J Obstet Gynecol.**, v.208,n.4, p.249-254,2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.08.009>. Acesso em: jan. 2017.

COPELLI, F.H.S. *et al.* Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.24, n.2, p. 336-43, 2015.

COSTA, A.F. *et al.* Percepção das mulheres quanto às vias de parto. **EFDeportes.com, Revista Digital.** v.17, n.175, 2012.

COULM, B. *et al.* Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France: do maternity unit characteristics make a difference? **Birth**, v.39, n.3, p.183-91,2012.

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, p. e001723, 2012.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics.** v.75, n.1, p.S5-S23, 2001. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0). Acesso em: ago. 2016.

DIAS, M.A.B. *et al.* Factors associated with cesarean delivery during labor in primiparous women assisted in the Brazilian Public Health System: data from a National Survey. **Reproductive Health.**v.13, Suppl 3, p.114, 2016.

Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme FMM. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva.** 2008; 13(5): 1521-34.

DIAS, M.A.S.; PERILLO, R.D. Mortalidade materna: importância e estratégias de intervenção. **Revista Eletrônica Mensal da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte.** 2002. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/sausedigital/maio2002/mortalidadematerna.html>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

DOMINGUES, R.M.S.M. *et al.* Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. **Cad Saúde Pública**, v.30, Supl.1, p. S101-16, 2014.

FARINE, D.; SHEPHERD, D.; ROBSON, M. Classification of caesarean sections in Canada: the modified Robson criteria. **J Obstet Gynaecol Can.**, v.34, n.12, p.1133, 2012.

FERRARI, A.P.; CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L. Association between prenatal and parturition in the supplementary health network and elective cesarean section. **Rev Bras Epidemiol.**, v.19, n.1, p. 75-88, 2016.

GAMA, S.G.M. *et al.* Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cad Saúde Pública**, v.30, supl.1, p.S117-127, 2014.

GOMES, A.R.M. *et al.* Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Rev Recien.**, v.11, n.4, p. 23-27, 2014.

GONÇALVES, I.S. *et al.* Impact of strategies in reducing cesarean section rate. **Acta Obstet Ginecol Port.**, v.8, n.1, p.29-35, 2014.

GUISE, J. M. *et al.* Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. **Obstet Gynecol.**, v.115, n.6, p.1267-78, 2010.

KLEIN, M.C. *et al.* Family physicians who provide intrapartum care and those who do not: very different ways of viewing childbirth. **Can. Fam. Physician.**, v.57, n.4, p. e139-e147, 2011.

LANSKY, S. Gestão de qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. **Rev Tempus Actas Saúde Col.**, v.4, n.4, p.191-199, 2010.

LAUER, J.A. *et al.* Determinants of caesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control: World Health Report 2010. **World Health Organization**. 2010. (Background Paper, 29).

LEAL, M.C. *et al.* Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cad. Saúde Pública**, v.30, supl.1, p.S17-S32, 2014.

LEÃO, M.R.C. *et al.* Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2395-400, ago., 2013.

LEMOS, A. Atenção Integral à Saúde da Mulher: o olhar de mulheres que a construíram. **Rev Enferm Cent-Oeste Min.**, v.1, n.2, p.220-227, 2011.

LINO, H.C; DINIZ, S.G. "You take care of the baby's clothes and I take care of the delivery". **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 1, p. 117-124, 2015.

LOTHIAN, J. Birth plans: the good, the bad, and the future. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v.35, n.2, p.295-303, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x>. Acesso em: out. 2016.

LUNDGREN, I. *et al.* Clinician-centred interventions to increase vaginal birth after caesarean section (VBAC): a systematic review. **BMC Pregnancy Childbirth.**, v.15, p.16, 2015.

LUZ, L.H.; GICO, V.V. Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais. **Cad. Ter. Ocup.**, v.23, n.3, p.475-484, 2015.

MAIA, M.B. **Humanização do Parto**: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional. FIOCRUZ. 2010.

MAIA, M.B.; CHACHAM, A.S. Grupo de planejamento familiar dos centros de saúde do município de Belo Horizonte: proposta da avaliação da qualidade do serviço ofertado na Rede. **Revista de APS.**, v.5, n.2, p.118-127, 2002.

MARCOLIN, A.C. Até quando o Brasil será conhecido como o país da cesárea? **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.36, n.7, p.283-9, 2014.

MARSHALL, N.E.; FU, R.; GUISE, J.M. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 205, n.3, p. 262 e1-8, 2011.

MAZZONI, A. *et al.* Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **BJOG.**, v.118, n.4, p.391-399, 2011.

NAKAMURA-PEREIRA, M. *et al.* Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. **Reproductive Health.**, v.13, Supl. 3, p.128, 2016.

NARCHI, N.Z.; CRUZ, E.F.; GONÇALVES, R. The role of midwives and nurse-midwives in promoting safe motherhood in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.1059-1068, 2013.

NASCIMENTO, R.R.P. *et al.* Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.36, p.119-26, 2015.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH (NICE). **Caesarean section**. London (UK): National Institute for Clinical Excellence, 2011.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). **NHS Safety Thermometer** . 2013.

Disponível em:

[http://www.safetythermometer.nhs.uk/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11:maternity-homepage&catid=2:uncategorised&Itemid=285](http://www.safetythermometer.nhs.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=11:maternity-homepage&catid=2:uncategorised&Itemid=285). Acesso em já. 2017.

NORMAN, A.H.; TESSER, C.D. Obstetizas e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e



progressiva. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.10, n.34, p.1-7, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)1106](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)1106). Acesso em: jan. 2017.

O'NEILL, S.M. *et al.* Cesarean section and rate of subsequent stillbirth, miscarriage, and ectopic pregnancy: a Danish register-based cohort study. **PLoS Med.**, v.11, e1001670, 2014.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health at a Glance 2013**: OECD Indicators. 2013.

OKASAKI, E,L,J. O enfermeiro na gestão da saúde da mulher em atenção básica. In: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K.C. (Org.). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. [p.192-8].

OLIVEIRA, R.M. *et al.* Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Esc. Anna Nery Rev Enf.**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.122-129, 2014.

PAIM. J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet.**, v.377, p.1778-97, 2011.

PATAH, L.E.M.; MALIK, A.M. Models of childbirth care and cesarean rates in different countries. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.1, p.185-194, 2011.

PENNY SIMKIN, P. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. **Birth.**, v.34, n.1, p.49-51, 2007..

PHADUNGKIATWATTANA, P.; TONGSAKUL, N. Analyzing the impact of private service on the cesarean section rate in public hospital Thailand. **Arch Gynecol Obstet.**, v.284, n.6, p.1375-1379, 2011.

PIMENTA, L.F. *et al.* The perceptions of women about the choice of delivery modes: a descriptive study. **OBJN**, v.12, n.1, p.135-44, 2013. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3963>. Acesso em: out.2016.

PIRES, D. *et al.* A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Rev Bras Saude Mater Infant.**, v.10, n. 2, p.191-197, 2010.

PORTAL BRASIL. **Projeto "Parto Adequado" reduz cesarianas em 42 hospitais. 2015**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/10/projeto-parto-adequado-reduz-cesarianas-em-42-hospitais> Acesso em: Jan. 2017.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface**, v.13, supl.1, p. 759-768, 2009.

REIS, Z.S. *et al.* Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.36, n.2, p.65-71, 2014.

- RIBEIRO, L.L. et al. Perfil de mulheres submetidas ao parto cesariano. **Rev Enferm UFPE**, v. 9, n. 12, p. 1198-1205, 2015.
- ROBSON, M.S. Classification of caesarean sections. **Fetal and Maternal Medicine Review**, v.12, n.1, p.23-39, 2001.
- ROBSON, M.; HARTIGAN, L.; MURPHY, M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.**, v.27, n.2, p.297-308, 2013.
- SANCHES, N.C.; MAMEDE, F.V.; VIVANCOS, R.B.Z. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.2, p.418-426, 2012.
- SANTANA, F.A.; LAHM, J.V.; SANTOS, R.P. Factors that influence the pregnant woman in choosing the type of delivery. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v.17, n.3, p.123- 27, 2015.
- SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO T.G. The Brazilian Ministry of Health's Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care: preliminary results. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n. 5, p.1281-1289, 2004.
- SINGATA, M.; TRANMER, J. e GYTE, G.M. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database Syst Rev**, v.20, n.1, CD003930, 2013.
- SODRÉ, T.M. *et al.* Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-PR. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.19, n.3, p.452-460, 2010.
- SODRÉ, T.M.; MERIGUI, M.A.B.; BONADIO, I.C. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Cienc Cuid Saúde**, Supl.11, p.115-120, 2012.
- SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. **Femina**, v.38, n.9, p.459-68, 2010.
- SOUZA, J.P. *et al.* Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC Med.**, v.8, p.71-81, 2010.
- SOUZA, J.P.; PILEGGI-CASTRO, C. On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. **Cad. Saúde Pública**, v.30, Supl. S11-S13, 2014.
- STØRKSEN, H.T. *et al.* The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, v.92, n.3, p.318-324, 2012.
- TESSER, C.D. *et al.* Obstetric violence and quaternary prevention: what it is and what to do. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.10, n.35, p.1-12, 2015.
- TODMAN, D. A history of caesarean section: from ancient world to the modern era.

