



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

**RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS DE PRIMÍPARAS:
COMPARAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
COLABORATIVO E TRADICIONAL DE MATERNIDADES DO SUS EM BELO
HORIZONTE**

Sibylle Emilie Vogt

**Rio de Janeiro
Março de 2014**



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

**RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS DE PRIMÍPARAS:
COMPARAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
COLABORATIVO E TRADICIONAL DE MATERNIDADES DO SUS EM BELO
HORIZONTE**

Sibylle Emilie Vogt

**Rio de Janeiro
Março de 2014**



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

**RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS DE PRIMÍPARAS:
COMPARAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
COLABORATIVO E TRADICIONAL DE MATERNIDADES DO SUS EM BELO
HORIZONTE**

Sibylle Emilie Vogt

Tese apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências

**Orientador: Kátia Silveira da Silva
Co-orientador: Marcos Augusto Bastos Dias**

**Rio de Janeiro
Março de 2014**

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

V886r Vogt, Sibylle Emilie.

Resultados maternos e neonatais de primíparas: comparação do modelo de assistência obstétrica colaborativo e tradicional de maternidades do SUS em Belo Horizonte. / Sibylle Emilie Vogt. - Rio de Janeiro, 2014.

238f.: il.

Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2014.

Orientadora: Kátia Silveira da Silva
Coorientador: Marcos Augusto bastos Dias

Bibliografia: f. 100-124

1. Equipe de Assistência ao Paciente. 2. Enfermagem Obstétrica. 3. Tocologia.
4. Assistência Perinatal. 5. Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde).
6. Serviços de Saúde Materno-Infantil

CDD 22.ed. 362.17098151

Dedico este trabalho a todas as mulheres progenitoras e poderosas, seres dotados de força intuitiva para fazer acontecer o maior milagre deste mundo, que é o nascimento. Elas e seus bebês são parte importante da minha vida e espero contribuir com este trabalho para que possam viver esse momento sublime, rodeadas de profissionais que as acolham, respeitem e deem carinho.

Agradecimentos

- ❖ a meus filhos e a meus amigos, em especial a Nágela, minha amiga do peito, pelo carinho e a paciência em me ouvir e tentar, inúmeras vezes, levantar meu astral e dar-me força para concluir minha tarefa.

- ❖ às minhas colegas, enfermeiras obstetras, as quais se empenham na luta contra os maiores obstáculos que afetam nossa caminhada: o preconceito e o corporativismo. Que elas nunca desistam, por mais fácil que seja essa opção...

- ❖ aos meus colegas médicos obstetras por investir no trabalho colaborativo para que as mulheres possam desfrutar dos benefícios trazidos por cada uma das categorias profissionais e parir num ambiente seguro e harmonioso.

- ❖ ao Dr. Ivo, diretor do Hospital Sofia Feldman, quem, com uma cabeça de gestor anos luz à frente de todo mundo, acredita na enfermagem obstétrica e me ensinou muita coisa, sobretudo que vale a pena lutar pelo Sistema Único de Saúde.

- ❖ a todos pagadores honestos de impostos, pois, através da aplicação desse recurso financeiro a Universidade Estadual de Montes Claros pude possibilitar a minha formação.

- ❖ a todos que já foram meus professores, e neste momento, especialmente, Kátia Silveira da Silva, Marcos Augusto Bastos Dias e Saint Clair Gomes Junior, por me ensinarem e auxiliarem a trilhar um caminho acadêmico.

- ❖ por último ao, à vida, que nunca deixou faltar oportunidades para mim crescer.

LISTA DE SIGLAS

MC - Modelo colaborativo

MT - Modelo tradicional

EO- Enfermeira obstétrica

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança

MS - Ministério da saúde

CPN - Centro de Parto Normal

OMS - Organização Mundial da Saúde

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

ACNM - American College of Nurse-Midwives

SUS - Sistema Único de Saúde

ANS - Agência Nacional da Saúde Suplementar

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

OR – ODDs Ratio

IC – Intervalo de Confiança

PVE – Parto Vaginal Espontâneo

RAM – Ruptura Artificial de Membranas

RESUMO

No Brasil, predomina a assistência obstétrica centrada no médico especialista em obstetrícia e uma excessiva medicalização do trabalho de parto e do parto. O modelo colaborativo (MC) na assistência obstétrica significa a integração da obstetrix ou enfermeira obstétrica e do médico obstetra na equipe de assistência ao trabalho de parto e parto.

Objetivo: Estudar modelos assistenciais, que incorporam a atuação da enfermeira obstétrica para a assistência ao trabalho de parto e parto, e sua associação com intervenções no trabalho de parto e parto e resultados maternos e neonatais.

Métodos: Desenho do estudo foi transversal. População do estudo foi mulheres atendidas em hospitais do Município de Belo Horizonte, vinculados ao SUS, que apresentam o modelo colaborativo (equipe composta por médico obstetra e enfermeira obstétrica), modelo tradicional (equipe composto somente por médico obstetra) e um Centro de Parto Normal perihospitalar. O primeiro artigo analisa, por meio de regressão logística multivariada, a associação entre o modelo assistencial e intervenções utilizadas na condução do trabalho de parto. O segundo artigo analisa a associação entre o modelo e o parto vaginal espontâneo conforme um modelo hierarquizado. O terceiro artigo descreve e compara as intervenções, tipo de parto e resultados neonatais entre dois hospitais, que representam o modelo colaborativo e o modelo tradicional, e o Centro de Parto Normal.

Resultados: Houve menor utilização da ocitocina, da amniotomia e da episiotomia e maior utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor nos modelos com incorporação da enfermeira obstétrica, sendo as proporções menores no CPN. A associação entre o MC e a redução no uso da ocitocina, da ruptura artificial das membranas e da episiotomia, e do parto vaginal espontâneo se manteve após o ajuste para fatores de confundimento. O modelo assistencial não esteve associado a complicações neonatais ou maternas e à utilização de analgesia de condução

Conclusão: Os resultados sugerem que modelos assistenciais com incorporação da enfermeira obstétrica poderão reduzir as intervenções na assistência ao trabalho de parto e parto com resultados perinatais semelhantes, bem como aumentar a proporção do parto vaginal espontâneo, inclusive para mulheres com complicações clínico-obstétricas, indução de parto ou analgesia medicamentosa. O MC é factível no contexto brasileiro e pode constituir uma ferramenta nos esforços para transformação do modelo assistencial.

PALAVRAS CHAVE: Equipe Interdisciplinar de Saúde. Enfermagem Obstétrica. Tocologia. Assistência Perinatal. Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde). Serviços de Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

In Brazil predominates, even for women of normal risk, physician- centered care and an excessive medicalization of childbirth care. The collaborative model (CM) in the obstetric care means midwife or nurse-midwife and obstetrician working together in the team which takes care for women in labor and delivery.

Objective: To study care models, with and without incorporating the midwife role for care during labour and delivery, and their association with interventions in childbirth and with maternal and neonatal results.

Methods: The study was transversal. The study population were women attended in hospitals from Belo Horizonte, linked to the national public health system (SUS), that represent the collaborative model (team with obstetrician and midwife), traditional model (team composed only by obstetrician) and a alongside birth centre. The first article analyses, by multivariate logistic regression, the association between the care model and the interventions used in labour. The second article analyses the association between the model and the spontaneous vaginal delivery according to a hierarchical model. The third article describes and compares the interventions, birth type and neonatal results between hospitals, those represent the collaborative and traditional models, and the birth center care model.

Results: There was less use of oxytocin, of amniotomy and episiotomy and more use of non-pharmacological methods to relieve the pain in models incorporating midwives, being the smaller proportions in the birth center. The association between the CM and the reduction of oxytocin use, amniotomy and episiotomy and the increase of the spontaneous vaginal delivery were kept after the adjustment for confounding factors. The care model was not associated to neonatal complications and use of conduction analgesia.

Conclusion: The result suggest that care models incorporating the midwife can reduce interventions in the labour and delivery care with perinatal similar results, as well as increase the rate of spontaneous vaginal delivery, including women with obstetric-clinic complications, birth induction or pharmacological analgesia. The MC is feasible in the Brazilian context and can be a tool in efforts to change the health care model.

KEYWORDS: Patient Care Team. Obstetrical Nursing. Midwifery. Perinatal Care. Outcome Assessment (Health Care). Maternal-Child Health Services.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....	14
1.1 MARCO TEÓRICO: O MC na Assistência ao Parto.....	20
1.1.1 Uma sucinta abordagem histórica.....	20
1.1.2 O Modelo Colaborativo – de que estamos falando.....	26
1.1.3 A construção do Modelo Colaborativo – Fatores facilitadores e barreiras.....	35
1.1.4 O potencial do modelo colaborativo na redução das intervenções no parto.....	44
1.1.5 O MC no Brasil – uma realidade possível?.....	54
1.2 Detalhamento Metodológico.....	65
1.2.1 Contexto municipal.....	65
1.2.2 Delineamento dos Estudos.....	68
1.2.3 Detalhamento metodológico do 1º e 2º artigos.....	69
1.2.3.1 Local do Estudo.....	69
1.2.3.2 População.....	75
1.2.3.3 Amostra.....	77
1.2.3.4 Coleta dos Dados.....	78
1.2.3.5 Validação.....	79
1.2.3.6 Variáveis.....	81
1.2.3.7 Análise estatística.....	86
1.2.3.8 Considerações Éticas.....	93
1.2.4 Detalhamento metodológico do 3º artigo.....	93

1.2.4.1 Local do estudo.....	93
1.2.4.2 População.....	95
1.2.4.3 Amostra.....	96
1.2.4.4 Coleta.....	96
1.2.4.5 Validação.....	97
1.2.4.6 Variáveis.....	97
1.2.4.7 Análise.....	98
1.2.4.8 Considerações éticas.....	99
1.3 Referências.....	100
CAPÍTULO 2 – ARTIGOS.....	117
2.1 Primeiro artigo.....	117
2.2 Segundo artigo.....	142
2.3 Terceiro artigo.....	172
CAPÍTULO 3 – CONCLUSÃO.....	200
APÊNDICES.....	205
Apêndice 1 – Instrumento para coleta de dados - prontuário.....	205
Apêndice 2 – Instrumento para coleta de dados – entrevista.....	210
Apêndice 3 – TCLE para parturiente > 18 anos.....	221
Apêndice 4 – TCLE para parturiente < 18 anos.....	222
Apêndice 5 - Aceite da Revista de Saúde Pública do artigo intitulado <i>Comparação de dois modelos de assistência ao parto em hospitais do SUS em Belo Horizonte</i>	223
ANEXOS.....	225
ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa.....	225
ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar de Minas Gerais.....	226

ANEXO 3 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman.....	227
ANEXO 4 - Normas para publicação do primeiro artigo aceito pela <i>Revista de Saúde Pública</i>.....	228
ANEXO 5 - Normas para publicação do segundo artigo a ser publicada na <i>Revista Midwifery</i>.....	232

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

CAPÍTULO 1

QUADRO 1	
Divisão das Competências.....	73

QUADRO 2	
Classificação de parto cesáreo segundo as categorias de Robson.....	76

QUADRO 3	
Distribuição dos prontuários/entrevistas entre os 4 hospitais participantes da pesquisa.....	79

TABELA 1	
Comparação das perdas em relação ao banco.....	80

FIGURA 1	
Modelo teórico da associação do Modelo assistencial com 5 intervenções no trabalho de parto.....	88

FIGURA 2	
Modelo teórico da associação do Modelo assistencial com resultados neonatais.....	89

FIGURA 3	
Modelo hierarquizado dos fatores associados ao parto vaginal espontâneo.....	92

CAPÍTULO 2

2.1 PRIMEIRO ARTIGO

TABELA 1	
Aspectos sócio-demográficos de primíparas atendidas segundo o modelo assistencial: Modelo Colaborativo (MC) e Modelo Tradicional (MT). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2011.....	133

TABELA 2	
Aspectos clínicos-obstétricos de primíparas atendidas segundo o modelo assistencial: Modelo Colaborativo (MC) e Modelo Tradicional (MT). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2011.....	134

TABELA 3

Intervenções utilizadas no trabalho de parto de primíparas segundo o modelo assistencial: Modelo Colaborativo (MC) e Modelo Tradicional (MT). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2011.....135

TABELA 4

ODDS RATIO (OR) ajustada das intervenções utilizadas na assistência ao trabalho de parto em primíparas, segundo características sócio-econômicas e clínicas e o modelo assistencial, Belo Horizonte, 2011.....136

TABELA 5

ODDS RATIO (OR) de resultados neonatais, ajustada para a idade gestacional e peso ao nascer, em primíparas, Belo Horizonte, 2011.....137

2.2 SEGUNDO ARTIGO

TABELA 1

Prevalência e ODDS RATIO (OR) bruto e ajustado intra-nível do Parto Vaginal Espontâneo segundo variáveis, sociodemográficas, reprodutivas e relacionadas à prática assistencial. Belo Horizonte, 2011.....162-164

TABELA 2

ODDS RATIO (OR) ajustados em níveis hierarquizados para o Parto Vaginal Espontâneo segundo variáveis sócio-demográficas, reprodutivas e relacionadas à prática assistencial. Belo Horizonte, 2011.....165

FIGURA 1

Modelo hierarquizado dos fatores associados ao parto vaginal espontâneo.166

QUADRO 1

Divisão das Competências.....167

2.3 TERCEIRO ARTIGO

TABELA 1

Aspectos sócio-demográficos e obstétricos das mulheres assistidas segundo o modelo assistencial: Centro de Parto Normal (CPN), Hospital Galba (HG) e Hospital Prevalente (HP). Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006.....191

TABELA 2

Intervenções realizadas na assistência ao trabalho de parto e parto segundo o modelo assistencial: Centro de Parto Normal (CPN), Hospital Galba (HG) e Hospital Prevalente (HP). Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006.....192

TABELA 3

Comparação das intervenções realizadas na assistência ao parto e trabalho de parto no Centro de Parto Normal (CPN) e no Hospital Prevalente (HP). Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006.....193

TABELA 4

Comparação das intervenções realizadas na assistência ao parto e trabalho de parto no Centro de Parto Normal (CPN) e Hospital Galba (HG). Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006.....194

TABELA 5

Comparação das intervenções realizadas na assistência ao parto e trabalho de parto no Hospital Galba (HG) e Hospital Prevalente (HP). Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006.....195

CAPITULO 1

1 INTRODUÇÃO

A assistência obstétrica articulada no modelo colaborativo (MC) significa a integração, na equipe de assistência ao trabalho de parto e parto, do médico obstetra e do profissional não-médico qualificado. No caso do Brasil, da enfermeira obstétrica (EO) e, ainda de forma mais pontual, da obstetrix com atuação autônoma, nos casos que competem a estas profissionais.¹ Tendo em vista a diversidade na formação destas profissionais nos diferentes países e a predominância da enfermeira obstétrica no Brasil para a assistência ao trabalho de parto, o presente estudo utiliza o termo “enfermeira obstétrica” ou “EO” quando se refere ao profissional não-médico, habilitado para a assistência obstétrica no contexto brasileiro.

Para além da incorporação da EO à equipe hospitalar, o MC traz consigo premissas de atuação complementar na assistência, respeito mútuo às competências e autonomia de cada profissão, reconhecimento da interdependência do trabalho de ambos, responsabilidades compartilhadas, oportunidades de participação e diálogo permanente. Ao trazer para a prática assistencial os campos de saber de cada profissão, os benefícios desse modelo se devem à presença da EO/obstetrix, com seu enfoque nos aspectos fisiológicos e emocionais da parturição, concomitante com a possibilidade de intervenção e atendimento dos casos de risco pelo médico especialista em obstetrícia.¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a “enfermeira-parteira” o profissional mais adequado para a assistência às mulheres com gestação de risco habitual.² Os benefícios da assistência dessa profissional à gestação, ao trabalho de parto e parto, em espaços fora das instituições hospitalares como Centros de Parto Normal (CPN), incluem baixas frequências de intervenção com resultados perinatais favoráveis, maior satisfação das mulheres com a assistência e menores custos para o sistema de saúde.^{3,4,5,6,7}

Segundo Högberg⁸, o investimento na formação e inserção da enfermeira obstétrica ou obstetritz poderia ser uma ferramenta importante para os países em desenvolvimento, na luta contra a morbimortalidade neonatal e materna. A redução de intervenções e o aumento do parto vaginal no MC encontrados nos poucos estudos existentes sobre esse modelo^{9,10,11,12,13} apontam para a possibilidade de que, também no contexto brasileiro, a sua constituição efetiva possa representar uma força transformadora no modelo de assistência hospitalar.

Do ponto de vista gerencial, o MC visa o alcance de um mix de diferentes tipos de profissionais para adaptar seus atributos- como conhecimento, habilidades, atitudes - e seus papéis ao contexto assistencial, garantindo a exploração do potencial pleno de cada tipo de profissional.¹⁴ Revisão sistemática a respeito da assistência de enfermeiros com qualificação avançada (Advanced Nurse-practioner), de várias áreas da saúde, incluindo enfermeiras obstétricas atuando no MC, mostrou que esses profissionais apresentam um potencial importante para melhorar o acesso e a qualidade da assistência, no contexto norte-americano e, ainda, que o MC permite que o cuidado tenha maior custo-efetividade.¹⁵

O MC está em curso na maioria dos países europeus, Austrália, Nova Zelândia, Japão e Canadá, mas varia em extensão e natureza.^{16,17,18,19} Ele se refere tanto ao trabalho em conjunto das duas profissões no mesmo espaço físico nas maternidades, como pode significar também uma integração dos dois profissionais em atuação complementar, integrando os diferentes níveis de atenção como ocorre na Holanda e na Nova Zelândia. Nesses países, a organização do sistema de saúde prevê a atenção ao parto de risco habitual na atenção primária (ocorrendo em domicílio ou em Centro de Parto Normal). Em situações específicas, que demandam atenção mais complexa, a parturiente é transferida para a atenção hospitalar. Embora fisicamente separado, este sistema de atenção obstétrica inclui a colaboração das categorias profissionais responsáveis para a assistência em cada nível.

Diferente dos países com a integração das duas categorias no sistema de saúde consolidada, a assistência obstétrica no Brasil, mesmo para as gestantes de risco habitual, é centrada no profissional médico, especialista em obstetrícia e ocorre, na sua grande maioria, no hospital.

Apesar do acesso quase universal à assistência ao pré-natal e ao parto hospitalar, não se observou nos últimos anos uma redução significativa na mortalidade materna, que estava em torno de 64 mortes por 100.000 nascidos vivos (2011), e na mortalidade perinatal, que estagnou por volta de 14 óbitos por 1000 nascimentos na Região Sul.²⁰ A proporção dos nascimentos por cesariana alcançou 53% em 2011.²⁰ Os dados publicados em 2009, da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), mostraram aumento relevante dos nascimentos cirúrgicos na área rural e proporções de 80% nos serviços privados.²¹ Estudos nacionais ainda apontam uma “epidemia da

prematuridade tardia” concomitante ao aumento da interrupção eletiva da gravidez.^{22,23,24}

A assistência obstétrica brasileira atual é questionada por diversos setores da sociedade, como o civil e o acadêmico, e a necessidade de mudança instiga a procura por modos de organização da assistência alternativos e inovadores. Nesse sentido, a política de humanização do parto iniciou-se a partir de 2001^{25,26} e foi incorporada e destacada no programa “Rede Cegonha” do atual governo, em 2011. Entre outras ações, este programa visa modificar o modelo assistencial tecnicista hegemônico.²⁷

Reconhecendo os benefícios da assistência prestada por EO, o Ministério da Saúde (MS) incentiva a formação e atuação desta profissional na equipe hospitalar, bem como instituiu os Centros de Parto Normal (CPN), onde a assistência à mulher de risco habitual é prestada somente por enfermeira obstétrica.^{25,28} Esta estratégia pode ser considerada um primeiro passo para a constituição de um MC na organização da assistência no país, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para países com atenção obstétrica centrada na atuação do médico e no hospital, com altas proporções de cesariana e excesso de intervenções na assistência ao trabalho de parto e parto, bem como níveis elevados de mortalidade materna e perinatal, estudos que exploram os resultados de outros modelos de assistência como o MC e o CPN têm importância inegável.

O objetivo geral desta pesquisa consistiu na comparação de modelos assistenciais ao trabalho de parto e parto no SUS, no município de Belo Horizonte. Os objetivos específicos são: (a) comparar as intervenções empregadas durante a assistência ao trabalho de parto e parto de primíparas

no modelo colaborativo e no modelo tradicional; (b) comparar a prevalência do parto vaginal espontâneo entre as primíparas dos grupos 1, 2 e 10 de Robson, em ambos os modelos de atenção; (c) analisar a associação do modelo colaborativo e os resultados neonatais das primíparas dos grupos 1, 2 e 10 de Robson; (d) analisar a associação do modelo colaborativo e as intervenções utilizadas na assistência ao parto no caso de primíparas dos grupos 1, 2 e 10 de Robson e (e) analisar a associação do modelo colaborativo e o parto vaginal espontâneo para as primíparas dos grupos 1, 2 e 10 de Robson; (f) comparar a assistência prestada em CPN, no MT e no MC.

A hipótese deste estudo é que o MC e a assistência em CPN possa reduzir as intervenções empregadas e aumentar o número de partos vaginais espontâneos, sem prejudicar o recém-nascido ou a mãe.

Esta tese está dividida em três capítulos. O primeiro capítulo traz, além da introdução, reflexões sobre o MC, seus resultados e o papel da enfermeira obstétrica/obstetriz no MC, bem como a situação no contexto brasileiro. O segundo capítulo contém três artigos: dois artigos produzidos com o banco de dados da pesquisa realizada para a tese e um artigo, produzido a partir de outro banco de dados, que compara três modelos de atenção: o modelo tradicional, o modelo colaborativo e o modelo praticado em CPN.

O primeiro artigo, intitulado *Comparação de dois modelos de assistência ao parto em hospitais do SUS em Belo Horizonte*, compara as intervenções no modelo tradicional – MT, centrado somente no profissional médico como único provedor da assistência e no modelo colaborativo - MC, no qual há incorporação e participação importante da EO. Além disso, investiga, ainda, a associação de cinco intervenções selecionadas e dos resultados neonatais

com o modelo assistencial. O artigo foi aceito para publicação pela *Revista de Saúde Pública*, em dezembro de 2013.

O segundo artigo, intitulado *A associação entre o parto vaginal espontâneo e o modelo assistencial colaborativo em hospitais públicos no Brasil: uma análise hierarquizada*, analisa a associação entre o modelo de assistência e o parto vaginal espontâneo. Este artigo ainda não foi submetido na sua última versão. Sua submissão no *Journal Midwifery* é prevista depois da apreciação pela banca. .

O terceiro artigo, intitulado *Características da assistência ao trabalho de parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*, foi produzido durante o período do doutorado e apresentado como pré-requisito na qualificação. Ele faz parte de um estudo maior desenvolvido pelo *Grupo de Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil, Gênero, Direitos e Evidências*, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com apoio financeiro do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Embora seus resultados sejam baseados em outro banco de dados, ele também investiga a relação entre modelos assistenciais e as práticas de atenção ao parto. Este artigo compara a assistência entre três modelos assistenciais, dos quais dois também são objetos de investigação da pesquisa da tese: (1) um hospital denominado *Hospital Prevalente*, que opera no MT, e está entre as instituições que compuseram o grupo controle da pesquisa da tese; (2) um hospital denominado *Hospital Galba*, que opera com MC e que representou esse modelo na pesquisa da tese; (3) um Centro de Parto Normal, que é adjacente ao *Hospital Galba*. O artigo foi publicado nos *Cadernos de Saúde Pública* (volume 27, número 9, página 1789-1800, 2011).

1.1 Marco Teórico - O MC na Assistência ao Parto

1.1.1 Uma sucinta abordagem histórica

O trabalho em conjunto entre o profissional médico e o não médico em obstetrícia, e também os conflitos, que emergiram desde então, é tão antigo quanto a própria história da obstetrícia médica.²⁹ Os médicos obstetras, ao entrar para a assistência à saúde reprodutiva da mulher, se depararam com a milenar presença das parteiras, cujo ofício na época não se restringia somente à arte de partejar, mas se estendia à saúde da mulher de forma geral.

A prática compartilhada das duas profissões, antes da institucionalização do parto, se limitava às situações de partos complicados assistidos no domicílio, nos quais, mesmo o médico, chamado quando se esgotavam as habilidades da parteira, conseguia raramente reverter um quadro desfavorável para a mulher ou o feto. Nessa época, a formação do médico não incluía a prática obstétrica, o que limitava sua ação.²⁹

À medida que a profissão médica se valorizou, acompanhando a evolução das ciências, ela se distinguiu de outros tipos de curandeiros de origem popular ou religiosos e também das parteiras. A regulação e fiscalização da prática das parteiras e sua subordinação aos médicos e cirurgiões remota ao século XVI, tanto na Europa quanto no Brasil Colônia.²⁹ Ela deve ser entendida como a hegemonia da profissão médica, que se instalou lentamente sobre as parteiras, num contexto sociocultural mais amplo de dominação do saber intuitivo pela ciência, da natureza pela razão e do feminino pelo masculino.^{29,30,31}

Em relação à profissão da parteira no Brasil, distingue-se, historicamente, entre as parteiras leigas, examinadas ou licenciadas e as diplomadas. As primeiras eram mulheres da comunidade, com conhecimento empírico-sensorial, que adquiriram sua competência pela experiência. Seus serviços eram procurados pela maioria das mulheres, embora ocupassem a base da pirâmide social das profissões. As parteiras examinadas ou licenciadas prestavam prova do seu conhecimento diante uma junta médica estatal, cumprindo certas exigências formais, como leitura e certificação de boa conduta moral. Sendo uma boa parte delas constituída por imigrantes europeias, muitas delas tinham realizado uma formação profissionalizante nos seus países de origem. A terceira categoria era a parteira diplomada, que realizou sua formação em escolas para parteiras no Brasil, agregadas às faculdades de Medicina, sendo a primeira, a da Bahia, inaugurada em 1832. As parteiras diplomadas constituíam a minoria entre as profissionais femininas que atendiam ao parto e o recém-nascido.³⁰

Sendo os médicos ainda escassos até o início do século XX no Brasil, a prática obstétrica sem as parteiras, fossem elas diplomadas, licenciadas ou leigas, era impossível. Embora existissem diversas medidas legais de fiscalização da prática da parteira leiga, esse controle, no século XIX, nem sempre foi tão eficiente como as regulamentações que demandavam. Assim elas continuaram a ser as que mais atendiam aos partos, inclusive com o conhecimento e aceitação dos médicos.^{29,30}

A institucionalização da assistência ao parto, iniciada no final do século XIX, facilitou o crescimento da obstetrícia enquanto especialidade médica, por ofertar o campo de prática para o ensino médico. As maternidades inauguradas

no início do século XX no Brasil foram consideradas pelos médicos como o símbolo do progresso da ciência e também como um meio de amparar as mulheres das classes mais pobres, as solteiras e viúvas. Ainda assim, não foi fácil persuadir as mulheres a parirem longe dos seus lares, auxiliadas por um homem/médico, e houve a coexistência do parto domiciliar com o parto na maternidade até meados do século XX.^{32,33,34}

Projetos propostos para a organização do sistema de atenção às mulheres em trabalho de parto, no Brasil do final do século XIX, incluíam as parteiras diplomadas, embora sua atenção fosse prevista apenas para os estratos mais pobres da população e a hegemonia da autoridade médica já estivesse bem estabelecida.³¹

Como mostra Mott³⁵, no caso da formação de parteiras em São Paulo entre 1880 e 1920, as maternidades também serviam como campo de ensino para os cursos de parteiras. A procura por profissionais competentes era uma preocupação constante na época, como descrito na correspondência entre o diretor e fundador da maternidade da Santa Casa em Belo Horizonte e colegas no Rio de Janeiro, no início do século passado.³³ Assim, as maternidades aproximavam as duas categorias e se tornaram espaços para a promoção da convivência de ambas e do trabalho conjunto, embora também fortalecessem a hegemonia médica e a subjugação das parteiras em geral.^{32,33}

Notadamente nos países da América do Norte e também no Brasil, houve estratégias francas de exclusão do trabalho das parteiras leigas e a realização de campanhas, desencadeadas pelas autoridades sanitárias e sociedades médicas. No Brasil, essas campanhas de exclusão foram apoiadas pelas enfermeiras diplomadas e também por algumas parteiras diplomadas, as

quais, com base no seu discurso de valorização de novos conhecimentos científicos e novas técnicas, desqualificaram a atenção das parteiras, além de acusá-las da prática do aborto. A argumentação seguia o discurso médico que não considerava o progresso possível com as parteiras leigas envolvidas na assistência ao parto, sendo elas classificadas como anti-higiênicas e ignorantes.^{29,32,34}

Entretanto, a qualificação das parteiras no Brasil não recebeu muito apoio pelas instâncias governamentais e a parteira leiga continuava atuando. Na década de 30 do século passado, as parteiras leigas ainda atendiam a cerca de 85% das gestantes - dados obtidos numa análise de 18.000 fichas de gestantes atendidas no Serviço de Pré-Natal da Inspeção de Higiene e Assistência à Infância em São Paulo, no decorrer de 8 anos. Somente 10% foram atendidas por parteiras diplomadas e 5% em hospitais e maternidades.³⁴

A associação entre parteira profissional e enfermeira com habilidade para prática da obstetrícia foi cogitada já no século XIX pelos médicos, e a discussão desta questão se estendeu até os anos 70. Se de um lado as parteiras formadas nas escolas agregadas às faculdades médicas defendiam sua formação, as enfermeiras diplomadas não aceitavam a formação das parteiras pelo médico. No decorrer da disputa do campo de trabalho entre médicos, enfermeiras e parteiras, a medicina se consolidou como força hegemônica e a assistência ao parto se tornou cada vez mais intervencionista.²⁹

Por fim, a Reforma Universitária de 1968, que vedava a duplicação de cursos para fins idênticos, extinguiu as escolas de parteiras e a formação para a assistência ao parto normal foi assumida pelas escolas de Enfermagem²⁹.