**Aust N Z J Obstet Gynaecol.**, v.47, n.5, p.357-6, 2007.

TORLONI, M.R. *et al.* Classifications for cesarean section: a systematic review. **PLoS ONE.**, v.6, n.1, e14566, 2011.

TORRES, J.A. *et al.* Caesarean section and neonatal outcomes in private hospitals in Brazil: comparative study of two different perinatal models of care. **Cad. Saúde Pública**, v.30, Supl. S220-S231, 2014.

VALE, L.D. *et al.* Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre puérperas de uma maternidade pública. **Rev Gaúcha Enferm**, v.36, n.3, p.86-92, 2015.

VASCONCELLOS, M.T.L. *et al.* Sampling design for the Birth in Brazil: National Survey into Labor and Birth. **Cad. Saúde Pública**, v.30, supl.1, p.S49-S58, 2014.

VENEZUELA. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia . **Gaceta Oficial 38.647**. Disponível em: <http://www.derechos.org.ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>. Acesso em: jan. 2017.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/SESC-SP. 2013.

VERISSIMO, C.A. *et al.* Implementation of the 10-group Classification System: understanding caesarean section. **Acta Obstet Ginecol Port.**, v.7, n.1, p.3-7, 2013.

VICTORA, C.G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, p.1863-1876, 2011.

VOGEL, J.P. *et al.* Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. **Lancet Global Health**, v.3, n.5, e260-70, 2015.

WEIDLE, W.G. *et al.* Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cad Saúde Colet.**, v.22, n.1, p.46-53, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Birth and emergency preparedness in antenatal care. Intergrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC)**. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer, WHO; 2006. Disponível em: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/emergency\\_preparedness\\_antenatal\\_care.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/emergency_preparedness_antenatal_care.pdf). Acesso em: out. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Statement on Caesarean Section Rates**. Geneva: World Health Organization. 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?ua=](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=). Acesso em: out.2016.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APLICADO AO DIRETOR DA UNIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito da pesquisa. Autorizo a realização da pesquisa nesta instituição. Sei que serei entrevistado, que a minha participação é voluntária e que posso desistir da entrevista mesmo depois do início, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Sei também que a minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa.

Por tudo isso, declaro que li este termo de consentimento e concordo em participar da pesquisa respondendo às perguntas da entrevista.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do diretor:

\_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador:

\_\_\_\_\_

### Especificações

	Nome do profissional	Função/Cargo no Estabelecimento	loco/ Questões Respondidas
Entrevistado n° 01			
Entrevistado n° 02			
Entrevistado n° 03			
Entrevistado n° 04			
Entrevistado n° 05			

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora, \_\_\_\_\_,

Convidamos-lhe para participar de uma pesquisa sobre parto e nascimento, que se chama **Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento**, de responsabilidade da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo pretende identificar os tipos de partos realizados, os motivos para sua realização e avaliar o atendimento da mulher durante o pré-natal e o parto, e dos recém-nascidos.

Gostaríamos de contar com a sua importante colaboração nesta pesquisa, pois essa participação muito contribuirá para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança. Esclarecemos que não haverá nenhum risco para você e para o seu filho. Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e como foi sua assistência desde o pré-natal. As respostas serão anotadas em um formulário. Também iremos entrar em contato com você, por telefone, no período entre 45 e 60 dias para saber como estará a sua saúde e do seu filho.

Solicitamos também o consentimento para acessar seu prontuário médico, informando que será garantida a confidencialidade dos dados, sendo que as informações coletadas serão utilizadas e divulgadas de forma anônima, e exclusivamente para execução do projeto de pesquisa acima intitulada.

Tudo que for dito ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar.

Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da entrevistada

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável legal

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.



[ 0 ] Nenhuma série cursada [ 99 ] Não sabe/não lembra

**Atualmente você tem um companheiro fixo?** [ 1 ] Sim [ 2 ] Não

**Você mora na mesma casa que ele?** [ 1 ] Sim [ 2 ] Não

**Você tem alguma ocupação remunerada?** \_\_\_\_\_

[ 1 ] Sim. Qual? \_\_\_\_\_ CBO (código) \_\_\_\_\_ [ 2 ] Não

**Quanto ao seu trabalho:** \_\_\_\_\_

[ 1 ] É informal, não tem registro em carteira

[ 2 ] É formal e tem registro em carteira

[ 3 ] É formal, funcionária pública (municipal, estadual, federal ou militar)

[ 4 ] Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**Qual a faixa de renda da sua família, incluindo o salário de todas as pessoas que moram na casa?** \_\_\_\_\_

[ 1 ] Até R\$ 350,00

[ 2 ] R\$ 351,00 a R\$ 700,00

[ 3 ] R\$ 701,00 a R\$ 1750,00

[ 4 ] R\$ 1751,00 a R\$ 3500,00

[ 5 ] R\$ 3501,00 a R\$ 7000,00

[ 6 ] > R\$ 7000,00

**Quem é o chefe da família?** (ou quem tem a maior renda) \_\_\_\_\_

[ 1 ] Você (a própria mulher) [ 3 ] Outra pessoa da família

[ 2 ] O companheiro [ 4 ] Outro \_\_\_\_\_

**Qual foi a última série que o chefe da família concluiu na escola?** \_\_\_\_\_

[ ] Série de ensino [ ] 1. Fundamental 2. Médio/2º grau 3. Superior

[ 0 ] Nenhuma série cursada [ 99 ] Não sabe/não lembra

**“Agora vou fazer algumas perguntas sobre coisas que você tem em casa.”** Na sua casa tem...

Rádio?	[ 0 ] Não Se sim, quantos?	
Geladeira?	[ 0 ] Não Se sim, quantas?	
Freezer?	[ 0 ] Não Se sim, quantos?	
Videocassete ou DVD?	[ 0 ] Não Se sim, quantos?	
Máquina de lavar roupa? (não incluir tanquinho)	[ 0 ] Não Se sim, quantas?	
Linha de telefone fixo?	[ 0 ] Não Se sim, quantas?	
Computador?	[ 0 ] Não Se sim, quantos?	
Televisão? (se não, vá para	[ 0 ] Não Se sim, quantas?	

Quantas cores?		
Carro particular?	[ 0 ] Não Se sim, quantos?	
Você tem empregada mensalista?	[ 0 ] Não Se sim, quantas?	

**Quantas pessoas moram na mesma casa, incluindo você? (não contar o RN):**

[ ] [ ] pessoas

**A casa em que você mora possui água encanada para pelo menos um cômodo? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim

[ 2 ] Não

**A casa ou terreno em que a você mora possui banheiro ou sanitário? \_**

[ 1 ] Sim, para uso exclusivo dos moradores da casa. Se sim,

quantos? [ 2 ] Sim, para uso de mais de uma casa.

[ 3 ] Não.

**Como é feito o escoadouro dos dejetos do banheiro ou sanitário? \_\_\_\_**

[ 1 ] Rede coletora de esgoto ou pluvial

[ 2 ] Fossa séptica ligada a rede coletora

[ 3 ] Fossa séptica não ligada a rede coletora

[ 4 ] Fossa rudimentar

[ 5 ] Vala

[ 6 ] Direto para o rio, mar ou lago

[ 7 ] Outra forma. Qual? \_\_\_\_\_

**O lixo de sua casa é? \_\_\_\_**

[ 1 ] Coletado regularmente pela empresa de coleta [ 2 ] Queimado ou enterrado na propriedade [ 3 ] Jogado em terreno baldio ou na rua

[ 4 ] Jogado no rio, mar ou lago

[ 5 ] Outro destino. Qual? \_\_\_\_\_ [ 99 ] Não sabe

**Qual a cor da sua pele? \_\_\_\_**

[ 1 ] branca [ 2 ] preta [ 3 ] parda [ 4 ] amarela [ 5 ] indígena

## **2. Hábitos maternos e Informações nutricionais**

**Você ingere bebidas alcoólicas? \_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não (vá para a questão

**Quantas doses são necessárias para deixar você “alta”? \_**



1 tulipa = 1 dose ou 2 latas = 3 doses

**As pessoas te aborrecem, criticando o seu modo de beber? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não \_\_\_\_

**Você sente que deve para de beber? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não \_\_

**Alguma vez você precisou de uma dose de bebida para começar o dia? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não