Nestas, o ensino da obstetrícia foi reduzido a um curso de habilitação de um ano, após o terceiro ano da formação em enfermagem, ou para um curso de especialização oferecido para enfermeiras já formadas. Com fragilidades no ensino teórico e com a prática limitada pelo poder médico e institucional, as enfermeiras habilitadas ou especializadas não conseguiram competir frente à hegemonia médica. Sem apoio oficial, incentivos e investimentos governamentais sistemáticos na sua educação profissional ao longo dos séculos, o resultado foi a marginalização, não só das parteiras leigas, mas também das parteiras diplomadas e enfermeiras obstétricas e a substituição da sua atuação pela do médico obstetra como único prestador de assistência ao parto.

Na convivência do médico e do não-médico na assistência à gravidez e ao parto nos diferentes países, foi possível observar duas tendências em termos de organização da assistência ao parto: países nos quais houve além da extinção ou restrição da atuação da parteira leiga, também a marginalização de enfermeiras obstétricas e parteiras diplomadas (seja qual for o caminho profissionalizante), e países que consolidaram a assistência destes profissionais nos seus respectivos sistemas.

Nos países da Europa, a atuação das obstetrites¹ e enfermeiras obstétricas na assistência ao parto é bem consolidada e elas desfrutam do reconhecimento da sociedade, seja qual for o caminho da sua formação.¹⁶ Comum a esses países foi o investimento e incentivo das instâncias governamentais na sua profissionalização desde o século XVIII, mesmo sob a tutela do médico. Hoegberg⁸, em análise histórica da mortalidade materna na

¹ Como “obstetritz” se denomina aqui o profissional, que realiza um curso profissionalizante oficialmente reconhecido com entrada direta, sem ter passado por uma formação em enfermagem antes. Este curso pode ser de nível técnico ou universitário.

Suécia, relata a importância da contribuição do investimento, realizado pelas autoridades já no século XVIII, na formação de mulheres de classes mais abastadas e com formação escolar mais elevada, para atuar como obstetrias nos partos domiciliares. A política pública da garantia da assistência por uma obstetria comunitária na Suécia se fundou na iniciativa de um médico sueco, o qual, no século XVII, presenciou a atuação das obstetrias do Hôtel -Dieu em Paris.⁸

Nas diversas regiões da Alemanha e Áustria, a qualificação das parteiras foi regulamentada e institucionalizada também no século XVIII, sendo sua formação uma obrigação dos médicos, professores ou ocupantes de uma função pública, com remuneração do estado. Cada comarca ou paróquia tinha sua parteira licenciada, que recebia remuneração pelo município, sendo a prática da parteira leiga proibida.³⁶ Na Inglaterra, o *Midwife-act*, que regulamentou e limitava a prática das parteiras em 1902, também institucionalizava sua formação e profissionalização.³⁷ Na Holanda, houve apoio governamental para a formação das parteiras, sem fiscalização e subjugação à categoria médica desde o século XIX, resultando, junto com características culturais, que valorizam a obstetria e o parto domiciliar como assunto feminino e do lar, na autonomia das obstetrias e na afirmação clara de suas responsabilidades e competências.^{9,16,38}

A regulamentação da profissão das parteiras nos países com consolidação da atuação das obstetrias no sistema de saúde, mesmo sob a tutela do poder médico, também possibilitava sua qualificação profissional, erradicando a figura da parteira leiga sem conhecimento científico. Em última instância, a profissionalização da parteira levou à consolidação da atuação das

obstettrizes formadas nos sistemas de saúde, e, na medida em que o parto se deslocou do domicílio para o hospital, à prática do trabalho colaborativo, demandando o reconhecimento da sociedade em geral e das sociedades médicas.

Nesses países, a coexistência no sistema de saúde e a convivência, tanto na atenção primária quanto na hospitalar, do médico obstetra e das obstettrizes ou enfermeiras obstétricas nunca foi interrompida e o MC é a forma de organização da assistência obstétrica na atualidade. Entretanto, mesmo nesses países, a convivência sempre foi permeada por conflitos, que interferem na prática dos profissionais no MC também hoje.^{1,39}

Nos países que excluíram obstettrizes e enfermeiras obstétricas da assistência ao parto, como os Estados Unidos (EUA), Canadá, e também o Brasil, a construção do MC no atual contexto é um desafio maior ainda, por demandar sua incorporação na assistência hospitalar e seu reconhecimento pela sociedade civil e médica, após um século sem atuação direta dessas profissionais na assistência ao parto.

1.1.2 O Modelo Colaborativo – de que estamos falando...

O trabalho em equipe na saúde, outra denominação para a prática colaborativa, começou a ser discutido a partir de três tendências: a busca pela integração das disciplinas no campo da medicina preventiva e comunitária a partir dos anos 50, principalmente nos Estados Unidos; a transição da abordagem do processo saúde-doença entre unicausalidade e multicausalidade com enfoque na epidemiologia social; e as consequências

das alterações do processo do trabalho, tanto na saúde, quanto nas outras áreas, destinado a um objeto cada vez mais ampliado e envolvendo tecnologias novas e mais complexas.⁴¹ Compreendendo o ser humano como uma unidade integrada com múltiplas dimensões que se relacionam e complementam, é impossível atender suas necessidades como um todo, com respostas oriundas de conhecimentos fragmentados de cada disciplina.⁴²

Recente documento da Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o trabalho colaborativo e a educação interdisciplinar uma resposta mais resolutiva para enfrentar os desafios na área da saúde. Segundo o documento, o trabalho colaborativo melhora o acesso aos serviços e otimiza o uso apropriado do especialista, reduz as complicações, a permanência hospitalar e os custos e aumenta a satisfação tanto do usuário quanto do trabalhador, entre outros resultados positivos.⁴³

Em relação ao MC na área da atenção obstétrica, é possível observar que médicos obstetras, enfermeiras obstétricas e obstetrites, muitas vezes atuam sobre a mesma clientela, com sobreposição de competências na atenção às gestantes e parturientes de risco habitual. Nas mulheres com alguma patologia, as competências estão mais definidas, cabendo ao médico a última decisão da condução clínica do caso, sem que isso exclua a obstetritez ou EO da assistência direta. A parturiente se beneficia da maior ênfase na fisiologia do parto na assistência prestada pela EO, tanto nos casos de risco habitual quanto nos de alto risco, e do poder da intervenção do médico e da sua formação direcionada à resolução das patologias e intercorrências da parturição¹.

A assistência centrada na parturiente e sua família e na diversidade das suas necessidades exige dos profissionais a valorização da contribuição única de

cada parte num projeto terapêutico com metas comuns. Downe, Finlayson e Fleming¹ listam os seguintes componentes contextuais do MC na assistência ao parto: competências claras e respeitadas, sistema efetivo para solução de conflitos, oportunidades de participação para todos, comunicação aberta e clara, confiança e respeito mútuo e reconhecimento da interdependência e responsabilidade compartilhada. O conhecimento e o reconhecimento da competência do outro, adquiridos num processo de convivência do dia-dia e facilitados no processo de formação profissional de ambas as categorias, fazem com que se construa uma relação de confiança e respeito mútuo, que é a base do MC.^{1,38,44}

O grau da autonomia técnica da EO ou obstetriz e a configuração da sua atuação em colaboração variam e dependem do contexto institucional. Com enfoques diferenciados entre ambas as categorias profissionais, a assistência no MC se torna complementar, capaz de responder adequadamente às necessidades individuais das parturientes e às mudanças na categoria de risco que podem ocorrer durante a gestação e o próprio trabalho de parto. Para ter um papel transformador em direção a uma assistência mais integrada, o MC exige das duas categorias profissionais envolvidas na assistência do trabalho de parto uma atitude ativa e engajada neste propósito, indo além da coexistência de ambas num mesmo espaço ambiental e temporal. O trabalho colaborativo significa o compartilhamento de conhecimento e de metas e a aprendizagem em conjunto e de um com o outro. É uma negociação permanente que inclui a construção de um consenso sem imposição de uma das partes. No caso ideal, as controvérsias entre ambas as categorias não

precisam necessariamente gerar conflitos, mas discussões e compreensão dos valores do outro.⁴⁵

Na literatura obstétrica, o tema foi mais visível a partir dos anos 90, nos EUA, onde ele é ainda assunto caro e importante para as obstetras e EO, as quais, após décadas na marginalização, experimentam crescimento constante da sua participação na assistência ao parto e nascimento a partir dos anos 80. Mas, de forma semelhante ao Brasil, sua participação é reduzida, quando comparada com os partos assistidos pelos médicos. Por outro lado, em 2009, a prevalência de 11,4% entre os partos vaginais foi a proporção mais alta alcançada num constante aumento desde 1989.⁴⁶ Os marcos legais da prática das EO dos Estados Unidos da América diferem de estado para estado, permitindo um maior ou menor grau de autonomia. Também sua formação pode ocorrer de diversas formas: através de um curso de obstetria com entrada direta, um curso de especialização de enfermagem ou uma formação fora das vias oficiais e não reconhecida. As diversidades na formação dificultam a incorporação no sistema de saúde.

Uma das primeiras contribuições na literatura norte-americana foi um estudo⁴⁷ realizado no estado de Washington, em 1988, com médicos, enfermeiras obstétricas e obstetras sobre a colaboração entre ambas as especialidades, compreendendo interconsultas e referências das gestantes. Dos 234 médicos que participaram do estudo, 56% dos médicos obstetras e 40% dos médicos generalistas entrevistados afirmaram trabalhar em colaboração com uma obstetra ou enfermeira obstétrica. Todas as 42 enfermeiras obstétricas e 97% das 71 obstetras, participantes do estudo

também relataram uma relação de colaboração estabelecida com encontros regulares ou acordos escritos.

Dez anos depois, Miller et al.⁴⁸ encontraram, em 1997, numa amostra de conveniência entre 78 EO que responderam um questionário publicado pelo site de uma escola para EO em Kentucky, envolvimento com o MC entre 89% das participantes. Oitenta e três por cento assistiram mulheres de alto risco em colaboração com o médico, 52% receberam o pagamento para serviços prestados no seu nome e somente 12% eram reconhecidas para prestar assistência plena no hospital (incluindo internação, prescrição e alta). A maioria era empregada pela maternidade ou pelo próprio médico, com o qual trabalhava. Obstetizes sem curso reconhecido trabalhavam de forma particular e atendiam mais partos em domicílio na área rural.

A edição dedicada ao tema na revista *Women's Health Issue*, em 1997, e outra no *Jornal of Midwifery and Womens Health*, em 1998, mostram a importância dada pelas EO, nos EUA, ao tema. Os artigos trazem contribuições relativas à formação profissional de médicos e obstetizes, a importância da autonomia técnica da enfermeira obstetra ou obstetiz, a caracterização do modelo e seus elementos fundamentais, assim como os fatores facilitadores e barreiras para sua implementação.

A crise no setor da saúde nos EUA impulsionou a aproximação das associações profissionais das duas categorias nos últimos dois anos, idealizando o MC⁴⁹. Tanto o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) quanto o American College of Nurse-Midwives (ACNM) ressaltam a importância de construir uma prática diária com colaboração entre ambos os profissionais, tanto para melhorar a assistência, quanto como

resposta à falta de profissionais de saúde⁴⁵. O manifesto em conjunto (Joint Statement) de 2011 afirma que obstetrites e EO licenciadas são profissionais independentes e reivindica para elas a autorização para internação e assistência hospitalar, equidade no pagamento dos serviços prestados na esfera privada e pública, acesso a serviços de suporte, como laboratório, de imagem e anestesia e a um sistema de referência e contra-referência que favoreça a colaboração entre ambas as categorias profissionais⁵⁰.

Também a chamada recente, pelas duas associações, de relatos de experiência do MC bem sucedidos, que foram publicadas em dois jornais americanos renomados da área da obstetrícia – O *Journal of Clinics of North America* e o *Obstetrics and Gynaecologics*, mostra a valorização dada ao MC nos últimos anos. Essas iniciativas refletem uma guinada importante nas relações interdisciplinares entre obstetrícia médica e não-médica nos EUA, que pode colocar em cheque padrões enraizados de comportamento e conflitos na assistência ao parto⁵¹.

Em análise dos estudos publicados nas duas revistas citadas acima, Avery et al.⁵² encontraram alguns temas que perpetuaram todas as experiências relatadas. Motivado pelo desejo de oferecer uma assistência mais segura, mais custo-efetiva e mais centrada nas necessidades individuais de cada mulher, o MC foi destacado como a melhor opção encontrada para atender à diversidade da clientela com suas necessidades individuais e os contextos assistenciais locais. A demanda por continuidade do provedor da assistência no pré-natal e durante o parto é outra justificativa para a implementação do MC e surge de forma constante.⁵²

O MC possibilita a ampliação das competências da EO ou obstetrix, desde que ela tenha acesso imediato ao médico obstetra.^{53,54} Segundo Marshal et al.⁵³ e Cordell et al.⁵⁴, as enfermeiras obstétricas e obstetrizes nos seus serviços realizam, como membros de equipe, ultrasonografias, circuncisão neonatal, colposcopia, indicam analgesia, prescrevem medicação específica, dão alta hospitalar para as mães de risco habitual, atendem e tratam portadores de doenças sexualmente transmissíveis, fazem triagem obstétrica, incluindo mulheres com condições patológicas como diabetes e trabalho de parto prematuro e realizam o parto em mulheres com gestação de risco, mas com evolução fisiológica do trabalho de parto. Como argumentos para a ampliação das competências, citam-se o desejo das mulheres serem assistidas por obstetrix, questões culturais, manutenção da continuidade do provedor em caso de mudanças de estado de risco para mulheres inicialmente de risco habitual, diminuição do número de médicos na equipe e o aumento da satisfação das obstetrizes e enfermeiras obstétricas com sua atuação.^{13,55,56}

Enquanto nos EUA a assistência é centrada no médico e as experiências com o MC são pontuais, na Europa, o MC está integrado no sistema de saúde na maioria dos países, assim como na Austrália e na Nova Zelândia. Nos países da Escandinávia, cerca de 80% de todos partos normais institucionais, incluindo mulheres com gestação de risco, foram assistidos por obstetrizes, o que reforça a necessidade de colaboração. Enquanto o médico obstetra determina a conduta nas mulheres de risco, as enfermeiras obstétricas acompanham o trabalho de parto, desde que não surjam intercorrências.^{19, 57,58}

A Holanda, país com forte atuação autônoma de obstetrizes na atenção ao parto domiciliar, constitui um caso específico. Com 30% das mulheres

atendidas em domicílio pela obstetrix, observa-se um corte importante entre o cuidado obstétrico em nível primário, i. é. no domicílio ou na atenção hospitalar. A colaboração é crucial quando há necessidade de transferência para o nível secundário. Num inquérito nacional com 1.248 mulheres, 51% relataram ser o médico obstetra o profissional responsável para a assistência ao parto em ambiente hospitalar, mas cerca de 71% das mulheres se referiram à obstetrix como profissional mais envolvida na assistência ao trabalho de parto e parto.⁵⁹

Na Austrália, Beasley et al.⁶⁰ avaliaram, através do acompanhamento das reuniões interdisciplinares semanais, o trabalho colaborativo entre obstetrixes e médicos de um hospital terciário em Sydney, que cuidaram de um grupo determinado de mulheres (*Case/load*) durante o pré-natal, o trabalho de parto e no pós-parto. Os autores consideram que o modelo se mostrou efetivo e praticável para todas as mulheres, independentemente do status de risco, e a satisfação com o modelo foi alta por ambas as especialidades.

Na Nova Zelândia, as mulheres podem escolher o principal profissional responsável pela sua assistência. Na assistência a mulheres com gestações de risco ou quando surjam intercorrências, as formas de colaboração (discussão do caso, referência para consulta e transferência da responsabilidade clínica) seguem diretrizes nacionais. O processo de transferência da responsabilidade clínica é documentado e ocorre em comum acordo entre mulher, obstetrix e médico.⁶¹

Em inquérito nacional com 649 obstetrixes, com taxa de resposta de 56,6% entre as que praticaram em 2001 nesse país, elas descreveram o padrão de colaboração entre as duas categorias profissionais na assistência a 4.251 gestantes. Foi observada taxa de consulta com o obstetra de 35% e taxa

de transferência para o obstetra como principal provedor de 43% das mulheres que consultaram com o médico. Mesmo com transferência da responsabilidade clínica, as obstetras continuaram a assistir essas mulheres, em colaboração com o médico. Indagadas sobre a qualidade da colaboração, 64% das obstetras confirmaram que houve colaboração excelente entre ambos e 72% se sentiram apoiadas para continuar a assistência. O estudo ainda mostrou que elas permanecem com as mulheres quando tratamento médico-hospitalar é necessário. O estudo mostra, também, que a continuidade da assistência pela obstetra é possível mesmo quando surgem situações de risco, desde que haja retaguarda pelo médico obstetra.⁶²

A integração das obstetras no sistema de saúde canadense se tornou um programa político do governo, voltado para a promoção dos direitos da mulher. Após estudo piloto, sua atuação foi legalizada na maioria das províncias, onde elas trabalham tanto como profissionais autônomas quanto como assalariadas nas instituições, assistindo cerca de 10% das mulheres.¹⁸ A falta de profissionais na assistência ao parto levou a Sociedade Canadense de Ginecologia e Obstetrícia, em conjunto com as Organizações Canadenses das Enfermeiras Obstetras e das Obstetras, a desenvolver pesquisas sobre o trabalho colaborativo. Foi elaborado um documento com recomendações referentes à construção do MC no contexto local desse país.

Segundo o documento, a colaboração entre os profissionais é essencial para a assistência de qualidade, aumenta a proximidade entre as especialidades e o conhecimento sobre as competências de cada um. Ela deve ser flexível o bastante para se adaptar às demandas locais, autorizando obstetras como coordenadores da assistência. O documento ainda realça que

deve haver um arcabouço legal e administrativo para a organização da colaboração.¹⁸ Apesar dos representantes de todas as especialidades envolvidas na assistência ao parto nesse país estarem convencidos dos benefícios do trabalho colaborativo, persistem as dúvidas sobre seu impacto na prática clínica diante das dificuldades e obstáculos para a implantação.⁶³

Entre os países da América Latina, o México recentemente também passou a discutir maior incorporação de obstetizes e EO na assistência hospitalar, com a finalidade de reduzir as intervenções e melhorar a qualidade da assistência. Semelhante ao Brasil, nesse país, essas profissionais são pouco aproveitadas no sistema de saúde, embora sua assistência tenha mostrado alto padrão de qualidade. Além disso, espera-se das EO e das obstetizes importante contribuição no ensino dos acadêmicos de medicina que atuam, atualmente, sem supervisão na assistência ao parto em mulheres de risco habitual.⁶⁴

1.1.3 A construção do Modelo Colaborativo – Fatores facilitadores e barreiras

A prática do trabalho colaborativo não é fácil, nem nos países onde ele está institucionalizado. Ele exige mais do que o engajamento pessoal, por envolver não somente pessoas, mas também o sistema de saúde.^{1,38,39,63,65}

Os determinantes do MC se inserem num contexto externo, que envolve a natureza da organização da sociedade e do sistema de saúde (fatores sistêmicos), no contexto institucional (fatores organizacionais) e num contexto micro, que compreende as relações interpessoais na equipe (fatores de

interação). Os primeiros podem impedir ou possibilitar o sucesso do MC, mesmo na presença de determinantes relacionais favoráveis.⁶⁵

Os fatores sistêmicos compreendem o contexto sociocultural, o sistema de formação profissional e as bases legais das profissões. Cada profissão adquiriu, através da institucionalização, legalização e valorização dos saberes específicos das disciplinas e um valor social ou *status* social diferenciado na sociedade e no mercado de trabalho. No caso da medicina e da enfermagem, a história consolidou a divisão social do trabalho, entre o pensar e o fazer e entre o feminino e masculino, o que fez com que as profissões não-médicas da saúde adquirissem um caráter coadjuvante da medicina. A disparidade do status social entre essas profissões é intimamente ligada à desigualdade do poder entre médico e enfermeira, baseada nos estereótipos de gênero, cimentada pelas estruturas hierárquicas do hospital e decorrente de um processo histórico específico.⁴⁴ EO e obstetras de vários países referem-se a essa desigualdade como uma das barreiras importantes na construção do MC.⁶⁶

Frequentemente, predominam entre as diferentes profissões o espírito de concorrência e o corporativismo. A atitude e as ações de proteção dos interesses próprios são baseadas no medo de perder o poder, autonomia e mercado de trabalho e na falta de conhecimento sobre a competência do outro, bem como na valorização desigual das profissões dentro das instituições.^{44, 63}

McIntyre et al.⁴⁰ analisaram os discursos a respeito do trabalho colaborativo promovidos pelas políticas públicas na Austrália, dos três grupos envolvidos na assistência obstétrica, através dos documentos oficiais das suas respectivas sociedades e representantes oficiais: dos médicos obstetras, dos

médicos generalistas e rurais e das EO. O jogo de interesses, que envolve o MC, se reflete nas atitudes divergentes entre os médicos obstetras e os médicos de família que atendem partos nas zonas rurais na Austrália, frente à atuação autônoma atribuída às EO como estratégia do governo para redução das intervenções na assistência obstétrica. Os discursos dos médicos generalistas e rurais expressam maior disposição em trabalhar em conjunto com as EO do que o dos obstetras, uma vez que a assistência obstétrica dos médicos rurais é responsável, somente, por uma pequena parte da sua sustentação econômica, e sua perda para as EO não representa uma ameaça econômica séria. Enquanto isso, o discurso dos obstetras enfatiza o risco do parto, que demanda o controle pelo especialista e restringe a atuação das Obstetizes e EO.⁴⁰

Num inquérito na província de Ontário, no Canadá, observa-se a luta pelo território na falta de disposição de trabalhar em modelos interdisciplinares em ambas as categorias. Perguntados sobre sua preferência em relação ao modelo interdisciplinar ou unidisciplinar, a maioria das obstetizes e médicos obstetras marcaram o modelo tradicional e unidisciplinar, no qual cada um cuida da sua clientela. O segundo modelo de preferência seria um modelo multiprofissional, em ambiente hospitalar, com possibilidade de referência e consulta, quando necessário, mas sem interação maior entre as especialidades.⁶⁷

Os discursos das duas especialidades muitas vezes se polarizam, constituindo barreira importante na construção do MC: enquanto o discurso médico enfatiza a segurança da mãe e do recém-nascido em detrimento da vivência materna, as obstetizes e EO se consideram advogadas do parto

normal, que afirma a força feminina intuitiva para parir e valoriza o parto como vivência feminina essencial. O discurso médico é muito mais penetrado pela noção de risco, que determina a necessidade de controlar a parturição. Enquanto as obstetrias lamentam que a medicina tomou conta do corpo feminino, os médicos afirmam, que o controle nunca é demais no benefício das mulheres e dos seus filhos e defendem uma abordagem intervencionista para prevenir danos. Mas, embora as categorias divirjam sobre as condutas, para ambas a segurança e o bem-estar da mãe e do recém-nascido são a motivação principal da sua assistência.^{63,68, 69,70}

A formação profissional é um fator importante que influencia o comportamento do futuro profissional. A formação tradicional resulta no conhecimento limitado sobre o outro e sobre as competências, o conhecimento, as habilidades, as responsabilidades e as filosofias, que fundamentam a atuação do não-médico. Em consequência, tensões e conflitos após a formação surgem invariavelmente numa relação tão estreita como a do médico e da EO ou obstetrix.⁵⁶ A OMS enfatiza a necessidade de desenvolver a formação interdisciplinar, i.e., um processo de aprendizagem no qual estudantes de diferentes profissões aprendem sobre o outro, com o outro e a partir do conhecimento do outro. Através da educação interdisciplinar é possível construir uma práxis colaborativa que consiga encontrar respostas adequadas e efetivas para demandas locais e para melhorar a qualidade da assistência.⁴³

Algumas instituições nos EUA que possuem MC mantêm programas de educação que promovem o trabalho interdisciplinar na atenção obstétrica, seja por contar com obstetrias na educação de estudantes de medicina ou por

oferecer cursos e treinamento em conjunto entre os residentes das duas áreas.^{13,52,54,56} Também fóruns de discussão sobre filosofia e modelos de assistência são descritos e apontados por sua contribuição para a melhoria do trabalho colaborativo, que se reflete nos resultados perinatais de forma positiva.⁷¹ EO e obstetras que participam da formação de residentes médicos se encontram numa posição de destaque para mostrar aos médicos obstetras das próximas gerações sua abordagem no parto normal. Os residentes valorizam suas preceptoras EO e obstetras justamente por essa abordagem específica do parto normal e a possibilidade de educação interdisciplinar passa a ser um aspecto atraente da instituição formadora.⁵⁶

O sistema de saúde, com seus marcos regulatórios para o exercício de cada profissão, assim como formas de reembolso dos serviços prestados, também fazem parte dos determinantes sistêmicos para o funcionamento de um MC. Além da legalização da atuação das EO e obstetras, os marcos regulatórios incluem diretrizes e protocolos que determinam os limites e as competências desses profissionais.⁶⁵

O MC, mesmo na presença de relações democráticas, é constituído por parceiros desiguais, em que pesa a área e amplitude de atuação de cada um. A EO e a obstetra dependem do médico para resolver intercorrências e atuar na assistência às mulheres com alguma patologia. Portanto, marcos regulatórios são necessários para delimitar até onde este profissional pode atuar sem a presença física imediata ou anuência do médico. A Austrália e outros países com integração da obstetra ou EO no sistema de saúde dispõem de tais diretrizes governamentais para consulta e de referências e protocolos sobre a condução do parto, que regulamentam o trabalho colaborativo.^{72,73}

A regulação de procedimentos administrativos, bem como a formalização da internação hospitalar para assistência ao parto, expedição de pedidos de exames complementares e prescrição de determinados medicamentos também podem fazer parte dessas diretrizes. Não sendo atribuições exclusivas do médico num modelo que promove a colaboração, mas podendo integrar protocolos institucionais, possibilitam maior efetividade do MC ao reduzir a dependência da obstetrix ou da EO em relação ao médico.

No contexto norte americano, marcado por diversidade nos marcos regulamentários entre os estados, Cordel, Foster et al.⁵⁴ destacam a importância da criação de um protocolo clínico institucional único, do qual ambas as categorias participem, para a construção do MC. O protocolo, além de ser baseado em evidências científicas e conter claras diretrizes para a referência e contra-referência e interconsultas, deve explicitar as responsabilidades de cada categoria.

O pagamento por serviço prestado diretamente ao profissional também dificulta o funcionamento do MC, criando o senso de concorrência e acentuando a disputa entre as duas especialidades.^{55,65} Exemplo bem ilustrativo é a colaboração entre enfermeiro anestesiológico e cirurgiões e a inexistência de colaboração entre a EO e os médicos obstetras na medicina privada nos EUA. Os enfermeiros anestesiológicos são bastante solicitados pelos cirurgiões, por cobrarem pagamento menor do que o médico anestesiológico nas cirurgias realizadas.

Por outro lado, o médico obstetra não tem motivação em partilhar com a EO o lucrativo mercado da assistência obstétrica nos EUA. Entretanto, na Inglaterra, onde ambas as categorias atuam no sistema público, não há esta

espécie de barreiras, assim como na Holanda, onde o sistema público de saúde não reembolsa a mulher de risco habitual, quando ela prefere assistência médica sem que haja indicação clínica. Experiências inovadoras com pagamento para a equipe e não para os profissionais de forma individualizada, mostram como uma remodelagem na forma de pagamento na área da saúde pode auxiliar na composição mais adequada do trabalho em equipe e levar a melhores resultados.¹⁴

Os fatores institucionais, sem dúvida, são influenciados pelos fatores sistêmicos, e moldam as relações entre as duas especialidades no dia a dia. A falta de discussão de condutas, principalmente no parto de risco habitual, é sinal da hegemonia do poder médico e destacada, pelas EO e obstetrizas de vários países, como barreira para a construção e a operacionalização do MC, assim como seu apoio ao não-médico é considerado fundamental para seu sucesso. A disparidade do poder entre as profissões também se expressa no dia a dia na falta de autonomia das obstetrizas e EO, que não se sentem reconhecidas nas suas competências, mesmo em países com consolidação da sua atuação.^{39,44,66}

A procura por autonomia pelas EO, que perpassa toda literatura, é provavelmente o mais polêmico ponto de conflito. Segundo McIntyre ET al.⁴⁰, a resistência dos médicos diante da autonomia das obstetrizas é mais uma vez relacionada às diferenças entre as categorias na interpretação do potencial risco implicado na parturição e ao poder sobre a decisão clínica, mantido pelos médicos, entendendo que são eles, sobre os quais recairá a responsabilidade legal e profissional para a solução de eventos adversos. Argumentam os médicos que a atuação autônoma das obstetrizas, mesmo nos casos de risco

habitual, não garante assistência segura à mulher e à sua família, considerando que a ausência de risco somente pode ser afirmada após o término do parto, e complicações podem surgir na atenção obstétrica de forma imprevisível.

Em análise das relações entre médico obstetra e obstetrix na atuação na sala de parto na Austrália, Hastie e Fahy⁴⁴ concluíram que o poder médico nem sempre é condicionado à presença e às atitudes dos médicos nos plantões, mas deve ser entendido como poder da autoridade médica institucionalizada, que marca a instituição e suas regras e rotinas. Segundo as autoras, em instituições com organização fundamentada na autoridade médica, os profissionais assumem, de forma automática, uma relação assimétrica entre médico e obstetrix ou EO. Nesse ambiente, a colaboração e atuação autônoma das EO, não é possível. As autoras caracterizam a natureza das instituições, oposta à da “autoridade médica instituída”, de “mesa redonda”, com participação democrática de ambas as especialidades e possibilidade do êxito do MC. As decisões são discutidas e as ações são realizadas em conjunto, mesmo após o emergir de intercorrências que demandam resolução pelo médico.

As atitudes e opiniões dos médicos sobre um trabalho em MC vão da franca negação da participação das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto a uma postura mais concessiva, desde que sejam informados sobre as condutas clínicas destas, e ao apoio e incentivo.^{38,74} Nesse ambiente de ambiguidade, o espírito e a filosofia das instituições a respeito do MC e as opiniões dos seus dirigentes, que marcam esta filosofia institucional, são fatores determinantes. Uma gerência compromissada com o modelo é um fator

determinante para o sucesso, e não são poucas as instituições nas quais o MC se iniciou a partir das ideias e da motivação dos dirigentes médicos.^{45, 53,54} Infra-estrutura e organização administrativa adequadas para um trabalho em equipe da instituição são imprescindíveis.^{1,13,71}

Entre os fatores de interação, compreendem-se a vontade e motivação para a colaboração, confiança e respeito mútuo e comunicação bilateral, possibilitando o diálogo.^{1,63} A comunicação é um dos requisitos elementares no MC e é abordada por todos os autores. Canais de comunicação constantes, diálogo bilateral, instâncias oficiais, como encontros periódicos para discutir casos, assim como aqueles entre as chefias dos diversos departamentos, são imprescindíveis. Ainda devem ser instituídos meios para lidar com os conflitos de forma aberta e democrática.

As falas analisadas por Reiger e Lane³⁹, no contexto australiano, destacam a importância crucial de “boas maneiras” no convívio do dia a dia das duas especialidades. Atitudes de médicos, como refazer o toque vaginal ou a ausculta do batimento fetal, são interpretadas como falta de confiança na competência técnica. O respeito do médico pela habilidade sensitiva das obstetrias e enfermeiras obstétricas no trabalho de parto e pela disposição para prestar suporte emocional contribui para um trabalho colaborativo efetivo. Em contrapartida, médicos se sentem desconfortáveis quando tratados de maneira generalizada, como “inimigo do parto normal” e adepto franco de intervencionismo.

Segundo Lane⁷⁵, a maleabilidade das delimitações entre as profissões, que surgiu com a modernidade e a economia neoliberal, traz a reconfiguração de competências profissionais e a ruptura com os privilégios da corporação

médica, favorecendo a integração das especialidades. Segundo o autor, demandas recentes dos usuários por modos inovadores de assistência, por mais participação nas decisões nas condutas clínicas, bem como a globalização, inclusive a do conhecimento, e a tendência mercantilista e neoliberal dos governos favorecem um modelo interdisciplinar na assistência obstétrica.

1.1.4 O potencial do modelo colaborativo na redução das intervenções no parto

Wagner⁷⁶ identificou três modelos na atenção obstétrica relativos à participação das obstetras e enfermeiras obstetras e os associa com o grau de intervenção empregada: 1) atenção altamente medicalizada, com pouca ou nenhuma participação dessas profissionais na atenção ao parto, 2) o modelo com atenção ao parto de risco habitual a nível primário, uso menor de intervenção e integração da atuação autônoma dessas profissionais no sistema de saúde, e 3) um modelo intermediário, com participação das obstetras e enfermeiras obstetras com autonomia em graus variados, atuando no hospital, com uso de intervenções.

Essas profissionais podem exercer um papel importante na mudança do paradigma tecnicista nas instituições hospitalares.⁷⁷ Em revisão sistemática sobre a proporção de cesárea em países de todos os continentes, Soltani e Sandall⁵ mostram proporções alarmantes nos países em desenvolvimento, que não podem ser nem relacionadas a indicações clínicas, nem somente à opção dos profissionais. Escolhas errôneas das mulheres, a falta de métodos não

farmacológicos para o alívio da dor e falta da presença do acompanhante podem estar envolvidas e apontam para a importância de um profissional que possa oferecer apoio emocional e informação adequada na promoção da fisiologia do parto. Observam ainda que, em países com menor proporção de partos cirúrgicos, há consolidação desse profissional no sistema de saúde e na sociedade em geral, com suporte governamental para sua atuação autônoma e formação, bem como a existência de organizações de consumidores fortes e participativas.

O papel da enfermagem obstétrica durante o trabalho de parto, estando presente o tempo todo com a mulher e utilizando conhecimentos técnicos e sua sensibilidade, implica em ir além da avaliação da evolução do trabalho de parto e do bem-estar materno-fetal e pode constituir um fator potencial para a redução das intervenções. No ambiente hospitalar, que favorece a intervenção na fisiologia da parturição, o uso da tecnologia com senso crítico é imperativo, assim como a assistência sensitiva e fundada nas relações interpessoais, no suporte emocional e no reconhecimento das necessidades individuais e momentâneas de cada mulher que está em trabalho de parto.^{78,79 80}

A literatura sobre assistência em Centro de Parto Normal (*midwife-led care unit*) mostra claramente o potencial da obstetriz ou EO na manutenção da fisiologia da parturição para mulheres de risco habitual. Nesse ambiente, onde há atuação autônoma da obstetriz ou da EO, com responsabilidade plena dessa profissional para a condução do trabalho de parto sem presença do médico, sua assistência mostra proporções menores de intervenções e frequência maior do parto vaginal.

O Birthplace study⁷, inquérito nacional da Inglaterra com mais de 60000 mulheres, na grande maioria de risco habitual, com coleta de dados entre 2008 e 2010, mostra queda na prevalência de intervenções e partos assistidos, concomitante com o aumento da distância das mid-wife-led units (CPN) do hospital. Por exemplo, a proporção de episiotomia foi de 19,3% na unidade hospitalar, 13,1% no CPN situado ao lado do hospital, 8,6% nos CPNs comunitários e 5,4% nos partos domiciliares. A mesma tendência é observada para outras intervenções como analgesia peridural, aceleração do trabalho de parto com ocitocina, parto vaginal assistido e cesárea. No caso do parto vaginal espontâneo, a maior frequência foi observada nos partos domiciliares com 92,8%, seguido dos CPNs comunitários com 90,7% e os CPNs perihospitalares com 85,9%. A menor frequência do parto vaginal espontâneo foi encontrada nas unidades hospitalares, com 73,8%.

O estudo descritivo dos resultados de 15.574 partos, realizado entre 2007 e 2010, em 79 Centros de Partos em 33 estados dos Estados Unidos, também mostra o potencial e a adequação desse modelo assistencial para as mulheres de risco habitual. Das 15.574 mulheres participantes do estudo, 92,8% tiveram um parto vaginal espontâneo, 91% não tiveram complicações e 2,4% demandaram transferência após o parto para o hospital, assim como 2,6% dos recém-natos. Não houve nenhuma morte materna e a mortalidade perinatal foi de 1,5 mortes por 1000 recém-nascidos, incluindo os casos de transferência materna intraparto (20,6%).⁸¹

Revisão da Cochrane⁶, com estudos comparativos da Grã-Bretanha, da Austrália e do Canadá, entre *midwife-led-unit* e outras modalidades, sejam unidades com equipe mista ou compostas somente pelo profissional médico,

não mostrou diferença significativa na proporção de cesárea, mas evidenciou redução importante nas intervenções como episiotomia, analgesia peridural e nos partos assistidos. A assistência em midwife-led units favoreceu o parto vaginal espontâneo (RR 1.04; 95% CI 1.02-1.06).

Dados do Brasil sobre resultados da assistência prestada em CPN, também corroboram a hipótese, de que o acesso a esse profissional pode ser um fator determinante na redução de intervenções e para a via de parto entre mulheres de risco habitual.^{82,83} Em estudo descritivo, Campos e Lana⁸² observaram uma proporção de cesárea de 2,2% e mortalidade neonatal de 2/1000 nascidos vivos entre 2115 mulheres, num Centro de Parto Normal peri-hospitalar em Belo Horizonte. Em outro estudo, com 1316 mulheres, Schneck et al.⁸³ compararam resultados de um CPN peri-hospitalar com os de um CPN intra-hospitalar em São Paulo. A autora encontrou resultados positivos em ambas as instituições, com prevalência menor de intervenções no CPN peri-hospitalar. No CPN intrahospitalar, o Apgar no 5º minuto menor do que 7 foi de 0,6% versus 0,1% no CPN peri-hospitalar e a admissão em unidade neonatal foi de 5,6% e 1,4% respectivamente. Para integridade perineal, a autora encontrou proporção de 66,8% para o CPN peri-hospitalar e 60,5% para o CPN intra-hospitalar. A proporção de cesárea ou do parto vaginal instrumental não foi avaliada.

Entretanto, a literatura que compara o modelo colaborativo com um modelo centrado somente no médico, é menos conclusiva. Jackson et al¹⁰ analisaram os efeitos, independente do modelo e da dilatação cervical, na admissão sobre a via do parto e a interação das duas variáveis em mulheres que preenchiam os critérios de admissão para Centro de Parto Normal. O

modelo colaborativo mostrou associação positiva com a prevalência do parto vaginal espontâneo, com exceção em múltiparas com cesárea anterior e admitida com dilatação maior do que 4 cm. Os autores ainda observaram que a admissão com esta dilatação do trabalho de parto beneficiaria as mulheres de ambos os grupos, bem como a existência de uma interação sinérgica entre o modelo colaborativo e a admissão tardia.

O potencial do MC no aumento do parto vaginal espontâneo e na redução das intervenções pode ser visto também em relatos das experiências bem sucedidas do MC. Ele é relacionado pelos autores ao êxito da colaboração e à autonomia e ampliação da contribuição dos não-médicos. Nielson et al.¹¹ observaram aumento na frequência dos partos assistidos por enfermeiras obstétricas/obstetizes de 17% para 27% e quedas na proporção de cesárea, da episiotomia e do uso da analgesia peridural, para o total das mulheres atendidas. Os efeitos positivos não só ocorrem devido ao aumento dos partos assistidos unicamente por este profissional, mas também pela colaboração das categorias profissionais na assistência e na educação dos residentes.

Em outra pesquisa descritiva, com primíparas com gestação a termo e apresentação cefálica, numa instituição terciária, os resultados favoráveis foram atribuídos, pelos profissionais, à filosofia institucional, que promove a fisiologia do parto, ao suporte emocional prestado às mulheres por EO, obstetizes e doulas, aos protocolos baseados em evidências e à confiança dos médicos obstetras no MC e na autonomia e nas competências de EO para a assistência ao parto normal. Assistidas em 75% dos casos por EO durante o trabalho de parto, a frequência do parto vaginal foi de 83,1% e a do uso da ocitocina para aceleração do trabalho de parto 21,6%. Entre os recém-

nascidos, 1,4% receberam Apgar menor do que 7 no 5º minuto de vida e 3,2% foram admitidos em unidade neonatal.¹²

DeJoy et al.¹³ relacionam a manutenção da proporção de cesárea entre as primigestas de risco habitual e moderado, atendidas pelas EO no seu serviço, entre 8% e 9% durante os últimos 15 anos, assim como a proporção do parto vaginal após cesárea de 69%, ao apoio dado pelos médicos obstetras ao manejo das enfermeiras obstétricas na condução do trabalho de parto. Segundo os autores, a contribuição desse profissional se reflete na maior proporção de parto vaginal após cesárea da instituição, quando comparado com as taxas estaduais e o uso restritivo da episiotomia entre os médicos residentes. Resultados favoráveis, quando comparados com dados de sistemas de informação estadual e nacional, também foram relatados por Darlington et al.⁵⁵ Esses autores mostraram frequências menores para realização da cesárea entre o total dos partos (25,2%) em mulheres com cesárea planejada somadas às com cesárea anterior, que entraram em trabalho de parto (68,2%), e para a primeira cesárea (18,5%).

O tamanho da participação da enfermeira obstétrica parece influenciar o potencial do MC na redução das intervenções e na manutenção da fisiologia do parto. Harris et al.⁸⁴ estudaram entre 2004 e 2010, em Vancouver, Canadá, um grupo de 1.238 mulheres que participaram, durante o trabalho de parto e parto, de um programa interdisciplinar, constituído por médicos (generalistas e obstetras), enfermeiras, obstetras e doulas. O grupo de estudo – mulheres socialmente desfavorecidas - foi pareado com um grupo de controle de também 1.238 mulheres da sua vizinhança, de acordo com a idade, paridade e idade

gestacional. Esse grupo foi assistido também por médicos obstetras, generalistas e obstetras, mas sem o enfoque na interdisciplinaridade.

No grupo das mulheres do programa colaborativo houve número menor de cesáreas (21,1% versus 31,3%) e maior dos partos vaginais espontâneos (63,3% versus 52,7%), com diferenças significativas. Estratificadas pelo provedor do pré-natal, a proporção de parto espontâneo e da cesárea para o grupo das mulheres assistidas pela obstetra e pelos médicos generalistas foram similares em ambos os modelos, mas apresentavam diferenças significativas para os médicos obstetras, cuja participação na assistência ao parto teve queda de cerca de 50% no modelo colaborativo. Da sua clientela do pré-natal, um total de 23 de 1.238 mulheres no programa colaborativo, 15 mulheres (65,2%) foram submetidas ao parto cesáreo no modelo colaborativo, parcela facilmente atribuível a alguma intercorrência ocorrida durante a gestação ou trabalho de parto.

Ainda nesse estudo, a proporção do parto vaginal espontâneo mostrou associação positiva com o programa colaborativo (RR 1,25 IC 95% 1,15-1,36). A proporção do parto vaginal assistido não mostrou diferença e a proporção de cesárea foi menor para o modelo colaborativo. Também algumas intervenções (analgesia peridural, cardiotocografia, episiotomia) foram menos frequentes no modelo colaborativo, com resultados neonatais similares.⁸⁴

Wieggers & Hukkelhoven⁹ também atribuíram a queda na proporção dos partos vaginais assistidos ao aumento concomitante da participação das obstetras de 8% para 26% como provedor da assistência ao parto em nível secundário, entre 2000 e 2009 nos Países Baixos. Embora os autores não tenham afirmados uma associação com o achado devido à metodologia

utilizada, a queda observada dos partos instrumentais (fórceps, vácuo-extração e cesárea) de 44% para 39% no período de aumento da participação das obstetrites, levanta esta hipótese. Deve-se considerar que, nesse país, o hospital somente recebe mulheres referidas do nível primário e, portanto, com indicação para alguma intervenção. Os autores observaram, ainda, que as obstetrites na atenção hospitalar são mais envolvidas com partos espontâneos e com evolução sem complicações.

Segundo Craigin & Kennedy⁸⁵, mulheres com risco moderado frequentemente são assistidas por EO, porque poucas instituições dispõem de unidades exclusivas para assistência às mulheres de risco habitual, lotadas com obstetritz ou EO (midwife-led units). Extrapolando o tradicional grupo de estudo para assistência prestada por EO, os autores encontraram resultados nesse grupo de mulheres que favorecem as EO quando comparadas com os médicos obstetras.

O método utilizado pelos autores, o *Optimal Index*, considera tanto a frequência das intervenções quanto os fatores de risco das mulheres, os quais podem influenciar o uso dessas intervenções. O grupo das mulheres assistidas pelos médicos teve maior carga de fatores de risco, e apresentou, como era de se esperar, um resultado pior em relação às intervenções utilizadas. Enquanto no grupo das mulheres assistidas por enfermeiras obstétricas a proporção de cesárea foi de 5,6%, no grupo dos médicos ela foi de 15,6%. Boas práticas como liberação da dieta, liberdade para movimentação e uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor foram mais frequentes no grupo das enfermeiras. O uso da analgesia peridural foi mais frequentemente utilizado pelos médicos com 51,2% versus 30,8%. Segundo os autores, o tipo de

provedor da assistência explicou 20% das diferenças na frequência das intervenções ou duas vezes mais do que a diferença dos fatores de risco.⁸⁵

Os resultados da assistência a mulheres com patologias, que não apresentaram risco imediato de vida (diabete, uso ilícito de drogas, pré-eclâmpsia, amniorrexe prematura, crescimento intrauterino restrito, hepatite, infecção pelo HIV, doenças sexualmente transmissíveis e outras), analisada por Davidson⁸⁶ de acordo com o tipo de provedor, também favoreceram o grupo assistido por obstetrites num ambiente hospitalar com MC. Esse autor comparou os resultados com dados do sistema de informação nacional e observou que houve maior prevalência do parto vaginal espontâneo e de parto normal após cesárea, bem como menor frequência de parto vaginal assistido e de cesárea no grupo de estudo.

Janssen (2007) et al.⁸⁷ avaliaram o impacto da assistência ao parto de mulheres de risco habitual atendidas por uma obstetrite no ambiente hospitalar. Durante o período de 2 anos, entre 1998 e 1999, mMulheres de risco habitual que preencheram os critérios para assistência em casa de parto foram divididas em um grupo de estudo, (n=488), aquelas que pretenderam parir com obstetrite no hospital e um grupo de controle (n = 572), que pretenderam dar à luz com médico obstetra no hospital. Sendo uma amostra de intenção de tratamento, ela incluía as mulheres com atendimento planejado pela obstetrite, mas posteriormente referidas aos médicos por alguma complicação. Vinte e um por cento foram atendidas pelo médico após transferência.

A proporção de cesárea mostrou diferença significativa, com 10,5% para o grupo do estudo e 16,3% para o grupo de controle. A redução na proporção da cesárea para o grupo de mulheres com atendimento planejado pelas

enfermeiras obstétricas é resultado da diferença na prevalência da cesárea nas mulheres com cesárea anterior. Entre essas mulheres, a proporção de cesárea foi de 23,3% no grupo de estudo versus 67,7% no grupo de controle. Controlando os fatores socioeconômicos e fatores relacionados à gestação, a regressão multivariada indicou uma associação negativa da assistência pela enfermeira obstétrica com a cesariana (OR 0.58; 95% CI 0.39–0.86), com a analgesia (OR 0.26; 95% CI 0.18–0.37), a amniotomia (OR 0.74; 95% CI 0.56–0.98), a monitorização contínua fetal (OR 0.22; 95% CI 0.16–0.30) e a episiotomia (OR 0.62; 95% CI 0.42–0.93).

Outro estudo, realizado por McDermott⁸⁸, não encontrou associação na análise multivariada entre o tipo de provedor e o desfecho em questão, que incluía, numa única variável, aceleração do trabalho de parto com ocitocina, partos vaginais assistidos ou cesárea, remoção manual da placenta, lacerações de 4 grau, internação neonatal e hipotensão materna relacionada com analgesia peridural. Nesse estudo, que foi realizado entre mulheres de risco habitual, admitidas em trabalho de parto, somente a paridade e a dilatação mais avançada na hora da internação foram associadas ao desfecho.

Além das evidências referentes à assistência em Centro de Parto Normal, também nos estudos realizados em ambiente hospitalar pode-se identificar uma tendência, que aponta para o potencial da assistência com acesso à enfermeira obstétrica ou obstetrix em reduzir as intervenções. Entretanto, nos estudos do MC, as metodologias utilizadas são bastante diversificadas e com força de evidência limitada. Ainda, a análise do real efeito da colaboração é difícil, em vista que a colaboração em si não é uniforme e depende de fatores macro e microcontextuais.

1.1.5 O MC no Brasil – uma realidade possível?

No Brasil, iniciaram-se em meados dos anos 70 as discussões em torno da Reforma Sanitária que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) para superar um sistema excludente, que não respondia às necessidades da população. Criticava-se a fragmentação da atenção à saúde com ênfase na formação especializada e curativa, bem como a centralização da atenção no médico e no hospital. A necessidade de organizar a atenção à saúde e os recursos humanos de forma que estimulasse o trabalho multiprofissional foi ainda mais evidente diante do conceito da integralidade da assistência, considerado um dos principais pilares na construção do SUS.

No contexto da construção política do Sistema Único de Saúde, a equipe multiprofissional em saúde é respaldada pela noção da atenção integral ao paciente, considerando o conceito mais amplo do processo saúde-doença e a consolidação da multicausalidade na história natural da doença. A integralidade da assistência designa, na reflexão de Mattos⁸⁹, uma dimensão de práticas assistenciais, um modo de organização do cuidado que consegue atender às diversas necessidades do indivíduo. Segundo Cecim⁹⁰, um projeto terapêutico que procura envolver a integralidade e resolutividade é bastante complexo para ser respondido com um recorte de uma profissão só. O autor destaca a resolutividade do espaço terapêutico quando criado pela atuação complementar e potencializado pela interação de duas profissões. Extrapolando a adição de várias competências profissionais, um trabalho de interdisciplinaridade requer sua mestiçagem, sem supressão das essências de cada um nem sua oposição.

Mesmo que as políticas de saúde e diretrizes operacionais incentivem, favoreçam e respaldem o trabalho em equipe, na prática diária das ações de saúde mantém-se a centralidade do trabalho médico, em torno do qual outros trabalhos especializados se agregam. A atenção básica e, sobretudo, a Estratégia da Família, deu corpo às diretrizes preconizadas pelo SUS referentes à integralidade da assistência e ao trabalho em equipe.⁹¹ Entretanto, na atenção secundária, a complexidade das tecnologias também demanda um trabalho em equipe para garantir a integralidade da assistência e a qualidade da atenção, sem que se anule a especialidade de cada disciplina. A assistência ao parto e nascimento transcende questões puramente biológicas e demanda resposta a necessidades diferenciadas das usuárias, utilizando saberes e práticas de todas as áreas.

Nesse sentido, a incorporação da enfermagem obstétrica no cenário nacional brasileiro significa a construção de uma nova forma de organização do trabalho fundamentado no conceito de equipe interdisciplinar. Peduzzi⁴¹ define o trabalho em equipe:

[...] modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação. (Trabalho em equipe, 2008, p.423).

A autora ainda destaca alguns aspectos fundamentais do trabalho em equipe de integração, distinguindo-a da mera aglomeração de ações isoladas

das diferentes especialidades: comunicação de qualidade, especificidades dos trabalhos especializados, valorização social dos diferentes trabalhos, flexibilização na divisão de trabalho, autonomia técnica de caráter interdependente e construção de um projeto assistencial comum. Esta caracterização não se diferencia das definições utilizadas pelos autores anglo-saxônicos para definir o MC.

O tipo de provedor só foi adicionado recentemente às informações na declaração de nascido vivo, para que se tenha um registro mais fidedigno da participação da EO na assistência ao parto. O Ministério da Saúde, no relatório da gestão 2003 a 2006, estipula que a inserção das EO na assistência na sala de parto estava em torno de 10 a 15%⁹², enquanto a PNDS relata que 12,3% dos partos foram atendidos por um profissional não-médico, variando entre 20,6% no norte do país e 2,6% no sul.²¹

Os fatores sistêmicos desfavoráveis ao MC são diversos no contexto brasileiro, considerando que a construção do MC implica na incorporação de um profissional excluído da assistência nas últimas décadas e existente atualmente em número deficitário no mercado de trabalho. Além disso, a exclusão fez com que esse profissional não fosse conhecido na sociedade e não desfrutasse de reconhecimento por parte da população, dos outros profissionais e mesmo entre seus pares.^{40,93} Entretanto, as mudanças mais recentes na legislação do SUS e as novas políticas de atenção ao parto e nascimento representam elementos favoráveis à implantação de um MC na assistência obstétrica nos serviços do SUS.

No Brasil, a assistência ao parto normal sem distócia pela EO ou obstetrix é permitida por lei federal, o que possibilita sua participação numa

equipe obstétrica.⁹⁴ A Constituição Federal garante também o livre exercício da profissão. Além da Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro há um conjunto de marcos regulamentários que operacionaliza sua atuação no âmbito do SUS, como a autorização para internação hospitalar, a equivalência ao médico do valor da tabela do SUS para pagamento da assistência ao parto normal e a criação dos Centros de Parto Normal, onde a atuação desses profissionais está prevista, mesmo sem a supervisão médica.⁹⁵

No âmbito da saúde suplementar, a assistência prestada ao parto normal pela EO foi possibilitada pela incorporação desse procedimento no rol de procedimentos definidos da Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS).⁹⁵ Ainda, foram financiados entre 1999 e 2004 pelo governo federal, 76 cursos de especialização em enfermagem obstétrica em todo Brasil, formando 1366 enfermeiras obstétricas⁹⁶, e, recentemente, foi criada a Residência Profissional em Enfermagem Obstétrica pelo Ministério da Educação.

A criação dos CPNs significa uma grande conquista nesse cenário, embora ainda existam poucos em funcionamento devido à resistência e à força do modelo intervencionista e tecnicista.⁹² Na Rede Cegonha²⁷, visando a transformação do modelo assistencial, a implementação de CPN é apoiada com incentivo financeiro, e espera-se que eles impactem na qualidade da assistência futuramente. O trabalho em conjunto das duas categorias profissionais no ambiente hospitalar, onde a maioria das mulheres brasileiras dá à luz, ainda é controverso e os avanços ocorrem num ritmo muito lento. Na maioria dos serviços, a assistência pelo não-médico continua na marginalidade.

Mesmo o entendimento sobre a prática colaborativa é divergente entre as duas categorias profissionais. Enquanto os médicos interpretam-na como a

convivência harmônica na qual a enfermagem executa sua função de ajudante realizando tarefas delegadas, com supervisão, para diminuir a sobrecarga dos médicos no plantão, as EO a compreendem como uma prática complementar, onde se discutem os casos com respeito mútuo da opinião do outro e elas têm autonomia para trabalhar sem supervisão nos casos que competem a elas.^{69,74}

Não há diretrizes do Ministério da Saúde, além do protocolo sobre a assistência em CPN, ou das secretarias dos estados que regulamentam a colaboração entre as especialidades, esclarecendo a responsabilidade jurídica e detalhando as situações de consulta e referência. O protocolo da assistência ao parto do Estado de Minas Gerais, por exemplo, contempla a atuação em equipe multiprofissional e da enfermeira obstétrica, mas não detalha competências e área de atuação.⁹⁷ O protocolo da atuação da enfermagem obstétrica da SMS do Rio de Janeiro, elaborada quase 20 anos após o início da política municipal de incorporação da EO, mostra a lentidão do processo, embora ele seja uma importante conquista no caminho rumo à integralidade e trabalho em equipe.⁹⁸

Em estudo sobre a visão do profissional médico sobre a atuação da EO num hospital universitário de Recife, as falas reconhecem e valorizam o potencial dessa profissional, desde que sua atuação seja regulamentada e ocorra em estreita colaboração ou sob supervisão do médico⁷⁴. Os marcos regulamentários, que possibilitam uma ação mais autônoma da enfermeira obstétrica, são pouco conhecidos por esses profissionais. Serve como exemplo a emissão da autorização para internação, que é permitida e regulamentada no SUS pela EO, desde que o profissional esteja devidamente registrado pela direção da instituição para tal função. A inexistência de estudos a respeito da

emissão de AIH pela enfermeira obstétrica leva a pensar que isso não seja um procedimento utilizado de forma rotineira pelas instituições.

Os dispositivos legais elaborados a partir da incorporação do movimento da humanização da assistência ao parto fortaleceram a enfermagem obstétrica. Enquanto política de saúde, a humanização da assistência integra tanto médicos quanto EO, mas para a última as diretrizes políticas deram um novo destaque e visibilidade e possibilitaram seu reconhecimento no cenário assistencial. As EO no Rio de Janeiro mostram aderência ao modelo humanizado e acreditam na possibilidade da transformação do modelo vigente, especificamente no seu papel como agente transformador.^{99,100,101,102}

O cenário nacional, em relação à inserção da enfermeira obstétrica e da construção do MC, se apresenta bastante diverso e os avanços ainda são pontuais. Enquanto há progressos, principalmente registrados no cenário carioca, estudos sobre egressos dos cursos de especialização de enfermagem obstétrica em outras regiões revelam uma atuação mais limitada. Em Santa Catarina e na Bahia, somente 30 a 50% atuam após término do curso na assistência direta ao parto, levantando dúvidas sobre a efetividade da formação da EO como estratégia de transformação da assistência e instiga sobre a reformulação da formação. A maioria dos egressos de cursos de especialização afirma que realiza assistência ao parto somente quando suas atribuições administrativas permitem, como nos casos em que atua como docente, na ausência temporária do médico ou quando tem sua permissão explícita. A hegemonia do modelo tecnicista que não corresponde à filosofia profissional da EO, as contradições entre as políticas nos diferentes níveis de

gestão, e a inércia dos órgãos governamentais são apontadas como barreiras na incorporação dessas profissionais na equipe de assistência ao parto.^{103,104}

Nesse cenário, não surpreende que a prática de EO não seja garantia para uma assistência diferenciada e para a redução das intervenções. Narchi¹⁰⁵ e Pereira e Dantas¹⁰⁶ relatam um alto grau de intervenções na assistência hospitalar ao parto prestada por enfermeiras obstétricas na zona leste de São Paulo e numa maternidade no município do Rio de Janeiro, embora essas profissionais se mostrem alinhadas com os preceitos teóricos da humanização e tenham conhecimento sobre as práticas baseadas em evidências. Segundo os autores, as EO ainda são impedidas de atuar com autonomia, competência e qualidade pela desvalorização da sua capacidade profissional. Os obstáculos relatados nos estudos se referem à falta de colaboração, à força da decisão médica sobre as condutas, às condições precárias e ao excesso de trabalho para poder atuar de forma congruente com seus preceitos profissionais. Também a falta do apoio da gerência e de implantação de políticas institucionais favoráveis, assim como o acúmulo de funções administrativas e assistenciais, dificultam sua participação na assistência ao parto.

Os conflitos entre as duas categorias permeiam a prática diária de forma constante.^{69,101} Sobretudo na sobreposição de competências, como é o caso dos partos de risco habitual, as diferenças entre as duas profissões nas concepções sobre a parturição e as práticas utilizadas geram as divergências. O enfrentamento dos conflitos traz uma gama de estratégias entre a imposição e a criação de relações amigáveis, sendo gentil e até servil em certas circunstâncias, e gera, também, a criação de espaços específicos para a atuação da enfermagem obstétrica nas maternidades, como é o caso da sala

de relaxamento na maternidade Alexandre Fleming no Rio de Janeiro.¹⁰¹ A prática diária da EO e a construção do MC no contexto brasileiro é um constante desafio à competência política e técnica dos atores para negociar os consensos e modificar as estruturas de poder na instituição.