**Você tem sentimentos de culpa sobre a bebida? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não \_\_\_\_\_

**Você fumava antes de engravidar? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não \_\_\_\_\_

**Quantos cigarros você fumava por dia? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não \_\_\_\_\_

**Por quanto tempo você fumou? \_\_\_\_**

**Você fuma atualmente? [ 1 ] Sim [ 2 ] Não**

**Quantos cigarros você fuma por dia? \_\_**

**Você usa algum tipo de droga? [ 1 ] Sim [ 2 ] Não**

**Que tipo? \_\_\_\_\_**

**Qual é a sua altura? (anotar em metros) \_\_\_\_**

**Qual era o seu peso antes dessa gravidez? (anotar em quilos) \_\_\_\_**

**Em geral, quantas vezes por semana você come fruta, como maçã, banana, laranja ou suco de fruta natural? \_\_\_\_**

[ 0 ] Nunca (vá para a questão [ 1 ] Quase nunca

[ 2 ] De 1 a 3 vezes por semana

[ 3 ] Mais do que 3x por semana, mas não diariamente [ 4 ] Diariamente

**Em geral, quantas vezes por semana você come vegetais (legumes ou verduras) como alface, tomate, cenoura, etc...? \_**

[ 0 ] Nunca (vá para a questão [ 1 ] Quase nunca

[ 2 ] De 1 a 3 vezes por semana

[ 3 ] Mais do que 3x por semana, mas não diariamente

[ 4 ] Diariamente

### **3. Pré-natal**

**“Vamos falar um pouco sobre seu pré-natal.”**

**Você fez pré-natal? \_\_\_\_**

[ 0 ] Não [ 1 ] Sim \_\_\_\_\_

**Em que local você fez o pré-natal? \_\_\_\_**

[ 1 ] Serviço público [ 2 ] Consultório do plano de saúde [ 3 ] Consultório particular [ 4 ] Ambos \_\_\_\_\_

**Com quantos meses de gravidez você iniciou o pré-natal? \_\_\_\_\_**

[ ] [ ] meses [ 99 ] Não sabe **Quantas consultas você fez? \_ [ ] [ ] consultas**

**Você fez o pré-natal com a mesma pessoa do início ao fim (médico/a, enfermeiro/a)? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim. Passe para questão xx [ 2 ] Não

**Com quantas pessoas diferentes (médico/a, enfermeiro/a) você fez consultas de pré-natal?**

[ ] [ ] número de pessoas

**Você foi informada durante o pré-natal, sobre para qual local deveria ir no momento do parto? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não. Passe para xx [ 99 ] Não sabe

**Você visitou o local onde faria o parto, durante o pré-natal para conhecer?\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não. [ 3 ] Já conhecia

**Você participou de alguma atividade educativa no pré-natal? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim. Passe para xx [ 2 ] Não. Por quê? \_\_\_\_\_

Se sim, responder o quadro:

Tema	Quantas vezes?	De que forma?			
		Discussão em grupo	Aula expositiva	Vídeo informativo	Outros
a) amamentação					
b) cuidados com o bebê					
c) como é o parto					
d) opções de local de parto					
e) direito a acompanhante					
f) direitos trabalhistas/licença maternidade					
g) tipos de parto					
h) Outros _____					

**Algum profissional durante o pré-natal forneceu as seguintes informações sobre o parto?**

**(Entrevistador: pode assinalar mais de uma afirmativa)** [ 1 ] Sim [ 2 ] Não

[ a ] Sinais de início do trabalho de parto e momento para ir ao hospital \_\_\_\_\_

[ b ] Possibilidade de ingerir líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto \_\_\_\_\_

[ c ] Liberdade para se movimentar durante o trabalho de parto \_\_\_\_\_

[ d ] Medidas para o alívio da dor durante o trabalho de parto, sem ser anestesia com Medicamento \_

[ e ] Posições que poderia adotar durante o parto \_\_\_\_\_

**No início da gravidez qual era a sua preferência pelo tipo de parto? \_\_**

[ 1 ] Normal [ 2 ] Cesárea [ 3 ] Não tinha preferência

**Dos fatores abaixo, quais a você acha que podem ter influenciado essa ideia inicial e relação ao tipo de parto? (Pode assinalar mais de uma afirmativa)**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não

[ a ] Histórias de parto de sua família (incluindo seu próprio nascimento) e/ou de suas amigas \_\_\_\_\_

[ b ] A preferência de seu marido pelo tipo de parto \_\_\_\_\_

[ c ] O medo da dor do parto normal \_\_\_\_\_

[ d ] O medo do parto normal alterar sua vida sexual \_\_\_\_\_

[ e ] O seu desejo de ligar as trompas \_\_\_\_\_

[ f ] O medo da cesariana \_\_\_\_

[ g ] A possibilidade de agendar a data do parto \_\_\_\_

[ h ] As suas gestações e partos anteriores (apenas para mulheres com gestação anterior). Se sim, por quê? \_\_\_\_\_

**Qual foi a data da sua ultima menstruação? (99/99/99 não sabe)**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Qual era a data provável do parto de acordo com a sua ultima menstruação?**

**(99/99/99 não sabe)**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Com quantas semanas de gestação você fez a primeira ultra-sonografia? .**

\_\_\_\_ semanas (99 não sabe; 0 não fez).

**Quantas ultra-sonografias você fez? (99 não sabe) \_\_\_\_**

**Qual era a data provável do parto de acordo com a sua ultra-sonografia?**

**(99/99/99 não sabe)**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Esta gravidez foi:** [ 1 ] Única [ 2 ] Gemelar (dois ou mais)

**Durante a gravidez você sentiu esclarecida sobre as vantagens do parto normal? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim, totalmente [ 2 ] Sim, parcialmente [ 3 ] Não (se não, passar para

**Quem forneceu este esclarecimento? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] Profissional responsável pelo pré-natal [ 2 ] Família/amigos

[ 3 ] Revistas/Jornais/Internet/TV/Vídeos [ 4 ] Outros profissionais de saúde/Grupo de gestante

**Durante a gravidez você se sentiu esclarecida sobre as desvantagens do parto normal?\_\_\_\_\_**

[ 1 ] Sim, totalmente [ 2 ] Sim, parcialmente [ 3 ] Não (se não, passar para

**Quem forneceu este esclarecimento? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] Profissional responsável pelo pré-natal [ 2 ] Família/amigos

[ 3 ] Revistas/Jornais/Internet/TV/Vídeos [ 4 ] Outros profissionais de saúde/Grupo de gestante

**Durante a gravidez você sentiu esclarecida sobre as vantagens da cesariana?**

[ 1 ] Sim, totalmente [ 2 ] Sim, parcialmente [ 3 ] Não (se não, passar para

**Quem forneceu este esclarecimento? \_**

[ 1 ] Profissional responsável pelo pré-natal [ 2 ] Família/amigos

[ 3 ] Revistas/Jornais/Internet/TV/Vídeos [ 4 ] Outros profissionais de saúde/Grupo de gestante

**Durante a gravidez você se sentiu esclarecida sobre as desvantagens da cesariana?\_\_\_**

[ 1 ] Sim, totalmente [ 2 ] Sim, parcialmente [ 3 ] Não (se não, passar para

**Quem forneceu este esclarecimento? \_**

[ 1 ] Profissional responsável pelo pré-natal [ 2 ] Família/amigos

[ 3 ] Revistas/Jornais/Internet/TV/Vídeos [ 4 ] Outros profissionais de saúde/Grupo de gestante

**Durante sua gestação foi detectada alguma das situações abaixo?**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não

[ a ] Colo do útero não segurava o bebê\_\_\_ [ b ] Circular de cordão\_\_\_

[ c ] Problemas na crescimento do bebê\_\_\_ [ d ] Bebê estava sentado\_\_\_

[ e ] Bebê estava atravessado\_\_\_ [ f ] Pouco líquido amniótico \_\_\_

[ g ] Muito líquido amniótico\_\_\_ [ h ] Problema de RH negativo\_\_\_

[ i ] Placenta baixa/prévia\_\_\_ [ j ] Perda de líquido amniótico por rompimento da bolsa durante a gravidez antes do início do trabalho de parto\_\_\_

**Algum médico lhe disse que você tinha alguma dessas doenças ou condições?**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não

[ a ] Anemia \_\_\_

[ b ] Doença cardíaca\_\_\_

[ c ] Diabetes \_\_\_

[ d ] Herpes genital \_\_\_

[ e ] Doença no sangue (hemoglobinopatia) \_\_\_

[ f ] Pressão alta (desde antes da gravidez) \_\_\_

[ g ] Pressão alta associada a gravidez \_\_\_

[ h ] Eclampsia \_\_\_

[ i ] Sangramento uterino \_\_\_

[ j ] Sífilis \_\_\_

[ l ] HPV/Verrugas genitais \_\_\_

[ m ] Outros\_\_\_

**No final da gravidez, já próximo da data do parto, havia decisão de**

**realizar cesariana? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não (se não passar para xx)

**De quem foi esta decisão? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sua [ 2 ] Do médico [ 3 ] Conjunta

**Qual foi a razão para a decisão pela cesariana?**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não

[ a ] Queria ligar as trompas \_\_\_\_

[ b ] Bebê estava enrolado no cordão \_\_\_\_

[ c ] Já tinha cesárea anterior \_\_\_\_

[ d ] Bebê estava sentado \_\_\_\_

[ e ] Bebê estava atravessado \_\_\_\_

[ f ] Bebê era grande/não tinha passagem \_\_\_\_

[ g ] Pouco líquido na bolsa (amniótico) \_\_\_\_

[ h ] Não queria sentir a dor do parto normal \_\_\_\_

[ i ] Placenta baixa \_\_\_\_

[ j ] Medo de falta de vaga para internação \_\_\_\_

[ l ] Medo da violência na cidade \_\_\_\_

[ m ] Outra razão não citada \_\_\_\_

**Você concordou com a indicação de cesariana? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim (se sim, passar para o outro bloco) [ 2 ] Não. Por quê?