Enquanto há, no país, EO que assumem a assistência obstétrica e ainda se engajam na luta para a humanização da assistência, outras se apresentam um tanto passivas e alienadas à restrição da sua atuação na assistência ao trabalho de parto e parto. Embora expressem vontade de executar suas competências adquiridas, esta não se traduz numa consciência e postura ativa suficiente para partir para o enfrentamento da situação atual e para a defesa dos seus ideais sobre a assistência ao parto. Elas se contentam com a execução de cuidados coadjuvantes na assistência ao parto, seja assistencial ou na função de gerente da unidade, sem efetivar tentativas e desenvolver estratégias para romper com os padrões estabelecidos na constelação das hierarquias institucionais. A insegurança e a falta de confiança na sua habilidade técnica também são fatores que contribuem para a alienação^{107,108}. A falta de espaço de atuação tanto interfere na formação quanto na atuação da enfermeira obstétrica.^{103,104}

O curso de obstetrícia não-médica pela Universidade de São Paulo foi criado frente à qualidade questionável dos cursos de especialização em EO, assim como pela falta de atitude ético-política e ativa dos egressos dos cursos de especialização na transformação da assistência.^{93,109} As recém-criadas residências de Enfermagem Obstétrica também são uma estratégia promissora para qualificação da formação e para interferir na inserção e no modelo assistencial.

No cenário diversificado da inserção da EO e da construção do trabalho colaborativo, há avaliações positivas, tanto pelas EO quanto pelos médicos. A equipe reconhece seu papel na introdução de práticas não invasivas para qualificar e humanizar a assistência, na redução das intervenções e dos custos da assistência, e na otimização do uso dos recursos humanos, bem como no aumento do acesso à assistência.⁹³ Entretanto, os limites da sua atuação, restrita ao acompanhamento do trabalho de parto ou assistindo o parto de forma integral e atuando de forma subordinada ou com autonomia, permanecem controversos entre os participantes e dependem da categoria profissional.^{74,108} A respeito do profissional não-médico no cenário atual, Riesco e Fonseca⁹³ afirmam:

A parteira ideal é mais qualificada do que outros não-médicos e conhece seu devido lugar na assistência. Esse lugar, aparentemente estabelecido por critérios técnicos – normalidade e fisiologia do parto – é delimitado politicamente, na medida em que os limites de atuação da parteira são historicamente ditados por sua situação de mulher e de não-médico (Riesco, Fonseca, 2002, p.696).

Um destaque no cenário nacional é o contexto do município do Rio de Janeiro devido à incorporação, de forma sistemática, da EO na política de assistência hospitalar, visando a humanização da assistência ao parto e nascimento. Essa política tomou impulso a partir de 1998, quando a atuação da enfermeira obstétrica foi expandida no pré-natal e na assistência ao trabalho de parto e parto para todos os serviços municipais em determinada região do

município. Embora a incorporação da enfermagem obstétrica sempre fosse vivenciada num ambiente tenso, marcado pela luta pelo espaço, o apoio explícito das instâncias políticas fez com que esse modelo se consolidasse em seis das dez maternidades públicas municipais, além de um Centro de Parto Normal que funciona exclusivamente com EO.¹⁰⁰

A EO marca importante participação na assistência direta ao trabalho de parto e parto nesse município tendo sido responsável pela assistência em 23,8% dos nascimentos nessas maternidades em 2008, 19% em 2009 e 21,7% no primeiro semestre de 2010. Em análise das reflexões sobre sua prática, as EO se consideram diferenciadas do modelo tecnicista e destacam sua proximidade com as necessidades da mulher. Elas reconhecem seu papel nas mudanças ocorridas, não somente em relação à assistência, mas também referente às relações interpessoais, que se tornaram mais democráticas e recíprocas. Entretanto, uma sensação de insegurança e hesitação entre elas aponta ainda para a vulnerabilidade da situação e o constante desafio que sua prática significa.¹⁰⁰

A trajetória da enfermagem obstétrica carioca mostra que a conscientização ético-política das enfermeiras sobre seu potencial e seu diferencial na assistência, o investimento na qualidade da formação, a aliança com as instâncias políticas e o apoio institucional tiveram importante contribuição para o sucesso da incorporação da enfermeira obstétrica na assistência à gestação e ao parto, possibilitando a construção do MC.

O estado e o município de São Paulo apresentam, tradicionalmente, um número maior de EO inseridas na assistência ao parto institucional, decorrente da oferta de maior número de escolas de especialização no estado e no

município, sendo a Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo um polo importante na formação deste profissional. Em Minas Gerais, especificamente no município de Belo Horizonte, também há instituições com atuação importante da EO na assistência. Além da instituição que foi objeto de estudo desta tese, em qual a EO está atuando desde da fundação do hospital em 1985, ainda há outro hospital público com atuação importante da EO na assistência.

A política municipal de apoio ao modelo humanizado da Secretaria Municipal está avançando na mudança das práticas assistenciais. Enquanto a atuação da EO na época da coleta dos dados ainda era limitada aos dois hospitais, hoje já se observa sua atuação, mesmo ainda pontual, também nos hospitais com MT. As mudanças ocorridas sugerem, bem como no caso carioca, que o apoio gestor municipal é fundamental.

Entretanto, no cenário nacional, embora haja ainda outras situações pontuais nas quais a incorporação da EO esteja ocorrendo, a atuação da grande maioria não ocorre de forma sistematizada, ao ponto de poder influenciar o modelo assistencial e seus resultados.

Na construção do MC no contexto brasileiro há barreiras importantes para que as EO consigam assumir seu papel na transformação do modelo tecnicista, sejam elas dependentes de fatores sistêmicos, institucionais, relacionais ou ligados à própria postura ético-política das EO. Entretanto, embora ocorrendo lentamente, também são visíveis avanços no contexto atual, apoiados pelas políticas públicas favoráveis. O trabalho colaborativo adquiriu visibilidade e força, mas ainda há uma distância considerável entre o contexto atual e o ideal da prática compartilhada e complementar.

1.2 Detalhamento Metodológico

1.2.1 Contexto Municipal

Uma abordagem contextual da política municipal pode ser útil para a compreensão do modelo colaborativo, considerando que a política municipal se tornou referência para a Rede Cegonha em alguns aspectos, como em relação ao Fórum Perinatal como instrumento na promoção da qualidade e à promoção do parto normal. Além disso, o hospital com MC é um importante parceiro tanto para a Secretaria Municipal quanto para o Ministério da Saúde.

O município tem gestão plena e é pólo da microrregião de saúde Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté, com 13 municípios e uma população adscrita, em 2009, de 3.339.836 habitantes e pólo da macrorregião Centro, com 104 municípios e uma população adscrita de 6.357.604 habitantes.¹¹⁰

A atenção ao pré-natal de risco habitual é realizada nas equipes da Estratégia da Saúde da Família, enquanto o pré-natal de alto risco é gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde, através da Central de Marcação, que distribui as consultas entre os hospitais credenciadas para o pré-natal de alto risco. O fluxo de atendimento prevê um vínculo formal entre as unidades da Estratégia da Saúde da Família e as maternidades, de acordo com a região de residência da gestante e as vias de acesso de transporte público. A distribuição dos leitos para a assistência ao parto é regulada por uma central municipal de regulação, que assume a procura e a transferência, quando as mulheres não encontraram vaga nas maternidades para a assistência ao parto, evitando a peregrinação por conta própria. O transporte é assumido pelo

hospital que transfere, após ter prestado o acolhimento e o primeiro atendimento.

Um papel fundamental na assistência no município é atribuído à Comissão Perinatal, instituído de forma permanente como fórum de discussão, negociação e de constituição de acordos éticos e formais entre os atores envolvidos na assistência, visando a organização e o fortalecimento de uma rede perinatal, capaz de avançar na redução da mortalidade e morbidade materna e neonatal. De caráter deliberativo, ela executa o planejamento, avaliação, monitoramento, divulgação e gestão de ações de saúde na assistência obstétrica para adequação dos serviços às necessidades da população. Como fórum interdisciplinar e interdepartamental, ela representa um espaço coletivo onde temas relevantes podem ser discutidos e de onde podem surgir soluções, um espaço de materialização de inquietudes e atenuação de distorções entre o gestor e os serviços, bem como um espaço para o controle social pelas próprias usuárias dos serviços. Ele se reúne de forma regular e presencial uma vez por mês, mas se estabelece também um contato permanente entre os participantes e grupos de trabalho de assuntos específicos são frequentemente formados.^{111,112}

Além de tratar assuntos, que surgem da realidade assistencial do município, a Comissão Perinatal tem como finalidade também a mudança do modelo assistencial e do paradigma no nascimento, através da implementação de práticas clínicas com base nas melhores evidências, bem como a promoção de um atendimento respeitoso que garante os direitos das usuárias e suas famílias. Seu caráter democrático e plural se revela na sua composição, que é aberta, mas traz a representação de todos os envolvidos na assistência. Ela é

constituído por: setores estratégicos da secretaria da saúde, representantes dos serviços (o diretor da obstetrícia, da neonatologia e da enfermagem de cada hospital vinculado ao SUS), a Associação Mineira dos Hospitais, representantes das organizações profissionais (Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstétrica, Sociedade Mineira de Pediatria, Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica), os Conselhos profissionais, Conselho Municipal de Saúde, representantes de associações de usuárias (Pastoral da Criança, Rede Feminista), Coordenadoria Municipal dos Direitos da Mulher e da Criança e um representante da promotoria pública.^{111,112}

Belo Horizonte teve êxito na vinculação efetiva das gestantes e na regulação dos leitos obstétricos, erradicando a peregrinação das mulheres em trabalho de parto; regulou o fluxo do pré-natal de alto risco e garante o atendimento para cada mulher que dele precisa; fechou maternidades de baixa qualidade e redistribuiu os leitos; aumentou a oferta de leitos de CTI neonatal; faz monitoramento constante da qualidade da assistência através de avaliações dos prontuários e da satisfação das usuárias com entrevista de 5% das parturientes pelo supervisor hospitalar; investiga cada óbito, inclusive o óbito fetal; organiza eventos e treinamentos para qualificar os profissionais e promover a mudança do paradigma tecnicista de assistência. O direito ao acompanhante durante do trabalho de parto foi Lei municipal antes de se tornar Lei federal e sua presença é garantida em todos os hospitais vinculado ao SUS; houve aumento da oferta da analgesia para o parto e a SMS organiza o recrutamento e a formação das doulas comunitárias para os hospitais da rede. Desde 2008 o município pactua com cada hospital o atendimento, através do “termo de compromisso” com base em indicadores oficiais (boas práticas,

ambiência e enfermagem obstétrica), que determina o recebimento de incentivos financeiros.^{111,112} Em 2007 institui o *Movimento BH pelo Parto Normal*, movimento plural de usuárias e profissionais com mobilização permanente para ações de divulgação de direitos e da assistência obstétrica baseada em evidências entre as mulheres em parceria com universidades e hospitais. Elaborou material informativo e mantém um site no meio digital. Atualmente, o grupo da obstetrícia do Fórum Perinatal está elaborando diretrizes únicas para a assistência ao parto valendo para todo município.^{111,112}

São sete maternidades vinculadas ao SUS: duas são filantrópicas, uma é municipal, duas são da rede estadual e duas são vinculadas a hospitais universitários. No ano de 2011, das 47.835 crianças nascidas em Belo Horizonte, 27.632 nasceram nessas maternidades.¹¹³

No município foram encontrados na época das duas pesquisas três tipos de modelos de assistência: um modelo tradicional (MT) centrado na atuação do médico obstetra, que é o predominante no Brasil e, outro modelo, considerado colaborativo (MC), com participação sistemática da enfermeira obstétrica na equipe hospitalar prestando assistência direta ao trabalho de parto e a assistência com atuação exclusiva de enfermeiras obstétricas (*midwife-led unit*) num CPN adjacente ao hospital com MC.

1.2.2 Delineamento dos Estudos

Trata-se de estudos observacionais e analíticos com delineamento transversal, que enfocam diversos modelos de assistência em diversas instituições hospitalares do município de Belo Horizonte.

1.2.3 Detalhamento metodológico do primeiro e segundo artigo

1.2.3.1 Local do Estudo

Modelo tradicional

Três hospitais compõem o grupo do modelo tradicional: um hospital filantrópico e dois hospitais estaduais. Em 2008, esses hospitais atenderam 4.555 partos em nulíparas, apresentaram uma proporção média de cesárea de 32,5% e prevalência de prematuridade de 10,5%. As enfermeiras obstétricas lotadas no pré-parto desses hospitais realizam o acolhimento com classificação de risco, mas não atuam na assistência ao trabalho de parto e parto.

Em todos os três serviços o monitoramento do trabalho de parto é realizado de forma intermitente com o sonar e todos têm um cardiotocógrafo à disposição para os casos indicados como mulheres com gestação de alto risco, suspeita de estado fetal não tranquilizador durante o trabalho de parto ou indução. Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor estão disponíveis para as mulheres durante o trabalho de parto, além da oferta de analgesia medicamentosa 24 horas por dia. A presença do acompanhante da parturiente é rotina. A atuação de doulas comunitárias foi implantada, embora não há doulas em número suficiente para garantir sua presença para todas as mulheres.

Nesses hospitais ainda não há adequação à RDC 36 / 2008¹¹⁴ e as mulheres permanecem durante o trabalho de parto, num préparto tradicional compartilhando o mesmo espaço. Entretanto, cada mulher tem sua privacidade

garantida por cortinas, que subdividem o préparto em espaços individuais, as quais têm, além do leito e da mesa de cabeceira, uma cadeira para o acompanhante. Para o período expulsivo, a parturiente é levada ao bloco obstétrico, ou, quando o préparto é situado dentro do bloco obstétrico, para a sala de parto com mesa litotômica. O parto é assistido, exclusivamente na posição litotômica. Por esse motivo, a posição na hora do parto não foi utilizada na comparação da assistência. Após o parto, a puérpera é logo transferida para o alojamento conjunto, disponível em todos os hospitais. O recém-nascido é assistido por um médico, em geral o residente de pediatria ou um pediatra/neonatalogista de plantão.

Todos os hospitais dispõem de CTI neonatal e/ou materno e programa de residência médica (obstetrícia e pediatria), sendo a assistência ao trabalho de parto e parto realizada pelo residente com supervisão do preceptor. Em caso de complicações ou sobrecarga de trabalho, o preceptor assume a assistência. Além de residentes, também há a presença e atuação esporádica de estudantes de medicina às mulheres em trabalho de parto. Em nenhum dos serviços há uma proporção de um residente por uma parturiente. Em geral o préparto de seis leitos fica a cargo de um ou dois residentes.

Em 2011, nos 3 hospitais que compunham este grupo foram assistidos 2198 partos em primíparas com proporção de cesárea de 30,5% e prevalência de prematuridade de 13,4%.¹¹³

Modelo colaborativo

O hospital que representa o MC é um hospital filantrópico e especializado em assistência obstétrica e neonatal. Ele começou a funcionar em 1982, com 6 leitos pediátricos e 6 leitos obstétricos, ambos em alojamento conjunto, e foi ampliando suas atividades de forma progressivamente, sempre vinculado somente ao SUS. O apoio comunitário foi fundamental desde sua fundação e o hospital instituiu um Conselho de Saúde próprio em 1990. A gestão participativa, atribuição do colegiado diretor, composto por 16 diferentes categorias profissionais, além da Associação Comunitária dos Amigos e Usuários e o Conselho de Saúde, é ponto chave na gerência do hospital. ¹¹⁵

A filosofia da instituição se fundamentou na Declaração de Alma-Ata, ponto chave para os teóricos da saúde coletiva, que pensaram e iniciaram o SUS no Brasil. Premissas da humanização que somente mais tarde iam tornaram política pública, constituíram os pilares da assistência desde sua fundação. Seguem, a exemplo, alguns componentes da assistência, que revelam atitudes inovadoras: O fato, que o atendimento às parturientes e às crianças foi já planejado como alojamento conjunto, sem que nunca houve um berçário; a assistência ao parto normal por enfermeiras obstétricas; a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e no puerpério e o incentivo à amamentação; a permanência das mães junto com os recém-nascidos prematuros antes da instituição do CTI neonatal. O hospital também introduziu em 1997, como primeiro hospital no Brasil, as doulas comunitárias, e conta com a presença de um *ombudsman* diariamente. O Centro de Parto Normal

funciona desde 2001 e a Casa das Gestantes, que se tornou modelo para o Brasil, funciona desde 2007 para gestantes que necessitam uma monitorização mais rigorosa, mas não precisam ser internadas.¹¹⁵

O caráter interdisciplinar e a autonomia da enfermeira obstétrica sempre foram características fortes na organização da assistência. As enfermeiras obstétricas assistem 81,4% (2013) dos partos vaginais e atuam na Casa das Gestantes e na Unidade Avançada para estantes e puérperas de alto risco. Internam as parturientes em trabalho de parto espontâneo, dão alta nas puérperas de risco habitual, e realizam o primeiro exame e dão alta no recém-nascido do risco habitual. Entretanto, a colaboração entre o médico obstetra e a enfermeira obstétrica se dá em todos os momentos através da discussão dos casos, que necessitam de consulta ou da presença física do médico. Além das responsabilidades entre as categorias profissionais, os protocolos clínicos definem condutas de tal forma, que a atuação da EO pode ser ampla, mas circunscrita.¹¹⁶

O hospital dispõe de Unidade Intensiva Neonatal e Unidade Materna de Cuidados Intermediários, além de um Centro de Parto Normal peri-hospitalar para as mulheres de risco habitual. As mulheres com patologias como síndromes hipertensivas, infecções, diabetes, trabalho de parto prematuro, amniorrexe prematura, e com gestação prolongada, assim como mulheres com desejo de analgesia medicamentosa são atendidas na maternidade, enquanto as mulheres de risco habitual e que não desejam analgesia podem optar para o atendimento no CPN. Mulheres com outras patologias graves, que necessitam de uma vaga em uma UTI, recebem inicialmente os cuidados em uma unidade de terapia intermediária até sua transferência.

Uma descrição do fluxo do atendimento nesse modelo assistencial é considerada necessária para a compreensão da organização do trabalho da enfermeira obstétrica e do médico obstetra. Ao procurar o hospital por alguma queixa, a parturiente é acolhida e atendida de acordo com o protocolo de classificação de risco do município. Sendo de risco habitual, ela é atendida por uma EO e, no caso da internação, encaminhada para o pré-parto, com a prescrição assinada pela EO, que segue o protocolo institucional.

QUADRO 1: Divisão das competências no MC estudado

Atuação autônoma Enfermeira obstétrica	Atuação em colaboração	Atuação exclusiva do médico obstetra
TP espontâneo, > 37 semanas, apresentação cefálica	Indução do TP	Laceração de 3º e 4º
Mecônio fluido com CTG Categoria 1 da ACOG	TP prematuro	Parto instrumental
Infecções gestacionais tratadas e controladas	Estreptococo positivo	Parto cirúrgico
TP com analgesia peridural	Mecônio com estado fetal tranquilizador	Deterioração da condição clínica materna
Trabalho de parto com ruptura das membranas < 18 horas	Condição clínica materna patológica, mas TP sem complicações (síndromes hipertensivas, diabete gestacional, infecção)	Estado fetal não tranquilizador
	TP sem modificação do colo com > 2 horas a direita da curva de alerta do partograma, com indicação de ocitocina ou RAM	Sangramento
	Ruptura das membranas > 18 horas	Apresentações anômalas
		Parada da descida do polo cefálico com dilatação > 6cm por > 2 horas, com TP ativo, amniotomia e após uso de mudanças de posição, ocitocina e RAM

Fonte: Hospital Sofia Feldman. Atribuições e atribuições da equipe assistencial

Quando a internação ocorre na fase inicial do trabalho de parto ou no caso de indução, a assistência é prestada em uma sala de pré-parto convencional porém, se ocorrer na fase mais avançada, ela entra diretamente para uma das cinco unidades pré-parto/parto/pós-parto (PPP). As mulheres de risco são examinadas pelo médico e encaminhadas ao pré-parto ou às unidades PPP com a prescrição adequada ao seu caso para a assistência ao trabalho de parto e parto. No pré-parto e nas PP, a EO assiste as mulheres durante todos os estágios do trabalho de parto, de acordo com o protocolo clínico⁷⁸, de conhecimento de ambas as categorias profissionais. Com exceção de partos gemelares e partos com apresentações anômalas, todos os partos vaginais são assistidos pela EO, desde que o trabalho de parto ocorra sem intercorrências e/ou deterioração do estado clínico materno ou fetal, o que demandaria a presença do obstetra. Entretanto, na assistência ao trabalho de mulheres com gestações de risco, a EO mantém o médico ciente sobre a evolução do trabalho de parto e determina a conduta a ser adotada.

Em 2011, ano de coleta para a pesquisa abordada no primeiro e segundo artigo, nesse hospital foram realizados 2441 em primíparas entre 22 e 42 semanas de gestação e 6891 partos em múltiparas totalizando 9332. A proporção de cesárea neste ano nas primíparas foi de 23,5%, e a prevalência de prematuridade de 16,2%.¹¹³ Apesar do atendimento seja realizado com participação importante da EO e ampliação das suas competências além do encontrado habitualmente no contexto brasileiro, os indicadores neonatais são similares às dos hospitais com MT e a proporção da cesárea permanece a mais baixa dos hospitais do município (informação da SMS de Belo Horizonte).

1.2.3.2 População

A população do estudo foi definida a partir dos seguintes critérios de inclusão: parturientes primíparas do grupo 1, 2 e 10 de Robson¹¹⁷ que deram à luz em quatro instituições do mesmo município com atendimento pelo SUS, no ano de 2011, com fetos únicos. Estes critérios determinaram a inclusão de primíparas tanto de risco habitual quanto de risco, das com trabalho de parto induzido e das com idade gestacional prematura. Segundo o Quadro 2, as primíparas, que cumpriram os critérios de inclusão pertenciam ou ao grupo um (trabalho de parto espontâneo, apresentação cefálica, feto único e > 36 semanas), ao grupo dois (trabalho de parto induzido ou cesárea eletiva apresentação cefálica, feto único e > 36 semanas) ou ao grupo dez (gestação prematura, feto único, apresentação cefálica, qualquer paridade)

Este *case mix* das gestantes foi do interesse dos autores, uma vez que ele também é habitualmente encontrado nos hospitais e a assistência da equipe no MC não prevê o cuidado exclusivo de um tipo de categoria profissional provedor para determinada parturiente de acordo com seu estado de risco. A avaliação da assistência ao conjunto das parturientes reflete melhor a realidade assistencial brasileira.

As parturientes foram agrupadas de acordo com o local do parto: o grupo de estudo foi assistido numa única instituição com MC e o grupo controle foi constituído pelas mulheres atendidas nas três instituições das 5 existentes no município com MT.

A escolha pelas primíparas se deu porque merecem atenção especial por estarem sob maior risco de serem submetidas a uma cesárea, com prejuízo

para seu futuro reprodutivo. Além disso, espera-se que as primíparas se beneficiem mais da presença contínua e do cuidado dispensado pela enfermeira obstétrica, por ter, em geral, um trabalho de parto mais longo, que demanda suporte emocional maior. O estudo enfocou também os grupos um, dois e dez de Robson devido a sua contribuição importante na proporção geral da cesárea no Brasil¹¹⁸.

QUADRO 2

Classificação de parto cesáreo segundo as categorias de Robson

1- Primípara, gestação única, cefálica, \geq 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
2- Primípara, gestação única, cefálica, \geq 37 semanas, com indução ou cesariana anterior ao trabalho de parto
3- Multípara, (excluindo cesariana anterior) gestação única, cefálica, \geq 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
4- Multípara, (excluindo cesariana anterior) gestação única, cefálica, \geq 37 semanas, com indução ou cesariana anterior ao trabalho de parto
5- Com cesárea anterior, gestação única, cefálica, \geq 37 semanas
6- Todos partos pélvicos em primíparas
7- Todos partos pélvicos em multíparas (incluindo cesariana anterior)
8- Todas as gestações múltiplas (incluindo cesariana anterior)
9- Todas as outras apresentações anormais (incluindo cesariana anterior)
10-Todas as gestações únicas, cefálicas, $<$ 37 semanas (incluindo cesariana anterior)

Fonte: Robson (2001)

O Quadro 2 mostra os grupos de classificação de Robson, cujas categorias são mutuamente exclusivas. As primíparas dos grupos 6 e 9 foram excluídas, porque há indicação para a cesárea eletiva e, portanto, não há possibilidade de impacto do modelo colaborativo, enquanto as primíparas do grupo 8 foram excluídas do estudo por causa da baixa incidência da gestação múltipla na população.

1.2.3.3 Amostra

Como critérios de inclusão para os hospitais, foram definidos a vinculação com o SUS, a disponibilidade de unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal e/ou materna, atendimento ao risco habitual e ao alto risco, assim como a equivalência dos protocolos clínicos para indução do trabalho de parto. Esses critérios foram adotados para assegurar uma maior homogeneidade das parturientes, tanto em relação a características sócio-demográficas quanto ao risco reprodutivo. Foram excluídos:

- Hospital das Clínicas, por ser o hospital de referência para medicina fetal, o que poderia introduzir um viés de seleção na amostra.

- Um hospital com MC, por atender apenas o risco habitual.

Houve uma recusa de participação na pesquisa de um hospital cuja maternidade presta assistência com MT.

A amostra do estudo é uma amostragem de conveniência. Para o cálculo utilizaram-se os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, poder de teste de 80% e valores de prevalência de 75% no modelo colaborativo e de 65% no modelo tradicional para o parto vaginal. Assim, a amostra mínima necessária para afirmar diferenças estatisticamente significativas entre os dois modelos nesse estudo é de 325 parturientes para cada grupo (bicaudal). Com estas prevalências, obteve-se uma diferença menor do que as informadas pela Secretaria Municipal para o ano base (2008), o que determinou o cálculo com um n amostral maior, e, conseqüentemente, inferências mais conservadoras. A amostra foi calculada utilizando-se o Software Epiinfo, versão 7.

1.2.3.4 Coleta dos Dados

A coleta de dados incluiu coleta das informações do prontuário (Apêndice 1) e entrevista com a puérpera (Apêndice 2). Durante todos os dias da semana, o livro de registro de partos era revisto e confeccionada uma lista com os nomes e o número de prontuários das mulheres primíparas, que deram à luz no dia anterior e preencheram os critérios de inclusão. Estas foram entrevistadas, seguindo o instrumento de coleta cuja elaboração foi orientada pelo instrumento da coleta dos dados utilizado na pesquisa *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*.

A entrevista foi realizada por estudantes de enfermagem, previamente treinadas, a partir de 6 horas após parto e após assinatura do termo de consentimento. A coleta dos dados do prontuário foi realizada pela própria pesquisadora em visitas diárias às maternidades e cobriu dados de até 48 horas após o parto. Nos casos em que o prontuário não foi mais encontrado na maternidade, este foi procurado no serviço de faturamento ou no serviço de arquivo.

A coleta de dados foi realizada de forma consecutiva nos quatro hospitais entre março e junho de 2011. Isto se devia à limitação da pesquisadora em acompanhar e coletar os prontuários dos 4 hospitais simultaneamente. Primeiramente foi coletada a amostra no hospital com MC, que apresenta fluxo diário muito alto de parturientes e atende, aproximadamente, o mesmo número de mulheres do que os três hospitais com MT em conjunto. A coleta foi encerrada nesse hospital, quando se atingiu 333 prontuários, repondo as perdas constatadas durante a coleta e a exclusão de

três parturientes com distúrbio psiquiátrico. A partir desse número, foi calculada a distribuição dos prontuários/entrevistas, entre os outros hospitais, de acordo com a distribuição dos partos entre os hospitais, no ano base de 2008 (Quadro 3). Ao incluir os dados dos prontuários/entrevistas de forma sequencial em cada hospital, repondo as perdas durante a coleta pela extensão no período da coleta, a amostra final foi de 655 prontuários/entrevistas.

QUADRO 3

Distribuição dos prontuários/entrevistas entre os 4 hospitais participantes da pesquisa

Hospital	Partos assistidos em primíparas em 2008		Distribuição na amostra	
	N	%	N	%
HSF – MC	4774	51,1	333	50,8
Santa Casa – MT	1723	18,5	125	19,1
Maternidade Odete Valadares – MT	1650	17,7	118	18,0
Hospital Júlia Kubitscheck – MT	1182	12,7	79	12,1
Total	9329	100	655	100

Os dados fomentaram um banco, construído em SPSS, versão 17 para proceder à análise.

1.2.3.5 Validação

Os dados foram digitados pelas acadêmicas de enfermagem, a análise da qualidade da digitação e a correção do banco foram realizadas pela pesquisadora, recorrendo-se ao prontuário quando necessário.

Para avaliar a ocorrência de perda seletiva, as características obtidas pela Declaração de Nascidos Vivos e pelo prontuário referentes à idade,

escolaridade, estado civil, tipo de parto, Apgar do recém-nascido, número de consulta de pré-natal, hospital, modelo assistencial e grupo de Robson das mulheres consideradas perdas foram comparadas com as da população do estudo. Segundo a Tabela 1 abaixo, que lista os dados comparados, não houve perda seletiva.

TABELA 1
Comparação das perdas em relação ao banco

	Perdas		Não perdas		P –valor
	n	%	N	%	
Idade					0,712
<18	7	22,6	134	20,5	
>35	0	0	13	2,0	
18-35	24	77,4	508	77,6	
Situação conjugal					0,097
Solteira	15	48,4	222	33,9	
Casada	16	51,6	433	66,13	
Grupos de Robson					0,136
1	12	38,7	353	53,9	
2	13	41,9	236	36,0	
10	6	19,4	66	10,1	
Modelo assistencial					0,333
MC	13	41,9	333	50,8	
MT	18	58,1	322	49,2	
Apgar no 5º minuto					0,625
0-6	0	0	5	0,8	
>6	31	1000	650	99,2	
Escolaridade					0,736
Fundamental incompleto	6	19,4	126	19,2	
Fundamental completo	15	48,4	275	42,0	
Ensino médio e mais	10	32,3	254	38,8	
Número de consultas de pré-natal					0,116
<6	11	35,5	150	23,2	
≥6	20	54,5	497	76,8	
Tipo de parto					0,859
Vaginal espontâneo	22	71,0	436	66,6	
Fórceps	2	6,5	42	6,4	
Cesárea	7	22,6	177	27,0	

1.2.3.6 Variáveis

As variáveis foram coletadas a partir do prontuário e da entrevista. A fonte da informação se encontra em parênteses na listagem abaixo.

Foram estudadas as seguintes variáveis:

- Características sócio-demográficas

- Idade (entrevista);
- Escolaridade (entrevista);
- Nível sócioeconômico (entrevista);
- Raça/Cor (entrevista);
- Situação conjugal (entrevista);
- Trabalho remunerado (entrevista).

- Características clínico-obstétricas relacionadas ao período antenatal

- Etilismo (entrevista);
- Fumo (entrevista);
- Número de consultas no Pré-natal (prontuário);
- Local do Pré-natal (entrevista);
- Índice de massa corporal (entrevista);
- Antecedentes clínicos (prontuário);
- Intercorrências na gestação (prontuário);
- Classificação de Robson (prontuário).

- Características do trabalho de parto

- Idade gestacional (DUM, informações sobre menstruação e ultrassonografia) (prontuário);

- Dilatação cervical na admissão (prontuário);
- Estado das membranas na admissão (prontuário);
- Existência de mecônio durante o trabalho de parto (prontuário);
- Diagnóstico de estado fetal não tranquilizador durante o trabalho de parto (prontuário).

- Características da assistência ao trabalho de parto

- Modelo assistencial (prontuário);
- Uso de amniotomia (prontuário);
- Uso de ocitocina (prontuário);
- Uso de episiotomia (prontuário);
- Uso de analgesia (prontuário);
- Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor (entrevista);
- Uso do cardiotocógrafo (prontuário);
- Uso do partograma (prontuário);
- Restrição da dieta (entrevista);
- Liberdade para movimentar durante o trabalho de parto (entrevista);
- Presença da doula (entrevista);
- Presença do acompanhante (entrevista).

- Resultados perinatais

- Tipo de parto (prontuário);
- Morbidade materna (prontuário);
- Morbidade neonatal (internação em unidade neonatal, valor do Apgar no 1º e 5º minuto, medidas de reanimação) (prontuário);

- Idade gestacional (prontuário);
- Peso ao nascer (prontuário).

A idade foi registrada no instrumento em anos de vida e a escolaridade pelos anos estudados e concluídos. Ambas as variáveis foram posteriormente categorizadas. Para a cor foi utilizado a autodefinição segundo os critérios do IBGE e o nível socioeconômico foi categorizado de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, versão 2010. A situação conjugal foi dicotomizada em casada ou morando em união estável e solteira ou viúva.

Fumo, etilismo e o peso e altura para determinação do índice de massa corporal foram registrados a partir da entrevista. O IMC foi dicotomizado em menos ou igual a 30 e superior a 30 e as outras variáveis de acordo com sua presença ou ausência. Os cuidados pré-natais foram avaliados de acordo com o número de consultas, sendo posteriormente categorizadas em menos do que 6 consultas ou 6 consultas e mais, de acordo com a recomendação do manual do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN). O local da realização do pré-natal foi categorizado em SUS e convênio ou consultório particular, de acordo com a entrevista.

As intercorrências na gestação, bem como os antecedentes clínicos foram registrados de acordo com as recomendações para o parto hospitalar do National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2007)¹¹⁹ a partir do prontuário e posteriormente dicotomizado segundo sua presença ou ausência.

O cálculo da idade gestacional para classificação das puérperas nos grupos de Robson¹⁰⁹ é procedimento importante para o estudo. Ele se fundamentou, por ordem de preferência: (1) Data da última menstruação

conhecida com ciclos regulares (2) ultrassonografia entre 7 e 14 semanas de amenorreia; (3) ultrassonografia entre 15 e 22 semanas de amenorreia; (4) ultrassonografia acima de 22 semanas de amenorreia. As informações a respeito da DUM foram obtidas na entrevista com a mulher, enquanto para as informações a respeito da data provável do parto pela ultrassonografia foram utilizados o prontuário e o cartão do pré-natal, quando disponível.

Outro ponto crucial para o estudo é a definição do critério de inclusão das primíparas no grupo um e dois, tendo em vista a dificuldade de diferenciar entre indução e aceleração de um trabalho espontâneo inicial. A dilatação foi registrada em centímetros de acordo com anotações do prontuário e a dinâmica uterina em números de contrações. Utilizou-se, para a inclusão no grupo um, a presença concomitante de, no mínimo, duas contrações em 10 minutos, e dilatação de, no mínimo, 3 cm na admissão. A dilatação na admissão foi dicotomizada posteriormente em duas categorias: de zero a três centímetros e de quatro a dez.

O estado das membranas na admissão, a ocorrência de mecônio e o diagnóstico de estado fetal não tranquilizador durante o trabalho de parto foram obtidos a partir do registro no prontuário. Como presença de estado fetal não tranquilizador foi considerada a anotação deste item ou da palavra *bradicardia fetal e de desacelerações do tipo 2* no prontuário, bem como a anotação de valores com redução de batimentos cardíofetais para menos do que 110 ou da taquicardia fetal maior ou igual de 180 batimentos por minuto.

A integridade do períneo foi classificada de acordo com o registro do prontuário. Para sua caracterização, utilizam-se os critérios de McCandish¹²⁰, que distingue as lesões de acordo com os danos causados por elas na

funcionalidade do períneo: (1) períneo íntegro: sem laceração, sem episiotomia e com lacerações de 1º que afetam somente pele e mucosa vaginal com ou sem sutura, mas não apresentam danos funcionais; (2) episiotomia ou lacerações de 2º grau, que são lesões que se estendem até a musculatura vaginal. (3) lacerações de 3º ou 4º grau com lesões do esfíncter anal e do reto.

O uso da amniotomia, da ocitocina, da episiotomia e da analgesia foi registrado de acordo com o prontuário e dicotomizado segundo a presença e ausência. Em relação à analgesia, somente foi considerada a utilização do bloqueio espinal para o trabalho de parto, raquianestesia ou peridural, em dose única ou contínua e sem diferenciar medicações ou dosagens. As boas práticas², como liberação da dieta líquida e da livre movimentação durante o trabalho de parto, a presença da doula e do acompanhante foram levantadas a partir da entrevista e registradas de forma dicotomizada segundo sua presença e ausência. Para o acompanhante, foi observada a presença durante o trabalho de parto e parto. A variável *uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor* foi dicotomizada em uso de pelo menos um método (banhos prolongados no chuveiro, bola de Bobart, massagem, exercícios para ficar na posição de cócoras, deambulação, outras) ou nenhum. Ela representou um *proxy* para o cuidado prestado durante o trabalho de parto.

Na avaliação do uso do partograma, foi observado tanto sua abertura a partir de 4cm de dilatação cervical quanto o registro dos batimentos, da realização da dinâmica uterina e de toques vaginais até uma hora antes do parto. Posteriormente, esta variável foi dicotomizada entre presença de um partograma completamente preenchido e prontuário sem ou com partograma incompleto.

A variável *tipo de parto* foi registrada nas categorias parto vaginal espontâneo, vaginal assistido e cesárea e posteriormente categorizada entre vaginal espontâneo e parto cirúrgico ou vaginal assistido. As manobras de reanimação neonatal foram dicotomizadas em 3 categorias: uso de nenhuma manobra, uso de ventilação positiva (máscara, tubo) e uso de oxigênio por inalação. A internação neonatal incluiu a transferência do recém-nascido após o parto tanto para a unidade de terapia intensiva neonatal quanto para a unidade neonatal intermediária ou berçário. O valor do Apgar foi dicotomizado entre acima de seis e menos ou igual a seis.

A morbidade materna incluiu todas as complicações maternas durante o trabalho de parto e pós parto (sangramento aumentado com ou sem transfusão de sangue, rotura uterina, ressuscitação cardiopulmonar, histerectomia pós-parto, edema pulmonar, eclâmpsia).

1.2.3.7 Análise estatística

Análise estatística do primeiro artigo

As intervenções durante o trabalho de parto e os resultados neonatais foram consideradas desfechos do estudo. Foram selecionadas para análise, cinco intervenções: ocitocina, amniotomia, analgesia, episiotomia e métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Para os resultados neonatais foram definidas as seguintes intercorrências: internação em unidade neonatal, valor de Apgar do 1º minuto (≤ 6) e medidas de reanimação (uso de ventilação com

pressão positiva). Todos estes desfechos foram construídos com variáveis dicotômicas, considerando a ausência ou presença do desfecho.

O modelo assistencial foi considerado a exposição principal, apresentado em duas categorias: modelo colaborativo e modelo tradicional.

Para caracterização da amostra foram comparadas as frequências das características sociodemográficas, clínico-obstétricas e as referentes ao trabalho de parto, bem como as intervenções acima citadas utilizando-se o qui-quadrado de Pearson. Para a análise multivariada das intervenções e dos resultados neonatais foi utilizado regressão logística seguindo os modelos conceituais explicitados nas Figuras 1 e 2, respectivamente.

Primeiramente foi realizada uma análise bivariada das intervenções com as características sócio-econômicas e clínico-obstétricas, as relacionadas à assistência no pré-natal e as do trabalho de parto e com a exposição principal – o modelo de assistência. Variáveis com significância até 0,20 foram incluídas na regressão logística multivariada, que estimou a OR (IC 95%) da associação do modelo com cada uma das cinco intervenções, ajustado para os fatores de confundimento. Para o ajuste, as variáveis com $p > 0,05$ foram retiradas uma por uma iniciando-se por aquelas com p maior. No modelo multivariado final, permaneceram somente as variáveis com valor de p até 0,05.

Para os resultados neonatais, foi utilizado o mesmo procedimento, sendo que as variáveis testadas na análise bivariada foram idade materna, categorizado em < 18anos e 18 anos e mais, a escolaridade da mãe e intercorrências na gestação e o modelo assistencial. Além das variáveis com significância até 0,20 na bivariada, o modelo multivariado final foi ajustado pela idade gestacional e peso ao nascer.

FIGURA 1

Modelo teórico da associação do modelo assistencial com 5 intervenções no trabalho de parto

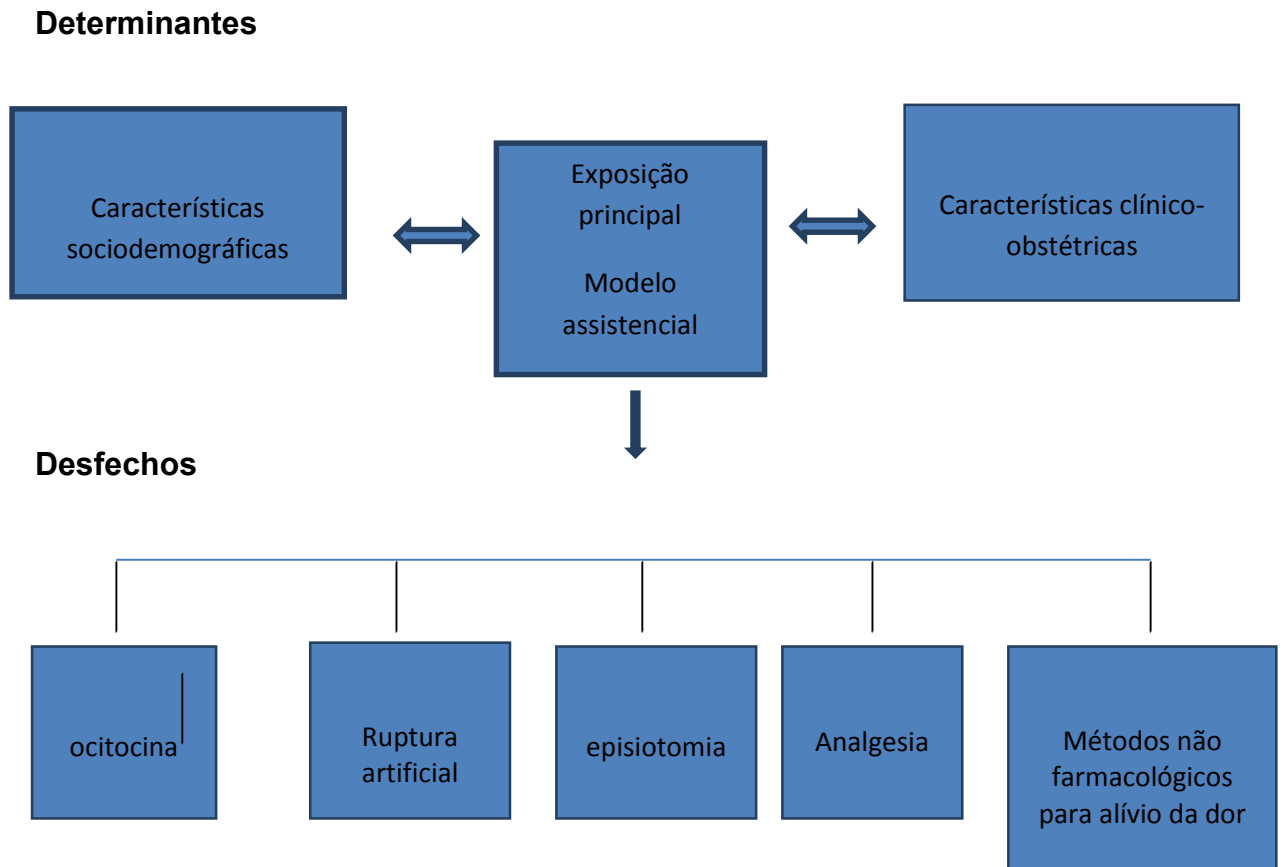
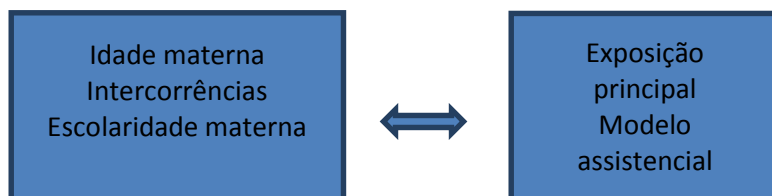


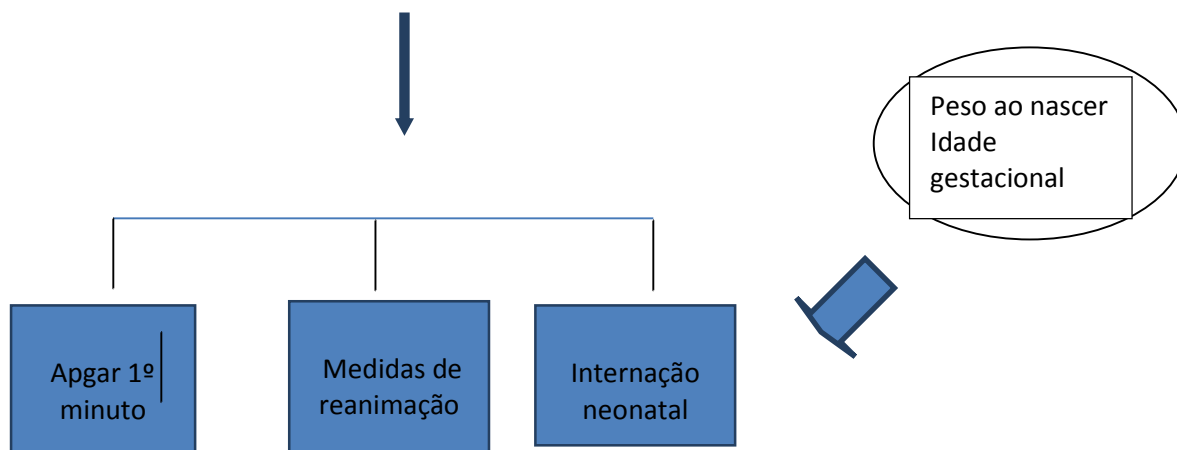
FIGURA 2

Modelo teórico da associação do modelo assistencial com resultados neonatais

Determinantes



Desfechos



Análise estatística do segundo artigo

O parto vaginal espontâneo (sem uso de fórceps ou vácuo-extrator, sem cesárea) foi considerado desfecho do estudo. A opção para este desfecho se deve ao fato de que o parto vaginal não instrumental é realizado do início até a terminação pela EO, refletindo melhor a sua participação na assistência. Também houve diferença significativa entre os modelos quando a variável tipo de parto foi agrupada em parto vaginal assistido junto com o parto cesariana e

parto vaginal espontâneo, enquanto não houve diferença significativa entre os modelos nas proporções de cesariana. Com a limitação da análise à prevalência do parto por cesariana provavelmente não era possível revelar todo o potencial do MC e da contribuição da EO.

A estimativa da associação entre os fatores nos diferentes níveis do modelo e o parto vaginal espontâneo foi estimada pela razão de chances, utilizando regressão logística não condicional, de acordo com um modelo hierarquizado (Figura 3).

Assim como no artigo 1, o modelo assistencial foi considerado a exposição principal, apresentado em duas categorias: modelo colaborativo e modelo tradicional.

As variáveis independentes investigadas foram agrupadas em quatro níveis hierarquizados, priorizando a sequência temporal dos fatores envolvidos (Figura 3), de acordo com estudos desenvolvidos para investigar associação da cesariana com determinantes sócio-demográficas e clínico-obstétricas.¹²¹ Em nível distal, ficaram as variáveis sócio-demográficas (classe econômica, cor da pele, escolaridade, estado civil e a realização de trabalho remunerado); no segundo nível (intermediário 1) foram consideradas variáveis relacionadas a condições clínicas durante a gestação (história de antecedentes clínicos, patologias maternas e fetais na gravidez - classificação de acordo com os Grupos de Robson - hábitos como fumo e uso de álcool, índice de massa corporal). Além disso, levou-se em conta a assistência pré-natal (número das consultas de pré-natal e atendimento pelo SUS, privado ou convênio) e a idade como determinante biológico.

No nível intermediário 2 foram acrescentadas as características do trabalho de parto (dilatação cervical na admissão, estado das membranas ovulares, presença de mecônio no líquido amniótico e diagnóstico de estado fetal não tranquilizador). No nível proximal, foram consideradas as variáveis que dizem respeito à assistência: o modelo assistencial (MC ou MT), a existência de suporte social durante o trabalho de parto e parto (presença da doula e do acompanhante) e intervenções na condução do trabalho de parto (uso de ocitocina e ruptura artificial das membranas, métodos não farmacológicos para o alívio da dor, uso de analgesia de condução, uso de cardiotocografia, liberação de dieta líquida e a livre movimentação durante o trabalho de parto).

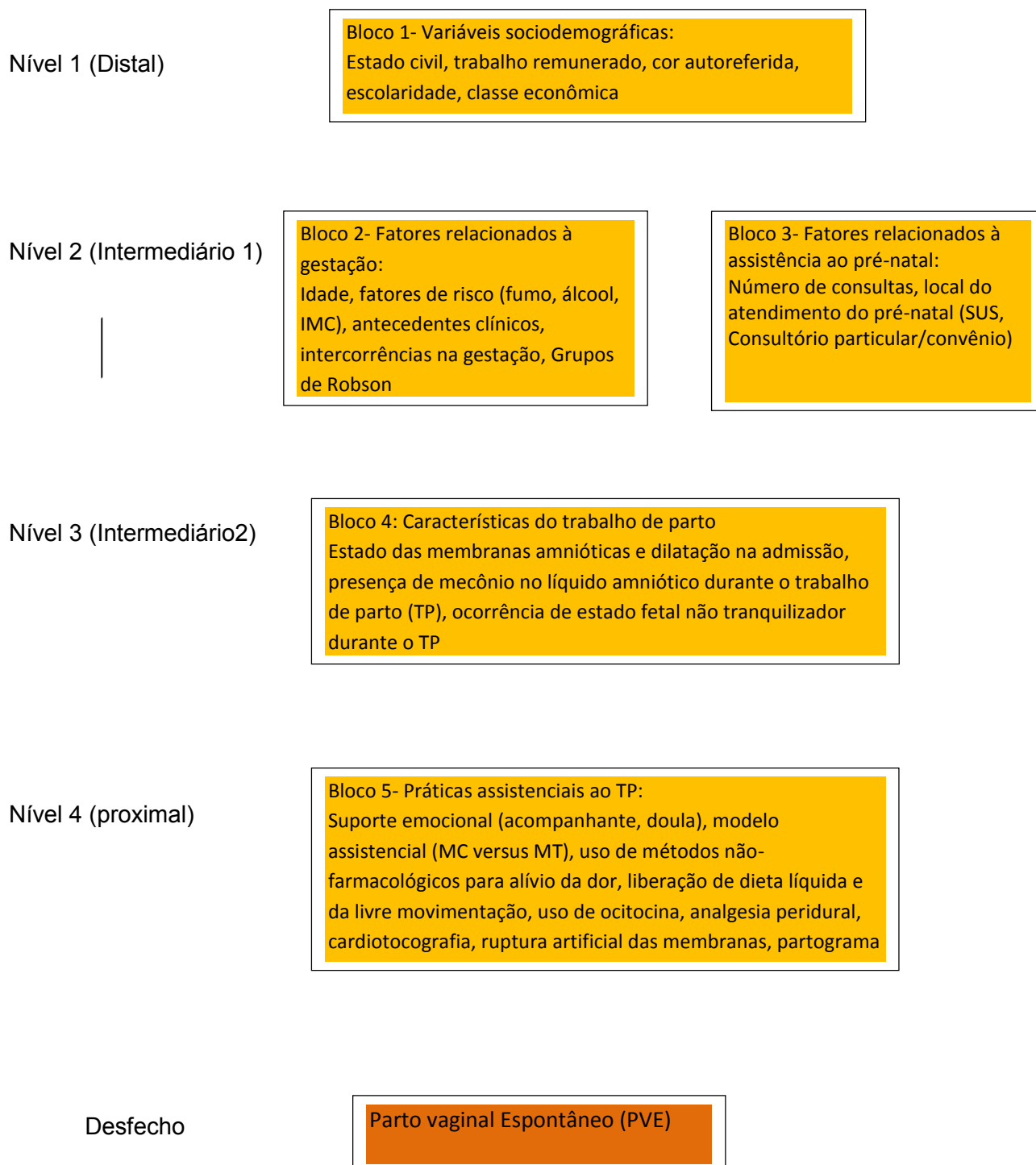
Variáveis com três categorias foram divididas em três variáveis dicotomizadas em presença/ausência de cada categoria para evitar problemas no ajuste. Das três variáveis obtidas, entraram na análise aquelas com maior chance de ser associadas ao desfecho, considerando que a software utilizada não permite a entrada das três variáveis ao mesmo tempo no modelo.

A análise estatística foi desenvolvida em três passos.^{122,123} Na primeira etapa, realizou-se a análise univariada para determinação da razão de chances brutas de cada variável. Foram selecionadas aquelas cuja associação apresentou significância $<0,2$ para entrar para a análise multivariada. A segunda etapa consistiu da análise multivariada das variáveis selecionadas para cada nível para obter a razão de chances ajustada para os potenciais fatores de confundimento do mesmo nível. Para o ajuste internível, as variáveis com p valor $> 0,05$ foram retiradas uma a uma, começando com as com p-valor maior. As variáveis que apresentaram associação com significância $< 0,05$

foram mantidas e compuseram o modelo ajustado correspondente de cada nível.

FIGURA 3

Modelo hierarquizado dos fatores associados ao parto vaginal espontâneo



A terceira etapa constituiu-se do ajuste do modelo de regressão logística de modo hierarquizado. Ao entrar em cada nível, foram retiradas as variáveis com $p > 0,5$, começando pela variável com p-valor maior. O modelo final considerou todas as variáveis com significância superior a 0,05 de cada um dos níveis ajustados. Assim, esse modelo representa os ODDS RATIOS do parto vaginal espontâneo, de acordo com as características sócio-demográficas, clínico-obstétricas e as relacionadas às práticas assistenciais, ajustadas para cada nível e para as variáveis dos níveis superiores (mais distais) do modelo conceitual (Figura 3).

1.2.3.8 Considerações Éticas

As mulheres somente participaram da pesquisa após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice 3). Para as parturientes menores de idade o TCLE foi assinado por um representante (Apêndice 4). O estudo foi aprovado pelos comitês de Ética em Pesquisa de todas as instituições envolvidas (Anexo 1,2,3).

1.2.4 Detalhamento metodológico do terceiro artigo

1.2.4.1 Local do Estudo

O hospital denominado “Hospital Galba”, o qual representa um modelo intermediário entre o modelo desmedicalizado do Centro de Parto Normal e o modelo tradicional, é a mesma instituição analisada no 1. e 2. Artigo

representando o MC. Como foi descrito no capítulo 1.2.3.1, ele opera com a participação importante de EO. Em 2006, ano utilizado para constituição da amostra, os PPP ainda funcionaram numa área bem menos vantajosa do no período da coleta do estudo do primeiro e segundo artigo. Eram, na época, 4 PPP, com dimensões muito limitadas, cabendo somente a cama, um banquinho para o acompanhante, uma mesa auxiliadora, uma bola de Bobart e um banco para o profissional. Eles eram separadas por divisórias e nenhum era equipado com banheira, estando à disposição das mulheres dois chuveiros e área ampla de deambulação. Apesar das diferenças em relação à área física, a organização da assistência não se diferencia entre os dois estudos.

O hospital denominado “prevalente” é um dos três hospitais, que participaram do estudo do primeiro e segundo artigo. Em 2006, o hospital ainda não havia implementado métodos não farmacológicos para o alívio da dor, com exceção de um chuveiro no préparto para seis mulheres e da área de deambulação. Não houve ainda a presença de doulas, enquanto a presença do acompanhante já era rotina.

O CPN estudado opera como um Centro de Parto perihospitalar do “Hospital Galba” (HG). No pronto atendimento do HG, que é o setor de entrada comum tanto para as mulheres que serão atendidas no HG quanto para aquelas, que optam para o CPN, a sua assistência é oferecida a todas as mulheres de risco habitual, que cumprem o protocolo do mesmo e não pretendem usar analgesia medicamentosa. No CPN há presença nem do obstetra e nem do pediatra e em caso de evolução distócica do trabalho de parto ou para atender ao pedido por analgesia, que surgiu posteriormente à admissão, a mulher é transferida para a maternidade. Tanto o obstetra quanto o pediatra descem para atendimento no

CPN quando chamados para resolução de emergências, que foram detectadas em tempo inoportuno para viabilizar a transferência. Os pediatras também avaliam recém-nascidos, em quais as EO encontraram alguma anormalidade após o parto. Mas o primeiro exame e a alta dos recém-nascidos de risco habitual são realizados sob responsabilidade exclusiva da EO.

O CPN tinha na época do estudo 5 PPP sendo um deles equipados com uma banheira para possibilitar o parto na água. Há amplo uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, a presença do acompanhante não está restrita a uma pessoa só, não há atuação das doulas, e a ambiência é bastante acolhedor.¹²⁴

1.2.4.2. População

A população desse estudo foram mulheres de risco habitual, incluindo múltiparas e primíparas, que cumpriram os critérios de inclusão para o CPN.

São eles:

Feto vivo e único;

Idade gestacional entre 37 semanas e 40 semanas e 6 dias;

Apresentação cefálica;

Em franco trabalho de parto;

Ausência de intercorrências na gestação ou de antecedentes mórbidos;

Com até 10 horas de bolsa rota na admissão;

Líquido amniótico claro;

Ausência de alterações da frequência cardíaca fetal (bradicardia < 120bpm ou taquicardia > 160bpm);

Sem cesárea prévia.

As mulheres, que foram admitidas no CPN, mas transferidas para o hospital de referência foram excluído do estudo.

1.2.4.3 Amostra

A amostra foi uma amostra aleatória simples e sistemática entre o total das mulheres atendidas nos três serviços em 2006, correspondendo a 8611, 933 e 4809 prontuários do HG, do CPN e do HP, respectivamente.

Para o cálculo da amostra, foram adotadas estimativas da prevalência da episiotomia encontradas num estudo piloto com 100 prontuários realizado em São Paulo, braço principal do estudo. Considerou-se prevalência da episiotomia de 50% no HP e 35% no CPN, nível de confiança de 95% (monocaudal) e poder de teste de 80%. Com uma razão de 1:1:1 entre os três grupos, e acrescido de 20% para reposição antecipada de perdas, se obteve um total de 277 prontuários para cada grupo.

1.2.4.4 Coleta

Os dados foram coletados entre junho e dezembro de 2008 pela pesquisadora e outro membro do grupo da pesquisa mediante um instrumento pré-elaborada, acordado entre os pesquisadores de Belo Horizonte e São Paulo. Considerando que não havia no HG e no HP um registro separado dos partos de risco habitual, foi confeccionada, a partir do livro de registro dos partos dos serviços, uma lista de seleção dos prontuários, que continha 3

vezes mais prontuários no HP e no HG do que os 277 necessários para a amostra, resultando em 831 prontuários. A necessidade disso se devia ao fato, que a porcentagem dos partos das mulheres, que não cumpriram os critérios do CPN de risco alcançou no HP 33,2% e no HG 31,8% e o livro de registro destes hospitais, utilizado para a seleção dos prontuários, não distinguia essas das que podiam entrar na coleta. A partir disso, para confecção da lista de seleção, aplicou-se no HG pulos de 10/10 mulheres no livro de registro de partos, no HP pulos de 5/5 e no CPN pulos de 3/3. Na leitura dos prontuários do HP e HG, já na hora da coleta, os prontuários das mulheres que não cumpriram os critérios de inclusão para o CPN, foram desprezados, até alcançar o número do tamanho da amostra.

1.2.4.5 Validação

Os dados foram validados após conferência da dupla entrada dos dados, além de verificação de valores extremos e improváveis.

1.2.4.6 Variáveis

Como desfechos para a comparação os três modelos foram selecionados: o uso da ocitocina, da amniotomia, da analgesia medicamentosa e da episiotomia, o tipo de parto, bem como o valor de apagar e a internação em unidade neoantal, como desfechos neonatais. A variável “parto sem intervenção” foi criada como uma variável composta, que inclui a terminação do parto sem utilização de fórceps ou vácuo-extrator, sem analgesia

medicamentosa, sem uso de métodos para aceleração do trabalho de parto como ocitocina e amniotomia e sem episiotomia. Com esta variável pretendia-se dar ênfase à medicalização do processo da parturição como um todo.