#### **4- Admissão**

**Entrevistador, diga: “Agora, eu vou perguntar para você sobre o que aconteceu desde que chegou no primeiro serviço que procurou até ser internada. Vamos chamar esta fase de admissão.”**

**Como você soube que estava na hora de ir para o hospital? \_\_\_\_**

[ 1 ] Tinha contrações

[ 2 ] Rompeu a bolsa (caso marque esta vá para 2.1.1)

[ 3 ] Perdão o tampão mucoso

[ 4 ] A data já estava marcada. Não entrei em trabalho de parto. Por quê?

[5] Outro motivo. Qual? \_\_\_\_

**Quando você achou que estava em trabalho de parto, foi imediatamente para o hospital ou esperou em casa? \_\_\_\_**

[ 1 ] Foi imediatamente para o hospital

[ 2 ] Esperou em casa – Horas [ ] [ ] Por quê? \_\_\_\_\_

**Como você foi para a maternidade? \_\_**

[ 1 ] De carro/táxi [ 2 ] Ônibus/trem [ 3 ] Ambulância [ 4 ] A pé

[ 5 ] Outro \_\_\_\_\_

**Você conseguiu ser internada para o parto na primeira maternidade que procurou? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não. Por quê? (textual) \_\_\_\_\_

**Se não, como foi para outra maternidade?**

[ 1 ] De carro/táxi [ 2 ] Ônibus/trem [ 3 ] Ambulância [ 4 ] A pé

[ 5 ] Outro \_\_\_\_\_

**Quando você foi internada, estava tendo dores (contrações fortes)? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim. [ 2 ] Não

**De quantos em quantos minutos?**

[ ] [ ] minutos [ 2 ] Não [ 99 ] Não me lembro

**Foi feita raspagem dos pelos da vulva antes do parto? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não [ 3 ] Já vim raspada de casa [ 99 ] Não me lembro

**Ouviram o coração do bebê na admissão? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não [ 99 ] Não sabe

**Realizaram o toque pela vagina na admissão? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim. Quantas vezes? [ ] [ ]

[ 2 ] Não [ 99 ] Não sabe

#### **4. O trabalho de parto**

**Entrevistador, diga: “Agora vou fazer algumas perguntas referentes ao período de trabalho de parto, aquela fase que vai da hora que a mulher foi internada, até a hora em que dá vontade de fazer força. Vamos chamar esta fase e pré- parto.”**

**Foram oferecidos líquidos, água, sucos e/ou sopas durante o trabalho de parto? \_\_\_\_**

[1] Sim. Qual? \_\_\_\_\_ [ 2 ] Não [ 99 ] Não se lembra

**Você solicitou algum líquido para beber durante seu trabalho de parto?**

[1] Sim. Qual? \_\_\_\_\_ [ 2 ] Não

**Seu pedido foi atendido? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] Sim. [ 2 ] Não

**Ofereceram comida durante o trabalho de parto? \_\_\_\_\_**

[1] Sim. Qual? \_\_\_\_\_ [ 2 ] Não [ 99 ] Não se lembra

**Você solicitou algum tipo de alimentação durante seu trabalho de parto?**

[ ] Sim. Qual? \_\_\_\_\_ [ 2 ] Não [ 99 ] Não se lembra

**Seu pedido foi atendido? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] Sim. [ 2 ] Não

**Como estava a temperatura da sala de Pré-Parto? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] Muito fria [ 2 ] Fria [ 3 ] Agradável [ 4 ] Quente [ 5 ] Muito quente

[ 99 ] Não sabe

**Quando você estava no pré-parto, foi colocado soro na veia? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não (se não ir para [ 99 ] Não sabe

**Se sim, responda a questão seguinte:**

**Foi posto no soro um medicamento para aumentar as contrações (ocitocina)? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não [ 99 ] Não sabe

**Depois que colocaram o soro, as contrações (dores) aumentaram? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] Não percebeu diferença [ 2 ] As dores aumentaram um pouco

[ 3 ] As dores aumentaram muito [ 99 ] Não sabe

**A bolsa rompeu espontaneamente ou foi rompida pelo médico/enfermeiro? \_**

[ 1 ] Naturalmente, antes de chegar a maternidade (pule para xx

[ 2 ] Naturalmente, após chegar a maternidade (pule para xx

[ 3 ] Artificialmente [ 99 ] Não sabe

**Em algum momento do seu pré-parto você teve dúvidas e teve vontade de perguntar o que estava acontecendo? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não

**Se sim: Perguntou? \_\_\_\_\_ [1] Sim. A quem? \_\_\_ [ 2 ] Não**



**Ficou satisfeita com a resposta? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não. Por quê? (textual)\_

**Quem atendeu você durante o pré-parto foi um médico ou enfermeira?**

\_\_

[ 1 ] Enfermeira/o plantonista [ 2 ] Médica/o plantonista [ 3 ] Acadêmico

[ 4 ] Mesmo médico do pré-natal [ 5 ] Médica/o e enfermeira/o [ 99 ] Não sabe

**A você teve liberdade para se movimentar durante o pré-parto? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não.

Posição	[ 0 ]	Para quem responde positivamente			
	Não experimentou	1 Ajuda muito	2 Ajuda um pouco	3 Não ajuda	4 Atrapalha
a) deitada de costas					
b) deitada de lado					
c) sentada na cama					
d) andando					
e) sentada na poltrona					
f) no chuveiro					
g) no banquinho (cócoras)					
h) outra. Qual? _____					

**Você sentiu dor durante o pré-parto (antes do nascimento)? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não.

**Como foi a dor no seu pré-parto (antes do nascimento)? \_\_\_\_**

	1 Dor média	2 Dor forte, mas deu para agüentar	3 Dor insuportável
a) "Cólica"			
c) "Dor nas costas"			
d) "Útero fazendo força sozinho"			
e) Outra/s (descreva) _____			

**Foram utilizadas medidas para alívio da dor durante o pré-parto, que não seja anestesia com medicamentos? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não.

**Quais os recursos utilizados que ajudaram aliviar a dor?**

Recurso	Não usou	Ajuda muito	Ajuda um pouco	Não ajuda	Atrapalha
a) Ter acompanhante					
b) Usar a banheira					
c) Chuveiro					
d) Bola					
e) Massagem					
f) Banquinho (cócoras)					
g) Liberdade para se mover					
h) Outro. Qual? _____					

**Foi aplicada anestesia com medicamento nas costas para alívio da dor?**

[ 1 ] Sim (se sim, vá para xx) [ 2 ] Não [ 99 ] Não sabe

**Durante o pré-parto você realizou um exame chamado cardiotocografia?\_ (Exame feito através de duas fitas que ficam em volta da sua barriga para ver a contração e o batimentodo coração do seu bebê.)**

[ 1 ] Sim, só na admissão [ 2 ] Sim, durante todo o pré-parto [ 3 ] Não [ 99 ] Não sabe

**Você teve acompanhante durante seu pré-parto? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [2] Não. Por quê? (textual)\_\_\_\_\_

**Se não, pule para a seção seguinte**

**Só para quem teve acompanhante no pré-parto:**

**Seus/s acompanhantes ficou/ficaram com você: \_\_\_\_**

[ 1 ] Durante a admissão (só até internar)

[ 2 ] Todo o tempo do trabalho de parto (antes de nascer)

[ 3 ] Durante o parto (na hora de nascer mesmo)

[ 4 ] Durante o pós-parto (ficou junto no quarto/enfermaria)

**Quem foi o seu acompanhante?** (marque mais de um se for o caso)

[ 1 ] Companheiro ou pai da criança [ 2 ] Amiga [ 3 ] Mãe [ 4 ] Outra pessoa.

**Quem? \_\_\_\_\_ Como**

**foi a experiência de ter um acompanhante no pré-parto? \_\_\_\_**

[ 1 ] Ajuda muito a mulher a ficar mais tranqüila, ter um parto melhor

[ 2 ] Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranqüila e ter um parto melhor

[ 3 ] Nem ajuda nem atrapalha a ter um parto melhor

[ 4 ] Deixa a mulher mais nervosa, não ajuda a ter um parto melhor

## 5. O Parto

**Entrevistador, diga: “Agora vou fazer algumas perguntas referentes ao parto (hora do nascimento mesmo).”**

**Você teve que mudar de sua cama para outra cama/mesa na hora de ter o bebê? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não

**Como estava a temperatura da sala de parto? \_\_\_\_**

[ 1 ] Muito fria [ 2 ] Fria [ 3 ] Agradável [ 4 ] Quente [ 5 ] Muito quente

[ 99 ] Não lembra

**Qual foi o tipo de parto que você teve? (Pergunta para checar identificação por parte da paciente) \_\_\_\_**

[ 1 ] Parto normal [ 2 ] Parto fórceps [ 3 ] Cesárea. Vá para xx

**Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê (manobra de Kristeller) - (Verificar registro no prontuário)**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não [ 99 ] Não se lembra

**Por favor, entrevistador esclareça, para perguntar a questão seguinte:**

**“O fórceps pode ser utilizado na cesárea e parto normal”**

**Na hora do parto, foi usado fórceps (ferros, duas colheres que são introduzidas na vagina ou no corte da cesárea para segurar e puxar a cabeça do bebê)? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não. Vá para xx [ 99 ] Não sabe. Vá para xx

**Você foi informada que o fórceps seria utilizado? \_\_\_\_**

[ 1 ] Sim. Por quê? \_\_\_\_\_ [ 2 ] Não [ 99 ] Não se lembra

**Você tomou anestesia nas costas? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] Sim. Qual? \_\_\_\_\_ [ 2 ] Não [ 99 ] Não se lembra

**Você achou que esta anestesia melhorou a sua dor? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não

**Em caso de um novo parto você gostaria de usa-lo novamente? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não

**Você tomou algum tipo de medicamento, no músculo, na veia ou no soro para melhorar a dor? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não

**Você achou que esse medicamento ajudou a melhorar a dor? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não

**Em caso de um novo parto você gostaria de usá-la novamente? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não

**Você recebeu transfusão de sangue logo após o parto? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] Sim. Porquê? \_\_\_\_\_ [ 2 ] Não [ 99 ] Não se lembra

**Só para quem teve cesárea**

**Você sabe por que seu parto foi por cesárea? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] Sim. Porquê? \_\_\_\_\_ [ 2 ] Não [ 99 ] Não sabe

**Em que momento foi decidido pela cesárea? \_\_\_\_\_**

[ 1 ] No pré-natal [ 2 ] No pré-parto [ 3 ] Já na sala de parto [ 99 ] Não sabe

**Por que seu médico indicou a cesárea? (ler opções)**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não [ 99 ] Não sabe

[ a ] Você queria fazer cesárea \_\_\_\_\_

[ b ] Você queria ligar as trompas \_\_\_\_\_

[ c ] O bebê tinha circular de cordão \_\_\_\_\_

[ d ] Você já tinha uma cesárea anterior \_\_\_\_\_

[ e ] Você já tinha duas ou mais cesáreas anteriores \_\_\_\_\_

[ f ] O bebê estava sentado \_\_\_\_\_

[ g ] O bebê estava atravessado \_\_\_\_\_

[ h ] O bebê era grande/não tinha passagem \_\_\_\_\_

[ i ] Havia pouco líquido amniótico/placenta velha \_\_\_\_\_

[ j ] Você não queria sentir a dor do parto normal \_\_\_\_\_

- [ l ] O bebê estava crescendo pouco ou parou de crescer \_\_\_\_
- [ m ] O bebê entrou em sofrimento \_\_\_\_
- [ n ] Passou da hora/do tempo \_\_\_\_
- [ o ] A bolsa rompeu \_\_\_\_
- [ p ] Grávida de gêmeos (dois ou mais) \_\_\_\_
- [ q ] Pressão alta \_\_\_\_
- [ r ] Hemorragia \_\_\_\_
- [ s ] Diabetes \_\_\_\_
- [ t ] Medo de falta de vaga para internação \_\_\_\_
- [ u ] Medo da violência na cidade \_\_\_\_
- [ v ] Outra razão não citada - Qual? \_\_\_\_\_

**Você concordou com a indicação de cesárea?**

- [ 1 ] Sim [ ] Não. Por quê? \_\_\_\_\_

**5-Bebê**

**Você teve contato com o bebê na sala de parto? \_\_\_\_**

- [ 1 ] Sim, ele (a) foi colocado (a) sobre mim [ 2 ] Sim, apenas me mostraram
- [ 3 ] Não

**Durante a primeira hora após o parto, você: \_\_\_\_**

- [ 1 ] Apenas viu o bebê [ 2 ] Ficou com o bebê no colo
- [ 3 ] Colocou para mamar [ 4 ] Não teve contato com o bebê (responda a questão

**Se não ficou com o bebê na primeira hora, qual foi o motivo de não ter podido ficar com bebê, na primeira hora após o parto?**

(Textual) \_\_\_\_\_

**O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?**

\_\_\_\_

- [ 1 ] Sim [ 2 ] Não

**Quanto tempo depois do parto seu bebê pode voltar e ficar com você no seu quarto? \_\_\_\_\_ minutos ou \_\_\_\_\_ horas**

**O bebê foi para o quarto junto com você?**

- [ 1 ] Sim [ 2 ] Não -

**Se não, por quê? [ 1 ] Foi para o berçário [ 2 ] Foi para a UI/UTI**

[3] Outro motivo \_\_\_\_\_

**O médico lhe disse se seu bebê teve alguma destes problemas?**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não

[ a ] Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue \_\_\_\_

[ b ] Doença no coração/má formação congênita \_\_\_\_

[ c ] Custou ou teve dificuldade para respirar depois que nasceu asfixia ou hipóxia \_

[ d ] Precisou de oxigênio \_\_\_\_

[ e ] Teve infecção \_\_\_\_

**6- Pós-parto**

**“Agora, vamos falar sobre como foi depois do parto, que nós vamos chamar de pós-parto**

Anotar número de horas ou dias depois do parto [ ] [ ] horas

**Você tem recebido ajuda de algum profissional durante a amamentação? \_**

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não

**Se sim, essas orientações...**

[ 1 ] Foram faladas logo que você chegou ao pós-parto, individualmente

[ 2 ] Recebeu apenas orientações em grupo

[ 3 ] Recebeu ajuda das companheiras de quarto

[ 4 ] Não foi falado nada, você precisou perguntar a eles (as)

**Antecedentes Obstétricos (excluir gestação atual)**

**Entrevistador, diga: “Agora vou fazer perguntas sobre suas gestações anteriores.”**

**Quantidade**

Quantas vezes a você já esteve grávida antes desta gestação (incluindo possíveis perdas fetais e abortos)? (se nenhuma, ir para questão xx)

..... [ ] [ ] \_\_\_\_\_

Quantos partos você já teve, excluindo o atual? ..... [ ] [ ] \_\_\_\_\_

Quantos destes partos foram normais, excluindo o atual? ..... [ ] [ ] \_\_\_\_\_

Quantos destes partos foram fórceps, excluindo o atual? ..... [ ] [ ] \_\_\_\_\_

Quantos destes partos foram cesáreas, excluindo o atual?..... [ ] [ ] \_\_\_\_\_

Qual foi a data da sua última cesariana? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Qual foi a indicação desta cesariana? \_\_\_\_\_ Quantos

filhos nasceram vivos, excluindo o atual? ..... [ ] [ ] \_\_\_\_\_

Quantos filhos nasceram mortos, excluindo o atual? ..... [ ] [ ] \_\_\_\_\_

Quantos abortos você teve? ..... [ ] [ ] \_\_\_\_\_

Você teve algum bebê que nasceu prematuro, excluindo o atual? [ 1 ] Sim [ 2 ] Não  
..... [ ] [ ] \_\_\_\_\_

Você teve algum bebê que nasceu com menos de 2.500g (baixo peso), excluindo o atual?

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não ..... [ ] [ ] \_\_\_\_\_

Você teve algum bebê que nasceu com mais de 4 Kg, excluindo o atual?

[ 1 ] Sim [ 2 ] Não ..... [ ] [ ] \_\_\_\_\_

**Você possui plano de saúde?**

[ 1 ] Sim

[ 2 ] Não

**Entrevistador: só para quem tem plano de saúde**

**Está com a carteirinha do plano de saúde?**

[ 1 ] Sim. Anotar Registro ANS e Razão Social \_\_\_\_\_

[ 2 ] Não. Qual é sua operadora de plano de saúde? \_\_\_\_\_ **Seu**

**plano é individual ou coletivo?**

[ 1 ] Individual [ 2 ] Coletivo [ 99 ] Não sabe

**A assistência a sua atual gravidez e parto foi coberto pelo plano?**

[ 1 ] Sim, totalmente

[ 2 ] Sim, somente pré-natal [ 3 ] Sim, somente parto

[ 4 ] Não. Por quê? \_\_\_\_\_ [ 99 ] Não sabe

**Você tem alguma dúvida que eu possa ajudá-la a esclarecer com relação ao seu parto ou aos cuidados consigo ou com o bebê? \_\_\_\_\_**

Anotar quais: \_\_\_\_\_

**Entrevistador: Agradeça a participação na pesquisa.**

**FIM DA ENTREVISTA**

## APÊNDICE D: QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO

### 1. Dados Gerais da coleta de dados

1. Data da coleta de dados |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|

2. Horário de início da coleta de dados |\_\_|\_\_:|\_\_|\_\_|

3. Nome da mãe: \_\_\_\_\_

4. N° do prontuário da mãe: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|.

5. Tipo de gestação: **1. Única 2. Gemelar (dois) 3. Gemelar (três) 4. Gemelar (quatro)** |\_\_|

6. 1º Recém-nascido **1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal** |\_\_|

7. 2º Recém-nascido **1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal** |\_\_|