Entre os dados sóciodemográficos, que caracterizaram a amostra, a idade e a escolaridade foram categorizadas em 3 categorias: a idade em ≤ 19 anos, 20 a 34 anos, e ≥ 35 e a escolaridade em 0 até 7 anos, 8 a 11 anos e > 11 anos de estudos. A situação matrimonial foi categorizada em união estável (casado ou união consensual) e solteira (solteira ou viúva) de acordo com os dados disponíveis na DNV. Para caracterizar a amostra em relação às condições obstétricas foram utilizadas as seguintes variáveis: a paridade (primípara e multípara), número de consultas no pré-natal (1-3, 4-6 e ≥ 7 consultas), a dilatação cervical na admissão (< 5 cm e ≥ 5 cm) e se a parturiente foi admitida com membranas íntegras ou rotas.

1.2.4.7 Análise

Os dados foram descritos mediante frequências absolutas e relativas. Para a análise univariada, foram realizadas três comparações dos desfechos, utilizando-se o qui-quadrado de Pearson e de Fisher, quando indicado: uma comparação entre o HP e o CPN, uma análise entre o HG e o CPN e uma terceira comparação entre o HP e o HG. A comparação, que envolvia o CPN, não considerava os desfechos analgesia e tipo de parto, porque a amostra não incluía as transferências maternas para o hospital, onde podia ser realizada a cesárea ou aplicada a analgesia medicamentosa.

Na análise, os dados ignorados remanescentes de cada variável não foram considerados.

1.2.4.8 Considerações éticas

A pesquisa foi iniciado após parecer positivo dos Comitês de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e do Hospital Sofia Feldman.

1.3 Referências

1. Downe S, Finlayson K, Fleming A. Creating a collaborative culture in maternity care. *J Midwifery Womens Health*. 2010; 55(3): 250-4.
2. Organização Mundial de Saúde. *Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: guia prático*. Geneva: OMS; 1996. cap.1 , p. 1-11.
3. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. *Bio Sci Trends*. 2011; 5(4): 139-50.
4. McIntyre JM. Safety of non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature. *Aust Health Rev*. 2012; 36: 140-7.
5. Soltani H, Sandall J. Organisation of maternity care and choices of mode of birth: a worldwide review. *Midwifery*. 2012; 28(2): 146-9.
6. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (10):CD004667.
7. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011; 343:d7400. doi:10.1136/bmj.d7400

8. Högberg U. The decline in maternal mortality in Sweden: the role of community midwifery. *Am J Public Health*. 2004; 94(8):1312-20.
9. Wieggers TA, Hukkelhoven CW. The role of hospital midwives in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010 [acesso em 2011 jun 30]; 10:80. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/80>
10. Jackson DJ, Lang JM, Ecker J, Swartz WH, Heeren T. Impact of collaborative management and early admission in labor on method of delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003; 32(2):147-57.
11. Nielsen P, Munroe M, Foglia L, Piecek RI, Backman MP, Cypher R et al. Collaborative Practice model: Madigan Army Medical Center. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2012; 39(3): 399-410.
12. Battista-Shaw J, Fineberg A, Boehler B, Skubic B, Wooley D, Tilton Z. Obstetrician and nurse-midwife collaboration: successful public health and private practice partnership. *Obstet Gynecol*. 2011; 118(3): 663-72.
13. Dejoy S, Burkman RT, Graves BW, Grow D, Sankey HZ, Delk C et al. Making it work: successful collaborative practice. *Obstet Gynecol*. 2011; 118(3): 683-6.
14. Dubois CA, Singh D. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Hum Resour Health*. 2009 [acesso em 2011 jun 30]; 7:87. doi:10.1186/1478-4491-7-87 Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/7/1/87>
15. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, et al. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nurs Econ*. 2011; 29(5): 230-50.

16. Benoit C, Wrede S, Bourgeault I, Sandall J, De Vries R, van Teijlingen ER. Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone. *Sociol Health Illn.* 2005; 27(6):722-37.
17. Page L. Human resources for maternity care: the present system in Brazil, Japan, North America, Western Europe and New Zeland. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001; 75(Suppl1): S81-8.
18. Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. final report [Internet]. 2006 [acesso em 2008 maio 10]. Disponível em: www.mcp2.ca/english/.../G-Mod1EnvrnmntlScanFinal8May06_000.pdf
19. Malott AM, Davis BM, McDonald H, Hutton E. Midwifery care in eight industrialized countries: how does Canadian midwifery compare? *J Obstet Gynaecol Can.* 2009; 31(10):974-9.
20. Ministério da Saúde (Brasil). [Internet] Datasus [acesso em 2012 mai 10]. Indicadores e dados básicos: Brasil 2012. Indicadores de cobertura. 2011. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/idb>.
21. Ministério da Saúde (Brasil). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.300p.
22. Leal MC. Aumento da prematuridade no país: melhoria de acesso à tecnologia ou prematuridade evitável? Lacunas para a pesquisa e divulgação para a assistência. In: Seminário BH Pelo Parto Normal; 2008; Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte: PBH; 2008. p. 23-28.

23. Cascaes AM, Gauche H, Baramarchi FM, Borges CM, Peres KG. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(5):1024-32.
24. Murta EFC, Freire GC, Fabri DC, Fabri RH. Could elective cesarean sections influence the birth weight of full-term infants? *São Paulo Med J*. 2006; 124(6): 313-5.
25. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 199p.
26. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(Suppl1): 759-68.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*. 2011 jun. 27; Seção 1.p.109-112.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 985 de 05 de agosto de 1999. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - os Centros de Parto Normal (CPN). *Diário Oficial da União*. 1999 ago. 06; Seção 1.p.51-51.
29. Osawa RH, Riesco MLG, Tsunehiro MA. Parteiras-enfermeiras e enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. *Revista Brasileira de Enfermagem Rev Bras Enferm*. 2006; 59(5): 699-702.
30. Barreto MRN. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2008; 15(4): 901-25.

31. Brenes AC. História da obstetrícia no Brasil: o fracasso da Escola de Obstetrícia para Mulheres, no Rio de Janeiro, 1832. *Rev Med Minas Gerais*. 2008; 18(2): 141-47.
32. Progiante JM. Modelos de assistência ao parto e a participação feminina. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57(3):303-5.
33. Amaral MC. Mulheres, imprensa e higienização: a medicalização do parto na Bahia (1910-1927). *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2008; 15(4):927-44.
34. Marques RC. A imagem social do médico de Senhoras no século XX. Belo Horizonte: Coopmed; 2005.
35. Mott ML. Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920). *Rev Esc Enf USP*. 2001; 35(1):46-53.
36. Schaefer D. Zwischen Disziplinierung und Belehrung: Reformversuche der akademischen Hebammenausbildung in der "aufgeklärten" Reichsstadt Koeln. [Entre regulação e instrução: as tentativas de reformar a educação profissional das parteiras na "esclarecida" cidade imperial de Colônia. In: Schaefer D. Rheinische Hebammengeschichte im Kontext. [A história das parteiras da província da Rhenia no contexto histórico]. *Koelner Beitrage zu Geschichte und Ethik der Medizin*. Band 1. [Contribuições de Colônia para a história e ética da medicina. Volume 1] Kassel: Kassel University Press.; 2010. p.8-15.
37. Stevens R. The Midwives Act 1902: an historical landmark. *RCM Midwives*. 2002; 5(11): 370-1.
38. Amelink-Verburg MP, Verloove-Vanhorick SP, Hakkenberg RM, Veldhuijzen IM, Bennebroek Gravenhorst J, Buitendijk SE. Evaluation of

280,000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study. *BJOG*. 2008; 115(5): 570-8.

39. Reiger KM, Lane KL. Working together: collaboration between midwives and doctors in public hospitals. *Aust Health Rev*. 2009; 33(2): 315-24.
40. McIntyre M, Francis K, Chapman Y. The struggle for contested boundaries in the move to collaborative care teams in Australian maternity care. *Midwifery*. 2012; 28(3): 298-305.
41. Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: *Dicionário da educação profissional em saúde*. [internet] Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008 [acesso em 2011 maio 10]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traequ.html>.
42. Nogueira VMR. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. *Katálises*. [Internet] 1998 [acesso em 2011 maio 10]; 3: 40-8. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/5652>.
43. World Health Organization. Health Professions Networks. Nursing & Midwifery. Human Resources for Health. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: WHO; 2010 [acesso em 2012 jun 30]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?ua=1
44. Hastie C, Fahy K. Inter-professional collaboration in delivery suite: a qualitative study. *Women and Birth*. 2011; 24(2): 72-9.
45. Waldman, R, Kennedy HP, Kendig S. Collaboration in maternity care: possibilities and challenges. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2012; 39(3): 435-44.

46. Declercq E. Trends in midwife-attended births in the United States, 1989-2009. *J Midwifery Womens Health*. 2012; 57(4): 321-6.
47. Baldwin LM, Hutchinson HL, Rosenblatt RA. Professional relationships between midwives and physicians: collaboration or conflict? *Am J Public Health*. 1992; 82(2): 262-4.
48. Miller S, King T, Lurie P, Choitz P. Certified nurse-midwife and physician collaborative practice: piloting a survey on the internet. *J Nurse Midwifery*. 1997; 42(4): 308-15.
49. Sakala C, Corry M. Evidence-based maternity care: what it is and what it can achieve. [internet]. New York: Milbank Memorial Fund; 2008. [acesso em 2012 jun 30] Disponível em: <http://www.milbank.org/uploads/documents/0809MaternityCare/0809MaternityCare.html>
50. American College of Nurse-Midwives. Joint statement of practice relations between obstetrician- gynecologists and certified nurse-midwives/certified midwives. 2011. [acesso em 2011 maio 10]; Disponível em: <http://midwife.org/index.asp?bid=59&cat=3&button=Search>.
51. Waldman RMD, Kennedy HP. Collaborative practice in obstetrics and gynecology: the long and winding road to effective collaboration. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2012; 39(3): xix–xxii.
52. Avery MD, Montgomery O, Brandl-Salutz E. Essential Components of Successful Collaborative Maternity Care Models: The ACOG-ACNM Project. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2012; 39 (3); 423–434.
53. Marshall N, Egan S, Flores C, Kirsch A, Mankoff R, Resnick M. Working Toward a Common Goal: a Collaborative Obstetrics and Gynecology Practice. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2012; 39(3): 373–382.

54. Cordell MN, Foster TC, Baker ER, Fildes B. Collaborative Maternity Care: Three decades of success at Dartmouth-Hitchcock Medical Center. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2012; 39(3):383-398.
55. Darlington A, McBroom K, Warwick S. A Northwest Collaborative Practice Model. *Obstetrics and Gynecology*, 2011. 118(3): 673-677.
56. Angelini, DJ, O'Brian B, Singer J, Coustan DR. Midwifery and obstetrics. Twenty years of collaborative academic practice. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2012; 39(3):335-346.
57. Hildingsson I, Thomas JE. Women's Perspectives on Maternity Services in Sweden: Processes, Problems, and Solutions. *Journal of Midwifery & Women's Health.* 2007; 52(2): 126–133.
58. Berg M. A midwifery model of care for childbearing women at high risk: genuine caring in caring for the genuine. *J Perinat Educ* 2005; 14(1):9-21.
59. Wiegers TA. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2009 [acesso em 2010 jun 30]; 9:18. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/9/18>
60. Beasley S, Ford N, Tracy SK, & Welsh AW. Collaboration in Maternity Care is achievable and practical. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2012. 52(6):576-581.
61. Davis D, Baddock S, Pairman S, Hunter M, Benn C, Wilson D, Dixon L, Herbison P. Planned Place of Birth in New Zealand: Does it Affect Mode of Birth and Intervention Rates Among Low-Risk Women. *Birth.* 2011; 38(2): 111-119.

62. Skinner JP, Foureur M. Consultation, referral, and collaboration between midwives and obstetricians: lessons from New Zealand. *J Midwifery Womens Health* 2010; 55(1):28-37.
63. Peterson WE, Medves JM, Davies BL, Graham ID. Multidisciplinary Collaborative Maternity Care in Canada: Easier Said Than Done. *J Obstet Gynaecol Can.* 2007; 29(11):880–886.
64. DeMaria LM, Campero L, Vidler M, Walker DM. Non-physician providers of obstetric care in Mexico: Perspectives of physicians, obstetric nurses and professional midwives. *Human Resources for Health.* 2012; 10:6. doi:10.1186/1478-4491-10-6.
65. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, d'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care.* 2005; (Suppl 1): 132 – 147.
66. O'Connell R, Downe S. A metasynthesis of midwives' experience of hospital practice in publicly funded settings: compliance, resistance and authenticity. *Health.* 2009; 13(6): 589 –609. DOI: 10.1177/1363459308341439.
67. Smith C, Brown JB, Stewart M, Trim K, Freeman T, Beckhoff C, Kasperski. Ontario care providers' considerations regarding models of maternity care. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009; 31(5):401-8.
68. Lee ASM, a Kirkman M. Disciplinary Discourses: Rates of Cesarean Section Explained by Medicine, Midwifery, and Feminism. *Health Care for Women International.* 2008; 29:448–467.DOI: 10.1080/07399330801949574

69. Angulo-Tuesta A, Giffin K, Gama AS, D'orsi E, Barbosa GP. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflitos na assistência ao parto. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19:1425-36.
70. Klein M C, Kaczorowski, J, Hall, W A, Fraser, W, Liston R M, Eftekhary, S, Chamberlaine, A. The attitudes of Canadian maternity care practitioners towards labour and birth: Many differences but important similarities. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2009; 31(9):827-840.
71. Hutchison MS, Ennis L, Shaw-Battista J, Delgado A, Myers K, Cragin L, Jackson RA. Great Minds Don't Think Alike: Collaborative Maternity Care at San Francisco General Hospital. *Obstetrics & Gynecology*. 2011; 118(3):678-682.
72. Australian Government. National Health and Medical Research Council. Department of Health and Aging. National Guidance on Collaborative Maternity Care. Canberra: 2010 [acesso em 2012 mai 10]. Disponível em: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/CP124.pdf
73. Ministry of Health. (New Zealand) 2012. Guidelines for Consultation with Obstetric and Related Medical Services (Referral Guidelines). Wellington: Ministry of Health. 2012 [acesso em 2013 jun 6] Disponível em: <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/referral-glines-jan12.pdf>
74. Araújo NRAS, Oliveira, SC. A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife-PE. *Cogitare Enferm*. 2006 [acesso em 2010 mai 12]; 11(1): 31-38. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5969/4270>
75. Lane K. The plasticity of professional boundaries: a case study of collaborative care in maternity services. *Health Sociology Review*. 2006; 15(4): 341-373. doi: 10.5172/hesr.2006.15.4.341.

76. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 75(Suppl1):S25-37.
77. Davis-Floyd R. Daughter of time: the postmodern midwife (Part1) *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(4):705-10.
78. Zwelling E. The emergence of high-tech birthing. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008; 37(1):85-93.doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00211.x.
79. Hunter LP. A descriptive study of "being with woman" during labor and birth. *J Midwifery Womens Health.* 2009; 54(2):111-8.
80. Blaaka G, Eri TS. Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery.* 2008; 24:344–352. doi:10.1016/j.midw.2006.10.005
81. Stapleton SR, Osborne C, Illuzzi J. Outcomes of Care in Birth Centers: Demonstration of a Durable Model. *J Midwifery Womens Health.* 2013; 58:3–14. doi:10.1111/jmwh.12003
82. Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Publica.* 2007; 23(6): 1349-59.
83. Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto normal peri-hospitalar e hospital. *Rev Saúde Pública.* 2012; 46(1):77-86.
84. Harris SJ, Janssen PA, Saxell L, Carty EA, MacRae GS, Petersen KL. Effect of a collaborative interdisciplinary maternity care program on

perinatal outcomes. CMAJ. 2012; 184(17): 1885-92. DOI:10.1503/cmaj.111753

85. Cragin L, Kennedy HP. Linking obstetric and midwifery practice with optimal outcomes. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006; 35(6):779-85.
86. Davidson MR. Outcomes of high-risk women cared for by certified nurse-midwives. Journal of Midwifery & Women's Health. 2002; 47(1):46-9.
87. Janssen PA, Ryan EM, Etches DJ, Klein MC, Reime B. Hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. Birth. 2007; 34(2):140-7.
88. McDermott AM. Factors associated with non-normal birth outcomes for low-risk women in an inner-city hospital. J Midwifery Womens Health. 2010; 55(2):101-6. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.07.003.
89. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC,IMS-UERJ,ABRASCO; 2006. p. 43-68.
90. Cecim RB. Equipe da saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC,IMS-UERJ,ABRASCO; 2006. p. 259-78
91. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2001; 9:150-153.

92. Ministério da Saúde. (Brasil) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Relatório de gestão 2003 à 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 128 p.
93. Riesco MLG, Tsunechiro MA. Formação profissional de obstetras e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? Ver Estud Fem. 2002; 10(2): 449-59.
94. Brasil. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União 26 jun. 1986; Seção 1.p.9273-5.
95. Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras, Faculdade de Enfermagem/UERJ Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Legislação profissional e marcos regulatórios da prática assistencial da enfermeira obstétrica no sistema único de saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010. 164 p.
96. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Relatório da reunião de avaliação dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
97. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atendimento Multidisciplinar à Gestante em Trabalho de Parto. Protocolos Clínicos. 2011. Belo Horizonte. 34p. [acesso em 2012 ag 10]. Disponível em: http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/ProtocoloobstetriciaMG2011_1.pdf.
98. SMS Rio de Janeiro. Protocolo Assistencial da Enfermagem Obstétrica da Secretaria Municipal SMS/RJ. 2010. Rio de Janeiro. 20p. [acesso em 2012 jun 06]. Disponível em : <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/161.pdf>

99. Pereira ALF. Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro REME – Rev. Min. Enf. 2006; 10(3):233-239.
100. Gomes ML. A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório. [Tese]. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN; 2011.
101. Progianti JM, Porfírio AB. Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na maternidade Alexander Fleming (1998-2004). Esc Anna Nery. 2012; 16 (3):443- 450.
102. Vargens OMC, Progianti JM, Silveira ACF. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. REV Esc Enferm USP. 2008; 42(2):339-46.
103. Monticelli M, Brüggemann OM, Santos EKA, Oliveira ME, Zampieri MFM, Gregório VRP. Especialização em enfermagem obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(3): 482-91.
104. Ferreira SL, Rocha MMS, Nunes IM. Atuação de enfermeiras obstetras no sistema único de saúde (SUS-BA): estudo entre as egressas dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica da EEUFBA. Revista Baiana de Enfermagem [internet] 2009 [acesso em 2012 fev 17]; 22/23(1,2,3): 23-32. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/4983/3621>
105. Narchi NZ. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. Rev Bras Enferm. 2009; 62(4): 546-51.

106. Pereira AL, Dantas F. Assistance characteristics of normal deliveries attended by obstetrical nurses. Rev Enferm UFPE [internet]. 2012 [acesso em 2013 out 15];6(1):76-82.DOI: 10.5205/rev-enf.ufpe.2052-14823-1-LE.0601201211
107. Barros LM, Silva RM, Moura ERF. Autonomía de la enfermeira que asiste el parto normal em Brasil. Invest Educ Enferm. 2007 [acesso em 2010 ag 10]; 15(2):44-51.. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0120-53072007000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=es
108. Rabelo LR, Oliveira DL. Obstetrical nurses' perceptions of their competence in assisting hospital delivery. Rev Esc Enferm USP.2010[acesso em 2011 ma 10]; 44(1):208-14 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en_a30v44n1.pdf.
109. Gualda DMR. A formação de obstetrizas no Brasil: desafio e transformação. Cogitare Enferm. 2011;16(3): 407-9
110. Malachias I, Leles FAG, Pinto MAS. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG).Belo Horizonte: SES, 2011. [acesso em 2013 mai 10];Disponível em:<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20ultima%20versao.pdf>
111. Lansky S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. Tempus: Actas de Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [acesso em 27 maio 2013]; 4(4):191-9. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/846>
112. Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional na rede hospitalar pública e privada de

Belo Horizonte [Dissertação]. [Belo Horizonte]: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2008.

113. Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 27 maio 2013]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
114. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da diretoria colegiada - RDC nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.. Diário Oficial da União. 2008 jun. 04; Seção 1.p.50-53.
115. Lopes AFC, Dittz ES, Madeira LM, Bonazzi VCAM. Humanization of childbirth care: the history of Hospital Sofia Feldman. Tempus: Actas de Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [acesso em 27 maio 2013]; 4(4):191-9. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/issue/view/87/showToc>.
116. Fundação de Assistência Integral à Saúde- FAIS. Hospital Sofia Feldman.Linha de Cuidados Perinatais. Maternidade Maria do Carmo Dias. Atuação e atribuições da equipe assistencial. Belo Horizonte. 12p.
117. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2001; 15(1):179-94.
118. Betrán AP, Gulmezoglu AM, Robson M, Merialdi M, Souza JP, Wojdyla D, et al. WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America: classifying caesarean sections. Reprod Health 2009 [acesso em 2010 mai 10]; 6:18. doi: 10.1186/1742-4755-6-18.. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2779175/>

119. National Institute for Health and Clinical Excellence –NICE. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. Intrapartum care care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press; 2008 [acesso em 2010 abr. 05]. Disponível em: <http://guidance.nice.org.uk/CG55/Guidance/pdf/English>.
120. McCandlish R. Perineal trauma: prevention and treatment. *J Midwifery Womens Health* 2001; 46(6):396-401.
121. Sakae TM, Freitas PF, d’Orsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):472-80.
122. Santos DN, Assis AMO, Bastos ACS, Santos LM, Santos CAST, Strina A, Prado MS, Almeida-Filho NM, Rodrigues LC, Barreto ML. Determinants of cognitive function in childhood: A cohort study in a middle income context. *BMC Public Health* 2008 [acesso em 2010 mai 20]; 8:202. doi:10.1186/1471-2458-8-202. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/202>
123. Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. *Rev. Saúde Pública*. 1996; 30(2): 168-78.
124. Humanização é realidade no Hospital Sofia Feldman. *Radis Comunicação e Saúde*. 2012;(117): 15-16.

CAPÍTULO 2

ARTIGOS

2.1 Primeiro artigo

Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais do SUS

Comparison of childbirth care models in public hospitals

Título resumido: Comparação de modelos de assistência ao parto

Autores: Sibylle Emilie Vogt, Kátia S.da Silva, Marcos Augusto Bastos Dias

RESUMO

OBJETIVO: Comparar os modelos colaborativo e tradicional na assistência ao parto e nascimento.

MÉTODOS: Estudo transversal realizado com 655 primíparas em quatro hospitais do sistema único de saúde em Belo Horizonte, MG, em 2011 (333 mulheres do modelo colaborativo e 322 do modelo tradicional, incluindo aquelas com trabalho de parto induzido e prematuro). Os dados foram coletados em entrevistas e levantamento de prontuários. Foram aplicados os testes qui-quadrado para comparação e regressão logística múltipla para determinar associação entre o modelo e os desfechos analisados.

RESULTADOS: Houve diferenças significativas entre os modelos em relação ao nível de escolaridade e trabalho remunerado. No modelo colaborativo houve menor utilização da ocitocina (50,2% no modelo colaborativo *versus* 65,5% no modelo tradicional; $p < 0,001$), da ruptura artificial das membranas (54,3% no modelo colaborativo *versus* 65,9% no modelo tradicional; $p = 0,012$) e da taxa de episiotomia (16,1% no modelo colaborativo *versus* 85,2% no modelo tradicional; $p < 0,001$) e maior utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor (85,0% no modelo colaborativo *versus* 78,9% no modelo tradicional; $p = 0,042$). A associação entre o modelo colaborativo e a redução no uso da ocitocina, da ruptura artificial das membranas e da episiotomia manteve-se após o ajuste para fatores de confundimento. O modelo assistencial não esteve associado a complicações neonatais ou maternas e à utilização de analgesia de condução.

CONCLUSÕES: Os resultados sugerem que o modelo colaborativo poderá reduzir as intervenções na assistência ao trabalho de parto e parto com resultados perinatais semelhantes.

DESCRITORES: Tocologia. Assistência Perinatal. Serviços de Saúde Materno-Infantil. Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde). Sistema Único de Saúde. Estudos Transversais.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To compare the collaborative model with maternity team composed by obstetrician and midwife with the traditional model, in which the care is provided solely by the obstetrician in relation to the interventions used in delivery care and in relation to neonatal outcomes.

METHODS: cross-sectional study with 655 primiparous women in 2011. Information was collected from 333 women attended by collaborative model and 322 attended by traditional model in four hospitals of the Brazilian Unified Health System in Belo Horizonte, including those with labor induced and premature labor. The Chi-square test was used to compare the outcomes and multivariate logistic regression to determine the association between the model and the interventions used.

RESULTS: Paid work and schooling showed distribution between models with significant differences. Oxytocin (50.2% collaborative model and 65.5% traditional model; $p < 0,001$), amniotomy (54.3% collaborative model and 65.9% traditional model; $p = 0.012$) and episiotomy (collaborative model 16.1% and traditional model 85.2%; $p < 0.001$) were less used in the collaborative model with increased application of non-pharmacological pain relief (85.0% collaborative model and 78.9% traditional model; $p = 0.042$). The association between the collaborative model and the reduction in the use of oxytocin, artificial rupture of membranes and episiotomy remained after adjustment for confounding factors. The model was not associated with neonatal outcomes, immediate maternal complications and epidural or spinal analgesia.

CONCLUSIONS: The results suggest that collaborative model may reduce interventions performed in labor care with similar perinatal outcomes.

DESCRIPTORS: Midwifery. Perinatal Care. Maternal-Child Health Services. Outcome Assessment (Health Care). Unified Health System. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

A assistência obstétrica no modelo colaborativo (MC) na assistência hospitalar significa a integração do médico e da enfermeira obstétrica na equipe, além de outros profissionais, como a doula. A enfermeira obstétrica assume a assistência das mulheres de risco habitual, assegurada a possibilidade de referência imediata ao médico obstetra em casos de complicações. Ambos trabalham em estreita colaboração no atendimento às mulheres com alguma patologia.⁷ Os benefícios são atribuídos à presença contínua do profissional enfermeira obstétrica/obstetriz, que atua com enfoque nos aspectos fisiológicos e emocionais da parturição, e a possibilidade de atendimento imediato pelo médico para os casos de risco.^{6,7} A participação da enfermeira obstétrica/obstetriz pode favorecer o equilíbrio entre as intervenções necessárias e o processo fisiológico da parturição, mesmo para as mulheres que necessitam de atendimento de maior complexidade.²

Existem evidências do potencial do atendimento autônomo da obstetriz ou enfermeira obstétrica (*midwife-led care*) na redução das intervenções na assistência às mulheres de risco habitual, desde que os profissionais sejam devidamente qualificados e trabalhem com protocolos e diretrizes.^{3,11,17} A literatura que avalia o uso de intervenções na assistência compartilhada, comparando-a com o modelo centrado no médico como provedor único na atenção secundária, é limitada, embora o MC constitua a forma predominante de organização da assistência obstétrica em países industrializados como a Inglaterra, Alemanha, Países Escandinavos, Nova Zelândia, Canadá e Austrália.¹⁶

Estudo de coorte norte americano avaliou explicitamente o MC e encontrou, associação positiva com o parto vaginal espontâneo em mulheres de risco habitual, bem como interação entre o modelo e a dilatação cervical na admissão.¹² Estudo ecológico nos Países Baixos observou aumento concomitante da participação de obstetras na atenção secundária de 8,3% para 26,1% e redução do parto vaginal assistido de 44,0% para 39,0%. Entretanto, o estudo não permite conclusões sobre possível associação entre o aumento da participação desses profissionais na atenção e os resultados.²⁵

O modelo predominante e tradicional da assistência obstétrica no Brasil é centrado no médico obstetra e na atenção hospitalar. O Ministério da Saúde incentiva a incorporação da enfermeira obstétrica nas equipes hospitalares e aposta na sua contribuição para redução no uso das intervenções e das cesáreas desnecessárias, que caracterizam a assistência obstétrica no País. A incorporação da enfermeira obstétrica em algumas maternidades públicas da cidade do Rio de Janeiro, RJ, a partir de 1994, foi a primeira iniciativa nessa direção.⁶ A organização da assistência no MC constitui-se uma exceção, com participação desse profissional na assistência estimada em território nacional em 10,0% a 15%.² Não houve ainda uma avaliação dos resultados do MC no contexto brasileiro.

Este estudo teve como objetivo comparar a assistência ao parto e nascimento realizado no MC com o modelo tradicional (MT – centrado no

² Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Relatório de Gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília (DF); 2007 [citado 2014 fev 11]. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_2003a2006_politica_saude_mulher.pdf

médico obstetra, em relação ao uso de intervenções, resultados neonatais e à ocorrência de complicações maternas imediatas). A hipótese deste estudo é que o MC possa reduzir as intervenções empregadas sem prejudicar o recém-nascido ou mãe. Pretende contribuir para a discussão sobre estratégias efetivas e seguras na mudança do paradigma na assistência hospitalar ao parto no contexto brasileiro.

MÉTODOS

Estudo de delineamento transversal realizado em quatro das sete maternidades vinculadas ao sistema único de saúde (SUS), de Belo Horizonte, MG, entre março e julho de 2011. Essas maternidades foram selecionadas devido à semelhança na sua estrutura, protocolos clínicos e nas características da sua clientela, sendo elas responsáveis por cerca de 72,0% dos partos em primíparas ocorridos no SUS de Belo Horizonte em 2008. A inclusão das parturientes seguiu o fluxo do atendimento nas quatro maternidades, regionalizado de acordo com a residência das parturientes.

Apenas uma das unidades trabalhava com o MC. A enfermeira obstétrica acompanhava, junto com o médico, o trabalho de parto de todas as mulheres de acordo com a evolução documentada no partograma, monitorizava o batimento cardíofetal, realizava cardiotocografias, e utilizava métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Toda assistência obstétrica era guiada por protocolo institucional de conhecimento de ambos os profissionais, que regulamenta não somente as condutas clínicas, mas também

o trabalho interdisciplinar.