8. 3º. Recém-nascido **1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal** |\_\_|

9. 4º. Recém-nascido **1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal** |\_\_|

### 2. Dados da Internação

10. Data da internação: |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|

11. Hora da internação: |\_\_|\_\_| h |\_\_|\_\_| min

12. Setor para onde foi encaminhada no momento da admissão/internação:

1. Enfermaria/quarto

2. Pré-parto

3. PPP

4. Sala de parto

5. Centro cirúrgico obstétrico

6. UTI

9. Sem informação |\_\_|

13. Tipo de saída do hospital onde foi realizado o parto:

1. Alta

2. Transferida no pós-parto (**vá para questão 15**)

3. Saída à revelia

4. Óbito

5. Permanece internada após 42 dias da data do parto (**vá para 17**) |\_\_|

14. Data da saída do hospital onde foi realizado o parto:

**(Se alta ou saída à revelia, vá para a questão 17 e se óbito, vá para a 16)**

|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|





**36. Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação):**

37. Incompetência istmo-cervical (IIC) **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
38. Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR) **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
39. Oligodramnia **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
40. Polidramnia **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
41. Isoimunização RH **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
42. Placenta prévia **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
43. Descolamento prematuro de placenta (DPP) **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
44. Amniorexe prematura **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
45. Diabetes gestacional **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
46. Síndromes hipertensivas (HA crônica, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP)  
**0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
47. Eclâmpsia/Convulsões **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
48. Ameaça de parto prematuro **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
49. Sofrimento fetal **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
50. Sífilis **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
51. Infecção urinária **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
52. Infecção pelo HIV **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
53. Toxoplasmose (que precisou tratar) **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
54. Exame de cultura para streptococo na vagina e/ou ânus positivo  
**0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
55. Malformação congênita **0.** Não (**vá para 57**) **1.** Sim |\_\_\_|
56. Qual?\_
57. Outros problemas **0.** Não (**vá para 59**) **1.** Sim |\_\_\_|
58. Qual?\_
59. Cirurgia uterina anterior (miomectomia, microcesarea, outras cirurgias do corpo uterino)

**4. Dados da Internação**

60. Data da última menstruação (DUM): |\_\_\_|\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_|\_\_\_|
61. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM: |\_\_\_|\_|\_\_\_| semanas

62. Idade gestacional na admissão calculada por USG: |\_\_|\_\_| semanas

63. Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo: |\_\_|\_\_|  
semanas

**64. Apresentação do bebê:**

65. Primeiro bebê

1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação |\_\_|

66. Segundo bebê

1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação |\_\_|

67. Terceiro bebê

1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação |\_\_|

68. Quarto bebê

1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação |\_\_|

69. Nível de consciência da mulher na admissão:

1. Lúcida 2. Torporosa (confusão mental)

3. Em coma 9. Sem informação |\_\_|

70. Ocorrência de convulsões antes da internação: 0. Não 1. Sim |\_\_|

71. Há registro de pressão arterial na admissão 0. Não (**vá para 74**) 1. Sim |\_\_|

72. Primeira verificação: sist. |\_\_||\_\_||\_\_| (em mmhg) sist |\_\_||\_\_||\_\_|mmhg

73. Primeira verificação: diast |\_\_||\_\_||\_\_| (em mmhg) diast |\_\_||\_\_||\_\_|mmhg

74. Há registro de temperatura axilar na admissão: 0. Não (**vá para 76**) 1. Sim |\_\_|

75. Valor em 0C |\_\_||\_\_|,|\_\_| 0C

76. Sangramento vaginal após internação e antes do parto:

0. Não

1. Sim, pequeno

2. Sim, moderado

3. Sim, intenso

4. Sim, sem especificação |\_\_|

77. Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes da internação:

1. Não

2. Sim, líquido claro sem grumos

3. Sim, líquido claro com grumos

4. Sim, líquido com mecônio

5. Sim, líquido sanguinolento

6. Sim, líquido purulento/ fétido

7. Sim, sem especificação
78. Dilatação do colo do útero no momento da admissão: **(consultar instrutivo)**  
**em centímetros** ||cm
79. Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão:   
 contrações
80. Batimento Cardíaco Fetal (BCF) na admissão (ou primeiro exame):
0. Ausente **(vá para 82)** 1. Presente
81. Qual a freqüência? ||bpm
82. Realizada cardiotocografia (CTG): *(Permite mais de 1 opção)*
0. Não **(vá para 84)**
1. Sim, antes de vir para maternidade
2. Sim, na admissão/internação
3. Sim, no trabalho de parto
83. Algum resultado da CTG alterado: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação
84. Realizado Dopplerfluxometria Fetal: *(Permite mais de 1 opção)*
0. Não **(vá para 86)**
1. Sim, antes de vir para maternidade
2. Sim, na admissão/internação
85. Algum Doppler alterado: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação
86. Prescrição de corticóide antes do parto: *(Permite mais de 1 opção)*
0. Não 1. Sim, antes da internação 2. Sim, na admissão/internação
87. Motivo da internação:
1. Internação por trabalho de parto
2. Internação para indução do trabalho de parto
3. Internação para cesárea eletiva sem trabalho de parto **(responda 88 e vá para 130)**
4. Internação como gestante, por complicação clínico-obstétrica
5. Outro motivo
88. Diagnóstico na internação: *(Permite mais de 1 opção)*
1. Trabalho de parto
2. Trabalho de parto prematuro/ameaça de trabalho de parto
3. Amniorrexe prematura (Ruptura das membranas ovulares /Bolsa rota)
4. Gestação múltipla (2 ou + fetos)
5. Gestação prolongada/pós-maturidade

6. Sofrimento fetal (agudo/crônico)- Crescimento restrito (CIUR)
7. Polidramnia / Oligodramnia
8. Descolamento prematuro da placenta / DPP
9. Hemorragia vaginal
10. Eclâmpsia /convulsão
11. Hipertensão na gestação (qualquer tipo)
12. Apresentação pélvica ou outra apresentação anômala (córmica/transversa)
13. Iteratividade (cesáreas anteriores)
14. Diabetes gestacional
15. Infecção pelo HIV
16. Óbito fetal
17. Sem diagnóstico clínico-obstétrico informado
18. Outro diagnóstico (**responda a 89**)
19. Intercorrência clínica (**vá para 90**)
89. Outro diagnóstico. Qual?\_
90. Intercorrência clínica. Qual? \_\_\_\_\_

91. Houve indicação de parto cesáreo no momento da admissão/internação:

0. Não 1. Sim (**vá para 130**)    |\_\_|

### 5. Assistência ao trabalho de parto

92. Data da admissão/internação no pré-parto: |\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|

93. Hora da admissão/internação no pré-parto (se não houver registro, marcar 00h00min):    |\_\_|\_|\_| h |\_\_|\_|\_| min

94. Trabalho de Parto:

1. Espontâneo (**vá para 96**)
2. Induzido sem sucesso (**responda a questão 95 e depois vá para 130**)
3. Induzido com sucesso
4. Não entrou em trabalho de parto (**vá para 130**)    |\_\_|

95. Medicamentos/método utilizados para indução do parto: (**ver folha de prescrição**)

1. Ocitocina 2. Misoprostol 3. Outras    |\_\_|

96. O acompanhante estava presente: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação |\_\_|

97. Prescrição de dieta no trabalho de parto: 0. Dieta zero 1. Dieta líquida 2. Outro tipo de dieta 9. Sem informação    |\_\_|

98. Prescrição de repouso no leito no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim |\_\_|

99. Prescrição de hidratação venosa no trabalho de parto: **0. Não 1. Sim (vá para 101)** |\_\_|
100. Colocação de acesso venoso no trabalho de parto: **0. Não 1. Sim** |\_\_|
101. Prescrição de antibióticos no trabalho de parto: **0. Não 1. Sim** |\_\_|
102. Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade:  
**0. Não 1. Sim** |\_\_|
103. Enteroclise/enema (lavagem intestinal) antes do parto: **0. Não 1. Sim** |\_\_|
104. Profissional que acompanhou o trabalho de parto: (*Permite mais de 1 opção*)  
**1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetrix 3. Enfermeiro (a)**  
**4. Parteira tradicional 5. Auxiliar/técnico de enfermagem 6. Estudante 7.**  
Outro **9. Sem informação** |\_\_| |\_\_|
105. Presença de partograma no prontuário: **0. Não (vá para 110) 1. Sim** |\_\_|
106. Registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma:  
**0. Não (vá para 108) 1. Sim** |\_\_|
107. Quantos? (centímetros) |\_\_| |\_\_| cm
108. Registro do número de toques no partograma:  
**0. Não (vá para 110) 1. Sim** |\_\_|
109. Quantos? |\_\_| |\_\_|
110. Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto:  
**0. Não (vá para 116) 1. Sim** |\_\_|
111. **Prescrição da ocitocina (anotar primeira prescrição antes do parto):**
112. Número de ampolas de 5UI/500 ml soro |\_\_| |\_\_|
113. Nº de gotas/mim |\_\_| |\_\_|
114. Velocidade de infusão ml/hora |\_\_| |\_\_|
115. Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina: |\_\_| |\_\_| cm
116. Prescrição de analgésicos durante o trabalho de parto: (*Permite mais de 1 opção*) \_\_\_\_
- 1. Não**
- 2. Sim, opióides (dolantina, meperidina ou petidina)**
- 3. Sim, outras (buscopam, dipirona, hioscina, outros)** |\_\_|
117. **Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor:**
118. Banho de chuveiro **0. Não 1. Sim** |\_\_|
119. Banho de banheira **0. Não 1. Sim** |\_\_|
120. Massagem **0. Não 1. Sim** |\_\_|