O atendimento ao trabalho de parto e parto foram realizados exclusivamente pelo médico obstetra nas outras três maternidades, definido como MT. Todos os quatro hospitais atendiam mulheres de risco habitual e de alto risco, dispo de unidade de tratamento intensivo neonatal ou materno ou de ambas. O hospital do MC atendeu 4.774 primíparas em 2008, enquanto as outras três instituições realizaram juntos 4.555 partos em primíparas. Calculou-se amostra com nível de confiança de 95%, poder de teste de 80,0% e valores de prevalência de 75,0%, no modelo colaborativo e de 65,0% no modelo tradicional para o parto vaginal. Calculou-se amostra mínima necessária de 325 parturientes em cada grupo, garantida a mesma distribuição proporcional dos partos nas quatro maternidades observados em 2008.

A coleta dos dados ocorreu consecutivamente, incluindo mulheres primíparas, com idade gestacional > 22 semanas e fetos vivos, únicos em apresentação cefálica no momento da admissão hospitalar. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas com as puérperas e complementados com informações dos prontuários durante um período de até 48 horas após o parto.

O qui-quadrado de Pearson foi utilizado para a descrição comparativa dos grupos. Foram levantados dados socioeconômicos; condições biológicas e clínicas (antecedentes clínicos, intercorrências gestacionais e classificação de acordo com o sistema de Robson)²¹; informações a respeito da assistência no pré-natal; características do trabalho de parto; presença do acompanhante e de doula. Foram utilizadas cinco intervenções para a comparação de ambos os modelos, descritas pelas seguintes variáveis: uso de ocitocina, da ruptura artificial das membranas, da episiotomia, de métodos não farmacológicos para

o alívio da dor e da analgesia de condução. Resultados neonatais descritos pelas variáveis (Apgar no 1º minuto de vida, internação em unidade neonatal e reanimação com pressão positiva) e complicações maternas durante o trabalho de parto e parto e no pós-parto foram considerados para avaliar possíveis repercussões negativas da assistência.

Os antecedentes clínicos e os fatores de risco gestacionais foram definidos de acordo com os critérios do *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE).³ As complicações durante o trabalho de parto, parto e no pós-parto (distócia de ombro, prolapso de cordão, hemorragias com necessidade de tratamento, eclâmpsia, histerectomia pós-parto, ruptura de útero e reanimação cardiorrespiratória) foram incluídas numa única variável, por serem eventos raros. A variável “parto sem intervenção” incluiu os partos sem uso de ocitocina, amniotomia, episiotomia, analgesia e sem terminação cirúrgica ou instrumental entre as mulheres que entraram em trabalho de parto espontaneamente.

O sistema de classificação de Robson²¹ classifica as mulheres em dez grupos. O grupo um inclui primíparas com gestação a termo, apresentação cefálica e admitidas em trabalho de parto espontâneo, enquanto no grupo dois estão as primíparas com gestação à termo e apresentação cefálica, mas submetidas à indução ou cesárea eletiva. O grupo dez refere-se a mulheres de qualquer paridade, com idade gestacional < 37 semanas e apresentação cefálica. A categorização segundo os grupos de Robson permite estratificação

³ National Institute for Health and Clinical Excellence –NICE; National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. Intrapartum care care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press; 2008 [citado 2011 abr 5]. Disponível em: <http://guidance.nice.org.uk/CG55/Guidance/pdf/English>

de acordo com as diferenças nas condições clínicas que determinam a condução do trabalho do parto.

As cinco intervenções foram consideradas para análise da associação entre o modelo de parto e as intervenções realizadas. A associação do modelo com os resultados neonatais referidos também foi avaliada.

Foi realizada análise bivariada das intervenções com as características socioeconômicas, clínico-obstétricas, do pré-natal e do trabalho de parto. Variáveis com significância até 0,20 foram incluídas na regressão logística múltipla, que estimou a *odds ratio* (OR) (IC95%) da associação do modelo com cada uma das cinco intervenções, ajustado para os fatores de confundimento. O nível de significância foi de 0,05 no modelo múltiplo final. O mesmo procedimento foi utilizado para os resultados neonatais. As variáveis testadas foram idade materna < 18 anos, escolaridade da mãe, intercorrências na gestação. Além das variáveis com significância até 0,20 na bivariada, o modelo múltiplo final foi ajustado pela idade gestacional e peso ao nascer.

Utilizou-se software SPSS, versão 17, para auxílio na análise estatística.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa de todas as instituições envolvidas. (processo nº009/2011 do CEP da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, processo nº 0022-B/2011 do CEP da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, relacionado à dois dos quatro hospitais e processo nº 02/2011 do CEP do Hospital Sofia Feldman). As puérperas participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de serem entrevistadas.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 689 primíparas, que pertenciam aos grupos um, dois, e dez de Robson. Destas, 333 foram atendidas na instituição com MC e 322 nas instituições com MT. Houve 13 perdas no grupo do MC e 18 perdas no grupo do MT – três por recusa e 28 por alta hospitalar antes da entrevista. Três mulheres (n = 3) com distúrbios psiquiátricos foram excluídas (duas no MT e uma no MC), resultando na coleta de dados de 655 mulheres.

A distribuição das parturientes entre os modelos assistenciais em relação às características sociodemográficas apresentou diferenças significativas para o trabalho remunerado e escolaridade. Houve significância limítrofe em relação ao local da assistência pré-natal (Tabela 1). A distribuição das condições clínicas, da obesidade, do tabagismo e do uso de álcool foi semelhante nos modelos, assim como a distribuição das características do trabalho de parto e da presença do acompanhante e da doula (Tabela 2).

Houve diferenças significativas entre os modelos na assistência ao trabalho de parto, com exceção no uso da analgesia (Tabela 3). O MC manteve-se associado à redução do uso da ocitocina e da ruptura artificial das membranas, após o ajuste para os possíveis fatores de confundimento, segundo a análise múltipla. O uso de métodos não farmacológicos, embora maior no MC, tornou-se limítrofe ($p = 0,052$) após o ajuste, enquanto o modelo assistencial permaneceu no modelo como único fator associado à episiotomia (Tabela 4).

As diferenças entre os modelos para mulheres do grupo um e com trabalho de parto espontâneo foram acentuadas: o uso da ocitocina diminuiu para 43,9% no MC e aumentou para 71,7% no MT. Houve diferença na prevalência da assistência sem intervenção de 24,0% para o MC e 1,0% para o MT (dados não apresentados na tabela).

As internações em unidade neonatal totalizaram 54 crianças (8,2%), com taxa de internação de 7,5% para o MC e 9,0% para o MT. Um valor de Apgar no 1º minuto entre zero e seis foi atribuído a 28 recém-nascidos (8,4%) no MC e a 37 (11,5%) no MT, totalizando 65 crianças (9,9%). Os recém-nascidos do MC apresentaram peso e idade gestacional menor do que os recém-nascidos do MT (dados não apresentados na tabela). Não foram observadas diferenças significativas na análise bivariada da idade da mãe e escolaridade com os desfechos neonatais ($p > 0,20$). O modelo assistencial não esteve associado com a ocorrência da internação neonatal, Apgar baixo e reanimação com ventilação com pressão positiva na análise ajustada (Tabela 5).

Foram observadas complicações durante o trabalho de parto, parto e no pós-parto em 11 mulheres em cada modelo, 3,4% no MT e 3,3% no MC (dados não apresentados na tabela).

DISCUSSÃO

As amostras em ambos os modelos foram constituídas por cerca de 35,0% mulheres do grupo dois de Robson com indicação para o uso de métodos para interferir no processo da parturição. Houve redução no uso da

ocitocina e da ruptura artificial das membranas no MC, mesmo após o ajuste para possíveis fatores de confundimento. Esse resultado pode ser considerado positivo e aponta para o potencial do MC na redução das intervenções, ainda que a complexidade da assistência obstétrica envolva outros fatores.

Além de idade, paridade, diabetes, tempo prolongado de ruptura das membranas ovulares e presença de mecônio,²³ a infusão de ocitocina, amniotomia e a analgesia peridural podem estar associadas à prevalência do parto cirúrgico.⁵ Estratégias para a redução desses partos devem abranger o controle do uso das práticas intervencionistas e não recomendadas. Além de causarem desconforto para as mulheres, seu uso sem indicação pode levar a complicações.

Estudos observaram prevalência menor da analgesia medicamentosa e da amniotomia,¹³ uso mais frequente de métodos não farmacológicos para o alívio da dor (88,1%), da deambulação (68,4%) e da possibilidade de ingestão líquida (96,9%) durante o trabalho de parto, assim como do parto vaginal espontâneo⁴, para os profissionais não médicos trabalhando no MC quando comparados com profissionais médicos. Entretanto, também são observadas práticas intervencionistas na assistência de enfermeiras obstétricas.¹⁸ Fatores institucionais, culturais e referentes à organização do sistema de saúde brasileiro, bem como sua própria postura diante da medicalização da assistência em curso, facilitam ou dificultam uma prática menos intervencionista deste profissional.^{1,18}

A redução da taxa da ocitocina para as mulheres admitidas em franco trabalho de parto (Grupo 1 de Robson) no MC e seu aumento no MT indica uso mais consciente e seletivo naquele serviço. O uso cauteloso da ocitocina faz

parte das recomendações na assistência ao parto, mas proporções < 30,0% são alcançadas somente nos Centros de Parto Normal entre mulheres de risco habitual.^{22,24} Seu uso em hospitais varia entre 39,3% e 64,4% no Brasil.^{10,8}

Inquérito inglês³ com 62.253 mulheres assistidas por obstetizes e na maioria de risco habitual, mostra gradiente decrescente das intervenções entre unidades hospitalares, que operam no MC nesse país, e parto domiciliar, passando pelos Centros de Parto Normal (CPN) peri-hospitalares e independentes. A influência do ambiente hospitalar parece se diluir na medida em que aumenta a distância entre o hospital e o local do parto. A frequência das intervenções nas unidades hospitalares foi menor do que em nosso estudo (23,5% na unidade hospitalar para o uso da ocitocina em mulheres admitidas em franco trabalho de parto e 30,7% para a analgesia peridural). Isso sugere um contexto específico nacional, caracterizado pela excessiva medicalização da assistência, que influencia todos os profissionais.

A amniotomia é prática frequente nos hospitais. Estudo brasileiro mostra prevalências entre 40,5% e 87,8% no Rio de Janeiro⁸ e de 65,3% e 71,1% em primíparas nos CPN.^{22,24} Embora a regressão tenha mostrado associação do MC com a redução desse procedimento, as frequências em ambos os modelos apontam uso rotineiro. Ela deve ser utilizada com indicação correta, como qualquer intervenção no trabalho de parto, pois aumenta as contrações e contribui para a demanda de outras intervenções subsequentes, que poderiam ter sido evitadas sem o seu uso.⁵

As diferenças nas intervenções entre os modelos refletem-se na baixa prevalência do parto vaginal sem intervenção no MT. A formação do médico obstetra, voltada para complicações e gestações de risco, molda sua

preferência para a tecnologia e intervenção, mesmo quando se trata de mulheres de risco habitual e em trabalho de parto espontâneo.⁶ A diferença encontrada entre os dois modelos sugere a atuação autônoma da enfermeira obstétrica na equipe como fator de limitação das intervenções, uma vez que assiste as mulheres sem intercorrências durante o trabalho de parto sem supervisão do médico.

Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, a oferta de líquidos e a deambulação oferecem conforto para as mulheres, facilitando uma vivência menos traumática do trabalho de parto. A frequência do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor foi maior em ambos os modelos, do que a observada em estudo de 12 maternidades no interior de São Paulo com MT com 11,4%,¹⁹ mas favorece o MC. Seu uso faz parte do cuidado obstétrico do não-médico, embora não esteja restrito a ele.²⁰ Sem apresentar riscos, ele demanda orientação, incentivo e suporte emocional, que pode ser oferecido por esse profissional, quando ele faz parte da equipe e sua presença contínua com a parturiente é garantida.

A analgesia de condução foi utilizada em ambos os modelos sem diferenças significativas e a prevalência é maior do que a observada em hospitais no Rio de Janeiro há 15 anos e recentemente em Goiânia, GO.¹⁹ A demanda alcançou mais de $\frac{1}{3}$ das primíparas, mesmo com o uso considerável de métodos não farmacológicos para o alívio da dor para ambos os modelos,. Embora associado ao parto vaginal assistido e à cesárea por sofrimento fetal,¹⁴ é um método efetivo para o alívio da dor e pode contribuir para a vivência positiva da parturição. O alívio da dor no trabalho de parto, seja pelo incentivo do uso de métodos não farmacológicos e da analgesia de condução, seja pela

restrição aos casos necessários das intervenções na condução do trabalho de parto, constitui enfoque importante na política da humanização da assistência ao parto no âmbito do SUS.

O estudo aponta para um papel importante do modelo assistencial na redução da prevalência da episiotomia. A frequência observada no MC é menor do que na maioria dos países da Europa, onde ela varia entre 4,9% na Dinamarca e 72,9% em Portugal.⁴ A baixa prevalência da episiotomia é comum nos estudos que envolvem a assistência de profissional não-médico. Na Inglaterra, varia entre 19,3% na unidade hospitalar com MC e 8,6% no CPN com *midwife-led care*.³ Estudo norte americano encontrou diferença significativa na prática assistencial de enfermeira e médico obstetra para 865 mulheres de risco habitual, com prevalência de 32,1% e 50,9%, respectivamente.¹⁴ Além da frequência maior para a integridade perineal (22,5% para enfermeira obstetra e 12,1% para o médico), a chance da ocorrência de lacerações maiores foi menor no grupo das mulheres atendidas pelas enfermeiras. Dados nacionais para primíparas atendidas por enfermeira obstétrica mostram frequências de episiotomia entre 30,6% em ambiente hospitalar⁹ e 7,2% em Centro de Parto normal.²⁴ Outros estudos nacionais, realizados em instituições com MT, mostram prevalência de episiotomia entre 70,1% e 85,2%.^{8,10}

A semelhança dos resultados neonatais e da proporção das complicações maternas sugere que o MC não interfere de forma negativa na qualidade da assistência quando comparado com um modelo com atuação

⁴ Euro-Peristat Project. Perinatal health report. 2010 [citado 2013 jul 14]. Disponível em: <http://www.euoperistat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>.

exclusiva do médico obstetra, mesmo na presença de mulheres com complicações, do trabalho de parto induzido, prematuro ou sob analgesia medicamentosa. . Entretanto, o n total da amostra não permite fazer inferências com significância estatística em relação aos resultados neonatais e às complicações maternas considerando a baixa prevalência desses fatores na população.

As limitações do estudo referem-se à possível heterogeneidade dos hospitais, apesar da seleção ter considerado aqueles com maior semelhança na infraestrutura, nos protocolos clínicos e no perfil da clientela. A falta da padronização da atuação da enfermeira obstétrica limita a validade externa do estudo. Deve ser também mencionada a restrição do atendimento e transferência de parte das parturientes devido à falta de pediatras na época da coleta em um dos hospitais do MT, o que pode ter levado a um viés de seleção.

A inclusão de mulheres dos três grupos de Robson, que implicam utilização de intervenções em graus diferenciados, pode ter influenciado os resultados, embora a distribuição de mulheres nos grupos de Robson seja semelhante entre os modelos. Por outro lado, esse *case-mix* de parturientes na amostra reflete a realidade assistencial das maternidades de nível de atenção secundária e a viabilidade do MC.

A permanência de confundimento residual não pode ser excluída por tratar-se de estudo observacional. A distribuição das parturientes entre os modelos ocorreu conforme a regionalização da assistência obstétrica em Belo Horizonte e houve período curto para a coleta de dados. Ambos podem ter levados à inclusão de variações sazonais e locais. Entretanto, a proporção de cesárea na amostra é semelhante à de 2011 (27,0% e 26,6% respectivamente)

nos hospitais participantes da pesquisa, bem como a distribuição dos partos entre os modelos (50,8% alocados no MC na amostra e 52,3% no ano 2011). A prevalência da prematuridade foi mais alta durante 2011 (14,9% *versus* 10,1% na amostra). Os autores não pretendiam alcançar representatividade populacional, mas queriam analisar o MC nas suas condições reais de operacionalização. Inferências e conclusões devem considerar as limitações do estudo.

O MC é pouco explorado como estratégia para qualificação da assistência ao parto no contexto brasileiro. Mais estudos para o cenário nacional são necessários, já que o enfoque na literatura internacional é a comparação entre os níveis de atenção e entre a atenção hospitalar e as modalidades de assistência exclusivas pela enfermeira obstétrica ou por obstetizes. A avaliação do impacto do não-médico na equipe pode ser importante para países com modelo predominante centrado no médico e que buscam estratégias para transformar as práticas obstétricas em curso.

Dificuldades metodológicas para avaliar uma atuação multiprofissional devem ser consideradas em estudos futuros. A efetividade dos modelos depende da colaboração entre os atores, que varia em cada contexto institucional e sistêmico. A atribuição dos resultados ao grau e qualidade da colaboração na equipe deve ser discutida com cautela considerando a complexidade da assistência obstétrica.

Tabela 1. Aspectos sociodemográficos de primíparas atendidas segundo o modelo assistencial. Belo Horizonte, MG, 2011.

Características	p-valor	Modelo colaborativo		Modelo Tradicional		Total	
		n*	%	n*	%	n*	%
Condições sócio-demográficas							
Idade (anos) (655)	0,951						
<18		68	20,4	66	20,5	134	20,5
18-35		259	77,8	249	77,3	508	77,6
>35		6	1,8	7	2,2	13	2
Escolaridade (anos) (655)	0,043						
Ensino Fundamental Incompleto		63	18,9	63	19,6	126	19,2
Ensino Fundamental Completo		126	37,8	149	46,3	275	42,0
Ensino Médio completo		144	43,2	110	34,2	254	38,8
Situação conjugal (655)	0,143						
Com relação estável		229	68,8	204	63,4	433	66,1
Sem relação estável		104	31,2	118	36,6	222	33,9
Trabalho remunerado (655)	0,008						
Sim		116	34,8	145	45,0	261	39,8
Não		217	65,2	177	55,0	394	60,2
Classe Econômica (655)	0,582						
A2, B1, B2		34	10,2	27	8,4	61	9,3
C		220	66,1	224	69,6	444	67,8
D,E		79	23,7	71	22,0	150	22,9
Cor autodeterminado (655)	0,115						
Branca		56	16,8	49	15,2	105	16,1
Negra		52	15,6	72	22,4	124	18,9
Parda		206	61,9	178	55,3	384	58,6
Outros		19	5,7	23	7,1	42	6,4
Pré-natal							
Consulta pré-natal (647)	0,543						
1-5		80	24,2	70	22,2	150	23,2
≥6		251	75,8	246	77,8	497	76,8
Local do Prenatal (653)	0,051						
SUS		300	90,6	276	85,7	576	88,2
Plano/Privado		31	9,4	46	14,3	77	11,8

n* o n amostral não inclui os valores ignorados

Tabela 2. Aspectos clínicos-obstétricos de primíparas atendidas segundo o modelo assistencial. Belo Horizonte, MG, 2011.

Características	p- valor	Modelo colaborativo		Modelo Tradicional		Total	
		n*	%	n*	%	n*	%
Fatores de Risco gestacionais							
Grupo de Robson (655)	0,312						
Grupo 1		173	52,0	18055,9		35353,9	
Grupo 2		12136,3		11535,7		23636,0	
Grupo 10		3911,7		278,4		6610,1	
Antecedentes clínicos(655)	0,640						
Sim		144,2		165,0		304,6	
Não		31995,8		30695,0		62595,4	
Intercorrências na gestação (655)	0,217						
Sim		80	24	9128,3		17126,1	
Não		25376		23171,7		48473,9	
Hábito de fumar (655)	0,660						
Sim		298,7		257,8		548,2	
Não		30491,3		29792,2		60191,8	
Uso de álcool (655)	0,476						
Sim		5416,2		5918,3		11317,3	
Não		27983,8		26381,7		54282,7	
Índice massa corporal (635)	0,762						
IMC > 30		216,4		185,8		396,1	
IMC ≤ 30		30693,6		29094,2		59693,9	
Características do trabalho de parto							
Membranas amnióticas** (655)	0,190						
Rotas		11233,6		9328,9		20531,3	
Íntegras		22166,4		22971,1		45068,7	
Dilatação cervical** (655)	0,763						
0-3 cm		15847,4		14946,3		30746,9	
4-10 cm		17552,6		17353,7		34852,6	
Presença de mecônio*** (655)	0,612						
Sim		58	17,4	61	18,9	119	18,2
Não		275	82,5	261	81,1	536	81,8
Estado fetal não tranquilizador*** (654)	0,095						
Sim		51	15,3	35	10,9	86	13,1
Não		282	84,7	286	89,1	568	86,9

n* o n amostral não inclui os valores ignorados; ** No momento da admissão; *** Durante o trabalho de parto

Tabela 3. Intervenções utilizadas no trabalho de parto de primíparas segundo o modelo assistencial. Belo Horizonte, MG, 2011.

Intervenções no TP	p-valor	Modelo colaborativo		Modelo Tradicional		Total	
		n*	%	n*	%	n*	%
Ocitocina (655)	<0,001	167	50,2	211	65,5	378	57,7
Ruptura artificial das membranas** (450)	0,012	120	54,3	151	65,9	271	60,2
Analgesia de condução*** (592)	0,196	125	41,4	105	36,2	230	38,9
Método não farmacológico (655)	0,042	283	85,0	254	78,9	537	82,0
Episiotomia****	<0,001	40	16,1	196	85,2	236	49,4

n* o n amostral não inclui os valores ignorados

** O n amostral inclui mulheres admitidas com membranas íntegras

*** O n amostral inclui somente mulheres em na fase ativa do trabalho de parto

**** O n amostral inclui somente mulheres com parto vaginal

Tabela 4. ODDS RATIO (OR) ajustada das intervenções utilizadas na assistência ao trabalho de parto em primíparas, segundo características sócio-econômicas e clínicas e o modelo assistencial, Belo Horizonte, MG, 2011.

	Intervenções									
	Ocitocina		Ruptura artificial		Analgesia		Episiotomia		Métodos não farmacológicos	
	OR _{aj}	IC95%	OR _{aj}	IC95%	OR _{aj}	IC95%	OR _{aj}	IC95%	OR _{aj}	IC95%
Estado conjugal- União estável									1,65	1,08;2,53
Classe econômica										
C					1					
D e E					0,77	0,51;1,17				
A e B					0,47	0,24;0,92				
Grupo de Robson										
Grupo 1	1		1		1					
Grupo 2	1,73	1,19;2,51	0,24	0,11;0,53	1,28	0,88;1,84				
Grupo10	0,44	0,21;0,90	0,96	0,52;1,80	0,36	0,16;0,80				
Bolsa rota na admissão					0,58	0,40;0,86				
Estado fetal não tranqüilizador	0,52	0,32;0,83							0,37	0,22;0,63
Intercorrências na gestação	0,61	0,38;0,96							0,36	0,24;0,56
Dilatação cervical 4 a 10cm			1,88	1,05;3,36						
Mecônio			1,75	1,02;2,99						
Modelo colaborativo	0,52	0,37;0,72	0,61	0,40;0,91	1,31	0,92;1,87	0,03	0,02;0,05	1,52	1,00;2,31

O modelo multivariado final de cada intervenção inclui as variáveis significativas ($p < 0,05$); OR_{aj} = ODDS Ratio ajustada

Tabela 5. ODDS RATIO (OR) de resultados neonatais, ajustada para a idade gestacional e peso ao nascer, em primíparas, Belo Horizonte, 2011

Variáveis	Apgar no 1º Minuto 0-6		Reanimação com VPP		Internação em Unidade Neonatal	
	OR _{aj}	IC95%	OR _{aj}	IC95%	OR _{aj}	IC95%
Peso > 2.500 g	0,45	0,20;1,06	0,35	0,16;0,77	0,27	0,12;0,62
Idade Gestacional ≤ 36 semanas	0,55	0,19;1,60	1,52	0,65;3,56	6,78	2,15;21,32
Intercorrências na gestação	1,23	0,63;2,40	1,04	0,50;2,16	0,86	0,31;2,35
Modelo Colaborativo	0,71	0,42;1,19	0,65	0,38;1,10	0,61	0,32;1,16

OR_{aj} ODDS ratio ajustada

REFERÊNCIAS

1. Angulo-Tuesta A, Giffin K, Gama AS, D'Orsi E, Barbosa GP. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflitos na assistência ao parto. *Cad Saude Publica*. 2003;19(5):1425-36. DOI:10.1590/S0102-311X2003000500021
2. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Leduc N, Misago C. Humanized birth in high risk pregnancy: barriers and facilitating factors. *Med Health Care Philos*. 2010;13(1):49-58. DOI:10.1007/s11019-009-9220-0
3. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011;343:d7400. DOI:10.1136/bmj.d7400
4. Cragin L, Kennedy HP. Linking obstetric and midwifery practice with optimal outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(6):779-85. DOI:10.1111/j.1552-6909.2006.00106.x
5. Dahlen HG, Tracy S, Tracy M, Bisits A, Brown C, Thornton C. Rates of obstetric interventions among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. *BMJ Open*. 2012;2(5): e001723. DOI:10.1136/bmjopen-2012-001723
6. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(3):699-705. DOI:10.1590/S1413-81232005000300026

7. Downe S, Finlayson K, Fleming A. Creating a collaborative culture in maternity care. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55(3):250-4. DOI:10.1016/j.jmwh.2010.01.004
8. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saude Publica*. 2005;39(4):645-54. DOI:10.1590/S0034-89102005000400020
9. Figueiredo GS, Santos TTR, Reis CSC, Mouta RJO, Progianti JM, Vargens OMC. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(2):181-5.
10. Giglio MRP, França E, Lamounier JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(10):297-304. DOI:10.1590/S0100-72032011001000005
11. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(4):CD004667. DOI:10.1002/14651858.CD004667.pub2
12. Jackson DJ, Lang JM, Ecker J, Swartz WH, Heeren T. Impact of collaborative management and early admission in labor on method of delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(2):147-57. DOI:10.1177/0884217503252045

13. Janssen PA, Ryan EM, Etches DJ, Klein MC, Reime B. Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. *Birth*. 2007;34(2):140-7. DOI:10.1111/j.1523-536X.2007.00160.x
14. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(3):CD009234. DOI:10.1002/14651858.CD009234.pub3
15. Low LK, Seng JS, Murtland TL, Oakley D. Clinician-specific episiotomy rates: impact on perineal outcomes. *J Midwifery Women's Health*. 2000;45(2):87-93. DOI:10.1016/S1526-9523(00)00003-9
16. Malott AM, Davis BM, McDonald H, Hutton E. Midwifery care in eight industrialized countries: how does Canadian midwifery compare? *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31(10):974-9.
17. McIntyre MJ. Safety of non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature. *Aust Health Rev*. 2012;36(2):140-7. DOI:10.1071/AH11039
18. Narchi NZ. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(4):546-51. DOI:10.1590/S0034-71672009000400009
19. Parada CMGL, Carvalhaes MABL. Childbirth care: contributing to the debate on human development. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007;15(Spec N°):792-8. DOI:10.1590/S0104-11692007000700013

20. Progianti JM, Mouta RJO. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(2):165-9.
21. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15(1):179-94. DOI:10.1053/beog.2000.0156
22. Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal perihospitalar e hospital. *Rev Saude Publica*. 2012;46(1):77-86. DOI:10.1590/S0034-89102012000100010
23. Schuit E, Kwee A, Wetwruhuis ME, Van Dessel HJ, Graziosi GC, Van Lith JM, et al. A clinical prediction model to assess the risk of operative delivery. *BJOG*. 2012;119(8):915-23. DOI:10.1111/j1471-0528.2012.03334.x
24. Vogt SE, Diniz SG, Tavares CM, Santos NCP, Zorzam B, et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(9):1789-800. DOI:10.1590/S0102-311X2011000900012
25. Wieggers TA, Hukkelhoven CW. The role of hospital midwives in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:80. DOI:10.1186/1471-2393-10-80

2.2 Segundo artigo

A associação entre o parto vaginal espontâneo e o modelo assistencial colaborativo em hospitais públicos no Brasil: uma análise hierarquizada

RESUMO

Objetivo: Verificar a associação entre o modelo colaborativo e o parto vaginal espontâneo.

Método

Desenho do estudo: Estudo transversal. Na análise estatística utilizou-se a regressão logística hierarquizada para investigar a associação do MC com o parto vaginal espontâneo (sem fórceps ou vácuo-extração e sem cesárea) através do cálculo da razão de chances.

Participantes: 655 primíparas das quais 322 foram atendidas no modelo tradicional (MT) e 333 no modelo colaborativo (MC).

Local: Os dados foram obtidos por entrevistas e revisão de prontuários em 4 hospitais públicas da capital de Minas Gerais, Brasil.

Resultados. O PVE ocorreu em 66,6% das mulheres a cesárea em 27% e o vaginal assistido em 6,4%. Após controle dos fatores de confundimento, o MC mostrou associação positiva com o PVE (OR 2,19; IC 1,37-3,50). Também tiveram efeito protetor: o uso do partograma (OR 1,92; IC 1,22-3,02), bolsa rota na admissão (OR 1,78; IC 1,14-2,76) e a dilatação avançada (OR 2,25; IC 1,33-3,80). Associação negativa foi encontrada para idade acima de 35 anos (OR 0,22; IC 0,06-0,79), IMC maior do que 30 (OR 0,23; IC 0,11-0,49), intercorrências na gestação (OR 0,52; IC 0,35-0,77), grupo dois de Robson (OR 0,34; IC 0,23-0,49), estado fetal não tranquilizador (OR 0,11; IC 0,06-0,20), presença de mecônio (OR 0,53; IC 0,32-0,89) e realização da CTG durante o trabalho de parto (OR 0,41; IC 0,24-0,68). A realização do pré-natal em consultório privado, o número de consultas maior do que seis e a analgesia medicamentosa mostraram associação negativa na análise univariada, mas perderam significância após o ajuste na análise multivariada. Também a presença do acompanhante, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, a livre deambulação e a ingesta hídrica perderam seu efeito protetor após o controle dos fatores de confundimento.