121. Bola **0.** Não **1.** Sim |\_\_|

121.1. Banquinho **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_\_|

122. Cavalinho **0.** Não **1.** Sim |\_\_|

123. Outros **0.** Não (**vá para 125**) **1.** Sim | \_ |

124. Qual: \_\_\_\_\_

125. Utilização de analgesia durante o trabalho de parto:

**0.** Não **1.** Peridural **2.** Raqui **3.** Peri+Raqui(combinado) **4.** Geral |\_\_\_\_|

126. Ruptura de membranas durante o trabalho de parto /parto:

**0.** Não, ruptura antes da internação (**vá para 129**)

**1.** Sim, ruptura espontânea

**2.** Sim, ruptura artificial (feita pelos profissionais)

**3.** Sim, sem informação do tipo de ruptura |\_\_\_\_|

127. Característica do líquido:

**1.** Líquido claro sem grumos

**2.** Líquido claro com grumos

**3.** Líquido com mecônio

**4.** Líquido sanguinolento

**5.** Líquido purulento/ fétido

**6.** Líquido sem especificação |\_\_\_\_|

128. Dilatação do colo do útero no momento da ruptura de membranas no partograma /prontuário: |\_\_||\_\_|,|\_\_|cm

129. Há registro no prontuário de: (*Permite mais de 1 opção*)

**1.** Sofrimento fetal durante o TP

**2.** Eliminação de mecônio espesso

**3.** Bradicardia fetal (BCF < 110)

**4.** Taquicardia fetal (BCF > 160)

**5.** Presença de DIP 2 (desaceleração na cardiotocografia)

**6.** Sem registro de alguma das alterações acima |\_\_\_\_|

## 6. Dados da Assistência ao Parto

130. Dia do parto: |\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|/|\_\_|\_|\_|

131. Hora do parto: |\_\_|\_|\_| horas |\_\_|\_|\_| min

132. O acompanhante estava presente no parto:

**0.** Não **1.** Sim **9.** Sem informação |\_\_\_\_|

133. Tipo de parto **1.** Vaginal (inclui fórceps) **2.** Cesáreo (**vá para 146**)

**(Em caso de gemelar, com parto normal e cesárea, preencher as questões relativas aos dois tipos de parto) |\_\_\_|**

**134.** Uso de fórceps/vácuo extrator: **0.** Não **1.** Fórceps **2.**Vácuo-extrator |\_\_\_|

**135.** Qual profissional assistiu o parto:

**1.** Médico (a) **2.** Enfermeiro (a) obstetra/obstetrix **3.** Enfermeiro (a) **4.**

Parteira tradicional **5.** Auxiliar/técnico de enfermagem **6.** Estudante **7.**outro

**9.** Sem informação |\_\_\_|

**136.** Posição da mulher no parto:

**1.** Litotomia (**deitada de costas**) **2.** Deitada de lado **3.** Sentada/reclinada

**4.** Na banheira **5.** De quatro **6.** De cócoras **7.** De pé **9.** Sem informação |\_\_\_|

**137.** Horário do registro de dilatação total: (**partograma ou prontuário**)

|\_\_\_|\_\_\_| h |\_\_\_|\_\_\_| min

**138.** Duração do período expulsivo registrado no prontuário:

|\_\_\_|\_\_\_| h |\_\_\_|\_\_\_| min

**139.** Realização de episiotomia: **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|

**140.** Ocorrência de laceração vaginal/perineal

**0.** Não **1.** 1º grau **2.** 2º grau **3.** 3º grau **4.** 4º.grau **5.** Sim, sem especificação |\_\_\_|

**141.** Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia ou cicatriz de episiotomia:

**0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|

**142.** Realização de manobra de Kristeller: **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|

**143.** Alguma complicação no parto e/ou pós-parto imediato: (*Permite mais de 1 opção*)

**0.** Não **1.** Distócia de ombro **2.** Prolapso de cordão **3.** Ruptura uterina

**4.**Período expulsivo prolongado **5.** Atonia uterina **6.** Placenta retida

**7.** Outros (**responda a 144**)

|\_\_\_| |\_\_\_|

|\_\_\_| |\_\_\_|

|\_\_\_| |\_\_\_|

**144.** Qual? \_\_\_\_\_

**145.** Utilização de anestesia:

**0.** Não **1.** Peridural **2.** Raquidiana **3.** Peri+Raqui (**combinado**)

**4.** Geral **5.** Local **6.** Locorregional/nervo pudendo **9.** Sem informação

**(Se parto vaginal não preencher o bloco 7 - vá para o bloco “Dados**



sobre Near Miss Materno”, questão 156 |\_\_\_\_|

### 7. Indicação da cesariana

146. Informações do obstetra:

**(Ver folha ou relato da cirurgia. Registrar na mesma ordem da folha de descrição cirúrgica)**

147. 1ª Informação do obstetra:

1. Cesariana anterior/Iteratividade
2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
3. Parada de Progressão
4. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)
5. Placenta prévia
6. Sofrimento fetal/CIUR
7. Infecção pelo HIV
8. Apresentação pélvica (sentado)
9. Apresentação córmica (atravessado)
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia
12. Eclâmpsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/ Gravidez prolongada
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Outra (**responda a 148**) |\_\_\_\_|

148. Outra. Qual?\_

149. 2ª Informação do obstetra:

1. Cesariana anterior/Iteratividade
2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
3. Parada de Progressão

4. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)
5. Placenta prévia
6. Sofrimento fetal/CIUR
7. Infecção pelo HIV
8. Apresentação pélvica (sentado) |\_\_\_|
9. Apresentação córmica (atravessado)
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
12. Eclampsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Mal formação
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Outra (**responda a 150**)
150. Outra. Qual? \_
151. 3ª Informação do obstetra:
  1. Cesariana anterior/Iteratividade
  2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
  3. Parada de Progressão
  4. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)
  5. Placenta prévia
  6. Sofrimento fetal/CIUR
  7. Infecção pelo HIV
  8. Apresentação pélvica (sentado)
  9. Apresentação córmica (atravessado)

10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
12. Eclampsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
20. Falha de indução
21. Mal formação
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Outra (**responda a 152**)
152. Outra. Qual?\_
153. 4ª Informação do obstetra:
  1. Cesariana anterior/Iteratividade
  2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
  3. Parada de Progressão
  4. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)
  5. Placenta prévia
  6. Sofrimento fetal/CIUR
  7. Infecção pelo HIV
  8. Apresentação pélvica (sentado)
  9. Apresentação córmica (atravessado)
  10. Laqueadura tubária
  11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
  12. Eclampsia
  13. Síndrome HELLP
  14. Diabetes
  15. Oligodramnia
  16. Gemelaridade

- 17. Prematuridade
- 18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
- 19. Macrossomia
- 20. Falha de indução
- 21. Mal formação
- 22. Óbito fetal
- 23. Amniorrexe prematura
- 24. Intercorrências clínicas
- 25. Sem informação no prontuário
- 26. Outra (**responda a 154**)

154. Outra. Qual? \_\_\_\_\_

155. Tipo de anestesia:

1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui (**combinado**) 4. Geral

## 8. Dados sobre Near Miss Materno

**156. Apresentou alguma das seguintes alterações clínicas, em algum momento da internação:**

- 157. Cianose aguda 0. Não 1. Sim | |
- 158. Respiração agônica (gasping) 0. Não 1. Sim |  |
- 159. Frequência respiratória (FR) > 40 ou < 6 ipm 0. Não 1. Sim |  |
- 160. Choque 0. Não 1. Sim |  |
- 161. Oligúria não responsiva à hidratação e medicamentos 0. Não 1. Sim |  |
- 162. Distúrbio de coagulação 0. Não 1. Sim |  |
- 163. Icterícia na presença de pré-eclâmpsia 0. Não 1. Sim |  |
- 164. Convulsões reentrantes/paralisia total 0. Não 1. Sim |  |
- 165. AVC 0. Não 1. Sim |  |
- 166. Perda da consciência maior que 12 horas 0. Não 1. Sim |  |
- 167. Perda da consciência associada a ausência de pulso 0. Não 1. Sim |  |

**168. Apresentou alguma das seguintes alterações laboratoriais, em algum momento da internação:**

- 169. Saturação de O<sub>2</sub> < 90% por mais de 60 minutos  
0. Não 1. Sim |  |
- 170. PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 200 mmHg 0. Não 1. Sim |  |
- 171. Creatinina ≥ 3,5 mg/dl 0. Não 1. Sim |  |
- 172. Bilirrubina > 6 mg/dl 0. Não 1. Sim |  |

173. pH < 7,1 0. Não 1. Sim |\_\_|

174. Lactato/ Ácido láctico > 5 0. Não 1. Sim |\_\_|

175. Trombocitopenia aguda (plaquetas < 50.000) 0. Não 1. Sim |\_\_|

176. Perda de consciência associada à presença de glicose e cetoácidos na urina

0. Não 1. Sim |\_\_|

**177. Realizou algum dos seguintes tratamentos, em algum momento da internação:**

178. Uso contínuo de drogas vasoativas (dopamina, dobutamina, adrenalina)

0. Não 1. Sim |\_\_|

179. Histerectomia pós infecção ou hemorragia 0. Não 1. Sim |\_\_|

180. Transfusão ≥ 5 unidades de hemácias 0. Não 1. Sim |\_\_|

181. Diálise por insuficiência renal aguda 0. Não 1. Sim |\_\_|

182. Intubação e ventilação mecânica ≥ 60 minutos não relacionada à anestesia

0. Não 1. Sim |\_\_|

183. Ressuscitação cardiopulmonar 0. Não 1. Sim |\_\_|

**Atenção entrevistador! No caso de gemelar, preencher uma ficha para cada recém-nascido. No caso de natimorto responder só as questões 186, 187, 259, 261, 263 e 265.**

**9. Dados do recém-nato – 1ª parte**

184. Nº do prontuário do recém-nato: (completar com 8 caso não tenha sido internado) |\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_|

185. Número da Declaração de Nascido Vivo: (completar com 9 caso não tenha a DN no prontuário) |\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_|

186. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino 3. Indefinido |\_\_|\_|

187. Peso ao nascer (em gramas): |\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_|g

188. Idade gestacional pela DUM:

189. |\_\_|\_|\_\_|\_|semanas

190. |\_\_|\_|\_\_|\_|dias

191. Idade gestacional pela USG:

192. |\_\_|\_|\_\_|\_|semanas

193. |\_\_|\_|dias

194. Idade gestacional pelo Capurro:

195. |\_\_|\_|\_\_|\_|semanas

196. |\_\_|\_|dias

197. Idade gestacional pelo New Ballard: **198.** |\_\_|\_|semanas

199. |\_\_|dias

**200. Se parto cesariano, informar as indicações constante na folha ou prontuário do RN:**

**201.** 1ª informação:

1. Cesariana anterior/Iteratividade
2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
3. Parada de Progressão
4. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP)
5. Placenta prévia
6. Sofrimento fetal / CIUR
7. Infecção pelo HIV
8. Apresentação pélvica
9. Apresentação córmica
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia
12. Eclâmpsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Mal formação
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrência clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Não se aplica – parto vaginal
27. Outra (**responda a 202**) |\_\_|

**202.** Qual? \_\_\_\_\_

**203.** 2ª informação:

1. Cesariana anterior/Iteratividade
2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
3. Parada de Progressão
4. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP)
5. Placenta prévia
6. Sofrimento fetal / CIUR
7. Infecção pelo HIV
8. Apresentação pélvica
9. Apresentação córmica
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
12. Eclampsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Malformação
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Não se aplica – parto vaginal
27. Outra (**responda a 204**)
204. Qual?\_
205. 3ª informação:
  1. Cesariana anterior/Iteratividade
  2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
  3. Parada de Progressão
  4. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP)
  5. Placenta prévia

6. Sofrimento fetal / CIUR
7. Infecção pelo HIV
8. Apresentação pélvica
9. Apresentação córmica
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
12. Eclampsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Malformação
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Não se aplica – parto vaginal
27. Outra (**responda a 206**)

206. Qual? \_\_\_\_\_

207. 4ª informação:

1. Cesariana anterior/Iteratividade
2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
3. Parada de Progressão
4. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP)
5. Placenta prévia
6. Sofrimento fetal / CIUR
7. Infecção pelo HIV
8. Apresentação pélvica
9. Apresentação córmica



10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
12. Eclampsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Malformação
22. Óbito fetal
23. Aminorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Não se aplica – parto vaginal
27. Outra (**responda a 208**) |\_\_\_|
208. Qual? \_
209. Apgar no 1o. Minuto |\_\_\_|\_\_\_|
210. Apgar no 5o. Minuto |\_\_\_|\_\_\_|

**10. Dados do recém-nato – 2ª parte**

**211. Manobras de reanimação na sala de parto**

212. O2 inalatório **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
213. Ventilação com ambú + máscara **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
214. Entubação oro-traqueal **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
215. Massagem cardíaca **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
216. Drogas **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
217. Outros **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
218. Qual? \_\_\_\_\_

**219. Outros procedimentos realizados na primeira hora após o nascimento:**

220. Aspiração de vias aéreas superiores **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
221. Aspiração gástrica **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|

222. Vitamina K (Kanakion) **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
223. Credé (colírio de nitrato de prata) **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
224. Vacina contra hepatite B **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
225. Foi para incubadora **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
226. O bebê foi internado? **0.** Não (**vá para 256**) **1.** Sim |\_\_\_|
- 227. Utilização de oxigênio após o nascimento:**
228. Hood ou circulante **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
229. CPAP **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
230. Ventilação mecânica **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
231. Com 28 dias de vida estava em oxigenioterapia (qualquer tipo):  
**0.** Não **1.** Sim **8.** Não estava mais internado |\_\_\_|
232. Se bebê nasceu prematuro, com 36 semanas de idade gestacional corrigida ainda estava em oxigenioterapia (de qualquer tipo).
1. RN nasceu a termo
  2. Não |\_\_\_|
  3. Ainda não atingiu 36 semanas
  4. Sim
  5. Não estava mais internado
233. Indicação de internação em UTI neonatal: **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
234. Internação em UTI neonatal: **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
235. Utilização de surfactante: **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
236. Hipoglicemia (glicemia menor do que 40) nas primeiras 48h de nascido:  
**0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
237. Uso de antibiótico
1. Não usou
  2. Início até 48h de vida (Sepse precoce)
  3. Início após 48h de vida (Sepse tardia) |\_\_\_|
238. Fototerapia nas primeiras 72h de vida: **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
239. Nível máximo de bilirrubina nas primeiras 72h de vida: |\_\_\_||\_\_\_|,|\_\_\_|  
 mg/dl  
 2 dígitos e 1 casa decimal
240. Apresentou malformação congênita? **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
- 241. Outros diagnósticos durante a internação:**
242. Taquipnéia transitória **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|

243. Doença da membrana hialina **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
244. Síndrome de aspiração meconial **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
245. Hipertensão pulmonar **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
246. Convulsão **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
247. Enterocolite necrotizante **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
248. Toxoplasmose **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
249. Rubéola congênita **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
250. Herpes **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
251. Citomegalovírus **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
252. Sífilis congênita **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
253. Criança exposta ao HIV **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
254. Outros **0.** Não **1.** Sim |\_\_\_|
255. Qual ? \_\_\_\_\_
256. Uso de aleitamento materno exclusivo: **0.** Não **1.** Sim (**vá para 258**) |\_\_\_|
257. Outros alimentos que recebeu durante a internação (*Permite mais de 1 opção*)
1. Água
  2. Soro glicosado/ Glicose via oral (chuca com açúcar)
  3. Leite humano ordenhado
  4. Leite artificial
  5. Nutrição Parenteral (NPT)
258. Tipo de saída do hospital onde ocorreu o nascimento:
- 0.** Continua internado aos 28 dias de vida (**vá para 264**)
- 1.** Alta **2.** Óbito **3.** Transferência para outro hospital (**vá para questão 260**)|\_\_\_|
259. Data da saída: (**Se óbito, vá para 261; se alta, vá para 264**)
- |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|
260. Hospital para onde foi transferido (nome, cidade, estado)\_\_\_\_\_
- 260.1 Motivo da transferência: \_\_\_\_\_
- 260.2 Data da transferência: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|
- 260.3 Tipo de saída do hospital para onde foi transferido:
- 0.** Continua internado aos 28 dias de vida (**vá para 264**)
- 1.** Alta **2.** Óbito |\_\_\_|
- 260.4 Data da saída do hospital para onde foi transferido: (**se alta vá para a questão 264**) |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|
261. Causas de óbito registradas no prontuário: (*Permite mais de 1 opção*)

1. Prematuridade extrema (< 1000g)

2. Infecção

3. Sífilis congênita

4. Malformação congênita

5. Problemas respiratórios (DMH, pneumotórax, aspiração de mecônio, pneumonia, hipertensão pulmonar

6. Outros (**responda a 262**)

**262.** Qual? \_\_\_\_\_

**263.** Número da declaração de óbito

**264.** Peso do bebê na alta hospitalar, óbito ou aos 28 dias de nascido, se ainda internado (em gramas) g

**265.** Observações:

---

## ANEXOS

### ANEXO A: CAAE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE - 0246.0.203.000-11

Interessado(a): **Profa. Edna Maria Rezende**  
Depto. Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem - UFMG

#### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 13 de julho de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



**Prof. Maria Teresa Marques Amaral**  
Coordenadora do COEP-UFMG