Conclusão: O modelo colaborativo, que conta com atuação sistematizada da enfermagem obstétrica, pode contribuir para aumentar a proporção do parto vaginal espontâneo, em hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde no contexto brasileiro.

Implicações para a prática: Devem ser intensificados os esforços para a inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao parto hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe Interdisciplinar de Saúde. Enfermagem Obstétrica. Parto obstétrico. Análise multivariada.

ABSTRACT

Objective: To determine the association between the collaborative model (CM) and spontaneous vaginal delivery

Methods Design: Cross-sectional study. Hierarchical logistic regression analyzed the association of CM with spontaneous vaginal delivery (no forceps or vacuum extraction, without c-section) by calculating the odds ratio

Setting: Data were collected through interviews and review of medical records in four public hospitals in the capital of Minas Gerais, Brazil. **Participants:** 655 primiparous women of which 322 were attended in the traditional model (TM) and 333 in the collaborative model (CM).

Results Measurements and findings: Spontaneous vertex birth occurred in 66.6% of nulliparous women, the rate of c-section was 27% and rate of assisted birth (ventouse or forceps delivery) was 6.4%. After controlling for confounders, the CM was positively associated with spontaneous vaginal delivery (OR 2.19; CI 1.37 to 3.50). Use of the partograph (OR 1.92; IC1 0.22 to 3, 02), ruptured membranes at admission (OR 1.78; CI 1.14 to 2.76) and advanced labor (OR 2, 25; CI 1.33 to 3.80) had also a positive association. Negative association was found for age above 35 years (OR 0.22; CI 0.06 to 0.79), BMI greater than 30 (OR 0.23; CI 0.11 to 0,49), complications during pregnancy (OR 0.52; CI 0.35 to 0.77) , belonging to the Robson group two (OR 0.34; CI 0.23 to 0.49), fetal distress (OR 0.11; CI 0.06 to 0.20), the presence of meconium (OR 0.53; CI 0.32 to 0.89) and, electronic fetal monitoring during labor (OR 0.41; CI 0.24-0.68). Pre -natal care in private practice, the number of greater than six appointments and analgesia for labor showed a negative association in the univariate analysis, but lost significance after adjustment in the multivariate analysis. Also the presence of the companion, the use of non-pharmacological methods of pain relief, walking during labor and fluid intake lost its protective effect after controlling for confounding factors.

Key conclusions: The collaborative model with autonomy of midwifery may help to increase the rate of spontaneous vaginal delivery in hospitals linked to the National Health System in the Brazilian context.

Implications for practice: Efforts for the inclusion of midwifery care should be intensified in hospital settings.

KEY-WORDS: Patient Care Team. Midwifery. Obstetric delivery. Multivariate Analysis.

INTRODUÇÃO

A assistência ao parto no Brasil tem como resultado uma elevada taxa de intervenções no trabalho de parto, bem como de cesarianas, o que contribui, entre outros fatores, para a morbimortalidade materna e perinatal (Villar et al, 2007, Patah, Malik, 2011). Atualmente 52,3% ou mais do que a metade dos brasileiros nascem por via abdominal (Ministério da Saúde, 2011). Estudos mostram uso de ocitocina em cerca de 50% dos partos e da episiotomia em 80%. Por outro lado, medidas que favorecem o parto normal, como deambulação, presença do acompanhante, uso de banho para o alívio da dor e da posição supina no segundo estágio do parto, são pouco utilizadas (Parada, Cavalhaes, 2007, Giglio et al., 2011).

Tanto fatores organizacionais do macrocontexto sociocultural e da organização do sistema de saúde quanto fatores institucionais são apontados como determinantes desse quadro (Pattah, Malik, 2011). Além de outras medidas para transformar a assistência tecnicista predominante no Brasil, o Ministério da Saúde vem implantando uma política de apoio à incorporação da enfermagem obstétrica para a assistência ao parto normal, possibilitando a implementação, no Sistema Único de Saúde, do modelo assistencial, conhecido em outros países como modelo colaborativo (MC) ou trabalho colaborativo (Downe et al., 2010).

Forma predominante de organização da assistência obstétrica hospitalar na maioria dos países da Europa, na Ásia, e em países como Austrália, Nova Zelândia e Canadá, o MC significa o trabalho em conjunto, no mesmo espaço físico, entre o médico-obstetra e a enfermeira obstétrica (ou obstetrix) na

assistência ao parto (Malott et al, 2009, Page, 2001, Benoit et al., 2005). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o trabalho colaborativo e a educação interdisciplinar respostas mais resolutivas para enfrentar os desafios na área da saúde, que melhoram o acesso aos serviços, otimizam o uso apropriado do especialista, reduzem as complicações, a permanência hospitalar e os custos e aumentam a satisfação, tanto do usuário quanto do trabalhador (OMS, 2011).

A atuação autônoma da enfermagem obstétrica mostrou redução das intervenções na assistência ao parto (McIntyre et al., 2012, Hatem et al., 2010, Birthplace in England Collaborative Group, 2011). Segundo diretrizes nacionais e internacionais, a enfermagem obstétrica busca estimular a fisiologia da parturição e incentivar o parto normal; promover a expressão da sensibilidade e subjetividade da mulher no ambiente do cuidado; incentivar o protagonismo feminino, respeitando, sobretudo, sua cidadania (Pereira, 2010). Em seu discurso, destacam-se dois aspectos: a compreensão do parto como evento fisiológico e a importância de técnicas de cuidado, com foco nas relações interpessoais (Vargens et al., 2008, Hunter, 2009, Lima et al, 2008).

O trabalho conjunto do médico obstetra e enfermagem obstétrica (MC) oferece espaço para a abordagem menos intervencionista atribuída à enfermagem obstétrica no ambiente hospitalar, no qual 98,4% das mulheres dão à luz atualmente no país (Ministério da Saúde, 2009). Ao trazer para a prática assistencial o campo do saber e do fazer de ambas as profissões, os benefícios desse modelo se devem à presença da enfermeira obstétrica e da obstetrix, com enfoque nos aspectos fisiológicos e emocionais da parturição

junto com a possibilidade de intervenção e atendimento dos casos de risco pelo médico especialista em obstetrícia (Downe et al., 2010).

Nas regiões de maior densidade populacional os partos assistidos por médicos chegam a 97,2% demonstrando sua hegemonia na assistência ao parto no Brasil (Ministério da Saúde, 2009). Apesar de políticas públicas e da legislação favorável, atualmente, a integração da enfermeira obstétrica na assistência obstétrica no país é marcada pela falta de reconhecimento da sua competência técnica e legal para a assistência ao parto e pela resistência, sobretudo, da categoria médica. (Ângulo-Tuesta et al. 2003, Narchi 2009, Barros et al, 2007, Progianti, Porfírio, 2012, Pereira, 2006).

Um destaque no cenário nacional é o contexto do município de Rio de Janeiro devido à constância da sua política, iniciada em 1994, em incorporar de forma sistemática a EO na assistência hospitalar, visando à humanização da assistência. Atualmente, há enfermeiras obstétricas atuando em 6 das 10 maternidades gerenciadas diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde, nas quais elas assistiram, entre 2008 e 2010, cerca de 20% dos partos ocorridos nessas maternidades, além de um Centro de Parto Normal (Gomes, 2011).

Este estudo pretende investigar a associação do parto vaginal espontâneo (PVE) (sem fórceps ou vácuo-extração e sem cesárea) com a assistência praticada no MC no âmbito do SUS, numa grande metrópole do Estado de Minas Gerais. Embora a ocorrência do PVE não exclua a presença de intervenções excessivas e muitas vezes desnecessárias durante o trabalho de parto, a seleção do PVE como desfecho para a pesquisa estende a discussão sobre a desmedicalização do parto para além da questão da

cesárea. Além disso, apenas o PVE pode ser assistido integralmente pela enfermagem obstétrica, o que constitui o diferencial entre o MC e a assistência prestada por uma equipe somente composta pelo profissional médico. Enquanto existem dados na literatura nacional que analisam a atuação da enfermeira obstétrica em CPN, não foram encontrados estudos que enfocam o MC no ambiente hospitalar.

Os resultados poderão apontar caminhos para melhorar a assistência obstétrica no Brasil e tornar mais efetiva a utilização de recursos humanos e financeiros.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado no período de março a julho de 2011, em quatro das sete maternidades vinculadas ao SUS, em Belo Horizonte. As maternidades foram selecionadas devido à semelhança na sua estrutura e nas características da sua clientela. Essas unidades realizaram, em 2010, cerca de 70% dos partos ocorridos em Belo Horizonte e atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Das quatro maternidades, uma instituição filantrópica opera com o MC - exposição principal do estudo. Nas outras três maternidades, o médico é o único profissional no atendimento ao trabalho de parto e parto, denominado modelo tradicional (MT). Entre estas, uma maternidade é filantrópica e as outras duas são estaduais. A instituição com MC é campo de estágio para curso de especialização em enfermagem obstétrica e as instituições do MT têm residência em Ginecologia e Obstetrícia. Em 2008, base

do cálculo da amostra, a maternidade com o MC atendeu 50% dos partos ocorridos nas quatro maternidades incluídas no estudo.

No MC, as mulheres de risco habitual são atendidas pela enfermagem obstétrica com plena autonomia. A conduta no TP das mulheres de risco é determinada pelos médicos, que acompanham a assistência da enfermagem a essa clientela. Toda assistência obstétrica é guiada por um protocolo institucional, de modo que o médico assume a assistência direta quando há alguma intercorrência durante o trabalho de parto (Quadro1). Dessa forma, a assistência de enfermagem se estende a cerca de 80% dos partos vaginais. A estrutura física das maternidades com MT ainda preserva a separação entre a sala de pré-parto e a sala de parto, com atendimento ao parto normal no bloco obstétrico. No MC o parto é assistido na unidade préparto/parto, sem que haja necessidade de transferência da parturiente no período expulsivo para o bloco obstétrico. Em nenhum dos modelos há separação do espaço físico para o atendimento às mulheres de acordo com seu risco reprodutivo. Há disponibilidade de analgesia medicamentosa e de métodos não farmacológicos para alívio da dor, assim como a presença de um acompanhante durante todo trabalho de parto e parto em todas as maternidades.

O estudo tem delineamento transversal. A amostra foi calculada para diferença de proporções entre a ocorrência de parto vaginal entre os dois modelos no ano de 2008, que foi de 75% no MC e 65% no modelo tradicional. Assim, considerando um nível de confiança de 95% e um poder de 80%, a amostra mínima necessária para afirmar diferenças estatisticamente significativas entre os dois modelos neste trabalho é de 325 parturientes.

A coleta dos dados foi realizada de forma consecutiva a partir dos livros de registro de partos das maternidades entre março e julho de 2010. Foram incluídas as parturientes primíparas, com fetos únicos, em idade gestacional acima de 22 semanas, vivos e com apresentação cefálica no momento da admissão hospitalar. Os dados foram obtidos a partir dos prontuários, complementados com informações de entrevistas com as puérperas, e cobriram o período de até 24 horas após o parto.

A associação entre os fatores nos diferentes níveis do modelo e o PVE foi estimada pela razão de chances, utilizando regressão logística não condicional, de acordo com um modelo hierarquizado (Figura 1). A variável dependente (desfecho) foi o PVE (parto sem uso de fórceps, vácuo-extração e sem cesariana) por evidenciar melhor os resultados do MC. Para evitar problemas no ajuste, as variáveis com 3 categorias foram divididas em três variáveis dicotômicas, das quais duas entraram na análise. Para o desenvolvimento da análise, foi utilizado o software SPSS, versão 17.

As variáveis independentes investigadas foram agrupadas em quatro níveis hierarquizados priorizando a sequência temporal dos fatores envolvidos (Figura 1) (Sakae et al., 2009). Em nível distal, ficaram as variáveis sócio-demográficas (classe econômica, cor da pele, escolaridade, estado civil e a realização de trabalho remunerado); no segundo nível (intermediário 1) foram consideradas variáveis relacionadas a condições clínicas durante a gestação (história de antecedentes clínicos, patologias maternas e fetais na gravidez, classificação de acordo com os Grupos de Robson (Robson, 2001), hábitos, como fumo e uso de álcool, e índice de massa corporal. Além disso, levou-se em conta a assistência pré-natal (número das consultas de pré-natal e

atendimento pelo SUS, privado ou convênio) e a idade como determinante biológico. No nível intermediário 2, foram acrescentadas as características do trabalho de parto (dilatação cervical na admissão, estado das membranas ovulares, presença de mecônio no líquido amniótico e diagnóstico de estado fetal não tranquilizador). No nível proximal, foram consideradas as variáveis que dizem respeito à assistência: o modelo assistencial (MC ou MT), a existência de suporte social durante o trabalho de parto e parto (presença da doula e do acompanhante) e intervenções na condução do trabalho de parto (uso de ocitocina e ruptura artificial das membranas, métodos não farmacológicos para o alívio da dor, uso de analgesia de condução, uso de cardiocografia, liberação de dieta líquida e a livre movimentação durante o TP).

A variável “Grupo de Robson” classifica as primíparas em grupo 1, 2 e 10 do sistema de classificação de Robson. Esses grupos apresentam diferenças fundamentais que determinam a condução do trabalho de parto. O grupo 1 são as primíparas com gestação à termo, apresentação cefálica e admitidas em trabalho de parto espontâneo. Ao Grupo 2 pertencem as primíparas com gestação à termo e apresentação cefálica, mas submetidas à indução ou cesárea. Esse grupo compreende mulheres de maior risco e para as quais são esperadas prevalência maior de intervenção e de partos cirúrgicos. Isso também se aplica às parturientes do Grupo 10, constituído por primíparas com idade gestacional menor do que 37 semanas e apresentação cefálica (Robson, 2001).

Os antecedentes clínicos e intercorrências na gravidez atual foram definidos de acordo com o National Institute for Health and Clinical Excellence

(NICE, 2007), que inclui as patologias mais frequentes. Para a análise, tanto todos os antecedentes clínicos quanto todas as intercorrências na gestação foram sintetizados, cada uma, em uma única variável.

A análise estatística foi desenvolvida em três passos (Santos et al 2008). Na primeira etapa, realizou-se a análise univariada para determinação da razão de chances brutas de cada variável. Foram selecionadas aquelas cuja associação apresentou significância $< 0,2$ para entrar para análise multivariada. A segunda etapa consistiu da análise multivariada das variáveis selecionadas para cada nível para obter a razão de chances ajustada para os potenciais fatores de confundimento do mesmo nível. As variáveis que apresentaram associação com significância $< 0,05$ foram mantidas e compuseram o modelo ajustado correspondente de cada nível. A terceira etapa consistiu do ajuste do modelo de regressão logística de modo hierarquizado para estimar o efeito independente das variáveis sobre a variável dependente, o PVE. O modelo final considerou todas as variáveis com significância superior a 0,05 de cada um dos níveis ajustados. Assim, esse modelo representa a razão de chances do PVE, ajustada entre as variáveis do mesmo nível e para as variáveis dos níveis superiores (mais distais) da hierarquia do modelo conceitual (Figura 1).

O estudo foi aprovado pelos comitês de Ética em Pesquisa de todas as instituições envolvidas.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 689 primíparas, que pertenciam aos grupos 1,2, e 10 de Robson. Destas, 333 foram atendidas na instituição com MC e 322

nas instituições com MT. No período da coleta dos dados, houve 13 perdas no grupo do MC e 18 perdas no grupo do MT - três por recusa e 28 por alta hospitalar antes da entrevista. Três mulheres (n=3) com distúrbios psiquiátricos foram excluídas (duas no MT e uma no MC), resultando na coleta de dados de 655 mulheres.

O PVE ocorreu em 66,6% das parturientes da amostra. A proporção de cesárea foi de 27% e do parto vaginal assistido de 6,4%. As parturientes apresentavam idade média de 22,1 anos (desvio-padrão= 5,4 anos) e 66,1% estavam em relação estável. Verificou-se que 90,7% pertenciam às classes econômicas C, D e E. Em relação aos Grupos de Robson, um pouco mais do que a metade (53,9%) das parturientes foram classificadas no Grupo 1, 36,0% no Grupo 2 e 10,1% pertenciam ao Grupo 10.

A Tabela 1 apresenta as frequências do PVE segundo as características sociodemográficas, reprodutivas, clínicas e as relacionadas à prática obstétrica das parturientes da amostra. Mostra-se também a razão de chances bruta e ajustada para o desfecho entre as variáveis de cada nível.

Em relação ao nível mais distal, observou-se que a ocorrência do PVE foi menor em parturientes em união estável e com trabalho remunerado. Além destas duas variáveis, a escolaridade mostrou-se associada ao desfecho com significância $< 0,2$ ($p=0,06$) na análise univariada.

Na análise univariada das variáveis do nível intermediário 1, constatou-se maior chance de parto vaginal espontâneo em parturientes com idade menor de 19 anos (OR 1,72; IC95% 1,11-2,66) e menor chance em parturientes em idade acima de 34 anos (OR 0,24; IC 95% 0,07-0,79), quando comparadas com mulheres entre 19-34 anos. Os fatores de risco como tabagismo, etilismo

e os antecedentes clínicos não tiveram uma associação significativa ao tipo de parto. Entretanto, IMC acima de 30 e intercorrências na gestação reduziram a chance das mulheres vivenciarem o PVE (OR 0,17; IC 95% 0,09-0,36 e OR 0,47; IC 95% 0,33-0,68, respectivamente).

Além disso, observou-se que as mulheres com mais consultas durante o pré-natal tiveram reduzidas as chances de realizarem um parto vaginal espontâneo. Porém, entre as que receberam assistência pré-natal prestada pelo SUS houve maior frequência desse procedimento. O fato de pertencerem aos Grupos 2 ou 10 de Robson também reduziu a chance de ocorrência de PVE, quando comparada às parturientes do Grupo 1.

Todas as variáveis do nível intermediário 2 relacionadas às características do TP mostraram-se associadas ao desfecho para a análise univariada. As associações mais significativas foram a dilatação cervical entre 4 e 10 cm, que aumentou a chance de PVE, e o estado fetal não tranquilizador (sofrimento fetal agudo), que a reduzia.

Em relação ao nível proximal, observou-se, na análise univariada, que todas as variáveis mostraram associação ao PVE com significância $< 0,2$ com exceção do uso da ocitocina prescrito no trabalho de parto. O uso da analgesia e da cardiotocografia reduziram a chance de ocorrência do PVE. Já a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, do partograma e da rotura artificial das membranas (RAM) e o MC - exposição principal neste estudo - estiveram associados a uma maior chance de ocorrência de um parto vaginal espontâneo. Com o ajuste intranível, houve um aumento da magnitude da associação do MC com a ocorrência do PVE (OR = 2,05; IC95%1,35-3,10).

ANÁLISE MULTIVARIADA HIERARQUIZADA

A Tabela 2 apresenta a razão de chances do desfecho para as variáveis em cada nível, ajustadas entre si, e para as do nível superior, que alcançaram significância menor do que 0,05. O Modelo 1 mostra os efeitos independentes do estado conjugal e a existência de um trabalho remunerado. No Modelo 2, após o ajuste para o nível distal, pertencer ao Grupo 2 manteve forte associação negativa sobre o PVE, ao passo que as variáveis referentes à assistência no pré-natal não mostraram efeito independente sobre o desfecho. Nesse modelo, a existência do trabalho remunerado também manteve uma associação negativa, porém de menor magnitude.

No modelo 3, todas variáveis relativas à característica do trabalho de parto (nível intermediário 2) mostraram-se associadas, assim como as do nível intermediário 1. O ajuste pela regressão hierarquizada reduziu a associação positiva da dilatação cervical entre 4 cm e 10cm e a da bolsa rota com o desfecho, encontrada na regressão internível, e eliminou a associação dos fatores socioeconômicos.

Já no Modelo 4, que diz respeito às variáveis do nível proximal relacionadas à assistência, observou-se perda da associação entre o desfecho e o suporte emocional (presença do acompanhante e da doula); práticas como livre movimentação e oferta de dieta líquida; métodos não farmacológicos para o alívio da dor; e a ruptura artificial das membranas, após o ajuste para os níveis mais distais. O MC, o uso do partograma e a realização da cardiotocografia não contínua, realizada antes de cada indução ou na presença

de qualquer condição patológica da mãe ou do feto, mantiveram-se associados ao desfecho.

A inserção de variáveis ligadas à assistência modificou o efeito da maioria das variáveis dos níveis anteriores (mais distais). No Modelo 4, a bolsa rota e a dilatação cervical, bem como idade maior do que 35 anos, intercorrências gestacionais, a indução do trabalho de parto entre as mulheres com gestação a termo, não foram mais associados ao desfecho. Por outro lado, a situação conjugal estável mostrou efeito independente, bem como o IMC igual ou maior do que 30.

DISCUSSÃO

O modelo final da análise hierarquizada mostra a importância de fatores relacionados à assistência ao trabalho de parto na definição da via de parto. Em relação ao modelo de assistência – exposição primária que marca a hipótese deste estudo –, observou-se o potencial do MC na promoção do PVE numa população que incluía mulheres com patologias, trabalho de parto induzido e parto com analgesia. Destaca-se que essa associação manteve-se quando, na análise, foi considerado o efeito de um conjunto de fatores que podem interferir na ocorrência do PVE.

Para o contexto brasileiro, com predominância na realização da assistência ao parto pelos médicos obstetras, a associação encontrada entre o MC e o PVE assume importância peculiar por apontar para uma forma na reorganização da assistência, na qual a enfermeira obstétrica tenha autonomia na condução dos cuidados e que pode trazer resultados positivos. Embora a

atuação deste profissional seja incentivada pela política pública de saúde, na maioria dos serviços, ela é apenas concedida em algumas situações específicas e o trabalho colaborativo não constitui, ainda, uma prática sistematizada e incorporada no sistema de saúde (Barros et al., 2007).

No MC, sua contribuição na redução das intervenções e no aumento do PVE é relacionada à competência política e interpessoal para resolução dos conflitos entre as categorias e para a construção de consenso na instituição, bem como ao reconhecimento pela equipe médica da sua competência técnica (Angulo Tuesta et al., 2003, Barros et al., 2007, Narchi, 2009); fato que remete à natureza e à qualidade do trabalho colaborativo, que deve se basear no diálogo, na confiança mútua e no reconhecimento das competências do outro, e vai além da agregação de mais uma categoria profissional na equipe (Downe et al., 2010, Reiger, Lane, 2009).

O MC estudado neste trabalho é consolidado na instituição desde sua fundação, em 1985, como forma de organização da assistência ao parto permitindo uma atuação autônoma da enfermagem obstétrica sem ser limitada pela influência de conflitos corporativistas. Esse fato pode ter contribuído para os resultados positivos.

Experiências positivas do MC nos EUA reforçam o papel da filosofia institucional, voltada tanto à fisiologia do parto quanto ao trabalho em equipe com apoio explícito para a atuação da EO, na redução das intervenções e no aumento do parto vaginal (Nielsen et al, 2011, Darlington et al., 2011, Dejoy et al, 2011). Nielsen et al (2011) observaram, após implementação do MC, aumento concomitante da assistência ao parto pela enfermeira obstétrica de 17% para 27,4% e da frequência do PVE de 84,4% para 89,2% entre essas

profissionais, e de 66,1% para 70,6% entre o total dos partos (Nielsen et al, 2011). Darlington et al (2011) relatam resultados mais favoráveis da sua prática quando comparados com dados nacionais ou estaduais. A proporção de cesárea no total dos partos de 18,5% e a proporção de cesárea em primigestas de 25,2% são menores do que a prevalência em nível estadual com 22% e 29,2%, respectivamente, enquanto a prevalência do parto normal após cesárea foi de 77,1% versus 57,1% a nível nacional. Os resultados foram atribuídos ao uso de protocolos baseados em evidências, ao suporte emocional prestado às mulheres por enfermeiras obstétricas e doulas e à autonomia das primeiras na assistência ao parto normal.

Outros estudos encontraram também maior prevalência do PVE e maior frequência de práticas como liberação de dieta; livre movimentação; uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, concomitante a resultados neonatais semelhantes, tanto entre as mulheres de risco habitual quanto entre as de risco moderado, assistidas por enfermeiras obstétricas, quando estas trabalham no MC (Craigin, Kennedy, 2007, Davidson, 2002, Janssen et al, 2007). Jackson et al. (2002) analisaram os efeitos independentes do tipo do modelo (modelo colaborativo versus centrado no médico obstetra) e da dilatação cervical na admissão sobre a via do parto e as interações das duas exposições em mulheres que preenchem os critérios de admissão para Centro de Parto Normal. O modelo colaborativo mostrou associação positiva com a prevalência do parto vaginal espontâneo, com exceção de multíparas com cesárea anterior e admitidas com dilatação maior do que 4 cm. Os autores ainda observaram, que a admissão em fase mais avançada do trabalho de

parto beneficiaria as mulheres de ambos os grupos, bem como a existência de uma interação sinérgica entre o modelo colaborativo e a admissão tardia.

Harris et al. (2012) estudaram os resultados perinatais de um programa interdisciplinar, composto por médicos generalistas e obstetras, enfermeiras, obstetras e doulas, voltado para mulheres socialmente desfavorecidas no Canadá. Setecentos e noventa e três mulheres (64%) receberam assistência pré-natal por obstetras no programa colaborativo, versus 143 (11,6%) no modelo tradicional e 517 (41,9%) versus 92 (7,4%) durante o trabalho de parto, respectivamente. Em contraponto, durante o pré-natal, somente 23 mulheres foram vistas pelo médico obstetra e 440 mulheres (35,5%) durante o trabalho de parto e parto no programa colaborativo, enquanto 639 (51,6%) mulheres foram assistidas pelo médico obstetra durante o pré-natal e 862 (69,6%) durante o trabalho de parto no modelo standard.

No grupo das mulheres do programa colaborativo houve número menor de cesáreas (21,1% versus 31,3%) e maior dos partos vaginais espontâneos (63,3% versus 52,7%), com diferenças significativas. Estratificada pelo tipo de profissional que prestou assistência no pré-natal, a proporção de parto espontâneo e da cesárea para os grupos das mulheres assistidas pela obstetra e pelos médicos generalistas foram similares, mas apresentavam diferenças significativas para os médicos obstetras, cuja participação na assistência ao parto teve queda de cerca de 50%. Da sua clientela do pré-natal, um total de 23 de 1238 mulheres no programa colaborativo, 15 mulheres (65,2%) foram submetidas ao parto cesáreo no modelo colaborativo, parcela facilmente atribuível a alguma intercorrência ocorrida durante o trabalho de parto. Ainda, nesse estudo, a proporção do parto vaginal espontâneo mostrou associação

positiva com o programa colaborativo (RR 1,25 IC 95% 1,15-1,36). Entre as primíparas, 24,1% foram submetidas à cesárea no modelo colaborativo em relação a 32,4% no modelo standard e entre as múltiplas a frequência foi 15% versus 28,9%, respectivamente (Harris et al., 2012).

Wiegers e Hukkelhoven (2010) também atribuíram a queda na proporção dos partos vaginais assistidos ao aumento concomitante da participação das obstetrias de 8% para 26% como provedor da assistência ao parto em nível secundário entre 2000 e 2009 nos Países Baixos. Embora os autores não tenham afirmado uma associação com o achado devido à metodologia utilizada, a queda observada dos partos instrumentais (fórceps, vácuo-extração e cesárea) de 44% para 39%, levanta essa hipótese. Deve-se considerar que, nesse país, o hospital somente recebe mulheres referidas do nível primário e, portanto, são mulheres com indicação para alguma intervenção. Os autores observaram ainda, que as obstetrias, que trabalham na atenção hospitalar são mais envolvidas com partos espontâneos e com evolução sem complicações.

Na discussão sobre a desmedicalização da assistência a partir da construção do MC, tenta-se superar as rivalidades enraizadas pela história das duas especialidades que são a maior barreira. A falta de respeito mútuo, tanto no nível institucional quanto no nível das relações pessoais, dificultam a situação, mesmo quando há concordância entre os profissionais envolvidos acerca da importância do trabalho colaborativo, dos objetivos e das metas da assistência (Waldman, Kennedy, 2012, Petersen et al., 2007, Downe et al., 2010, Reiger, Lane, 2009).

A presença contínua de um profissional especializado na fisiologia do trabalho de parto, junto com um profissional capaz de solucionar emergências e casos mais complexos, faz do MC uma condição fundamental para a otimização de recursos humanos e financeiros (Angelini et al., 2012, Pecchi et al., 2012). Isso é particularmente importante em instituições que cuidam tanto de mulheres de risco habitual quanto daquelas com alguma complicação ou intercorrência clínica ou obstétrica. Também deve se considerar que mesmo as parturientes com gestações de risco demandam cuidados para contrabalançar as intervenções necessárias, e se beneficiam, portanto, da atuação da enfermeira obstétrica.

As limitações do estudo referem-se à possível heterogeneidade dos hospitais, apesar da seleção ter considerado as unidades com maior semelhança nas condutas entre si e no perfil da clientela. A falta de padronização da atuação da enfermagem obstétrica limita a validade externa do estudo. Na instituição com MC avaliada, a enfermagem obstétrica desfruta de ampla autonomia na sua atuação, constituindo um caso excepcional para a realidade brasileira. É ainda importante mencionar que, em um dos hospitais do MT, houve restrição do atendimento, de modo que parte das parturientes foi transferida para outros hospitais, inclusive para os que participaram da pesquisa, devido à falta temporária de pediatras na época da coleta. A transferência das parturientes pode ter constituído um viés de seleção.

Em relação à análise estatística, a regressão logística, utilizada no estudo, pode superestimar a razão de chances, em função das altas prevalências. Entretanto, ela não altera a significância da associação. A inclusão de mulheres dos três grupos de Robson, implicando proporções de

parto vaginais bastante diferenciadas, pode ter influenciado no resultado. Por outro lado, este *case mix* de parturientes na amostra reflete a realidade assistencial das maternidades de nível de atenção secundária e a viabilidade do MC nesse ambiente.

Os resultados do MC e sua prática diária são pouco estudados em âmbito nacional. Pesquisas mais detalhadas e abrangentes poderiam trazer evidências a respeito da sua resolutividade, segurança e viabilidade no atual contexto brasileiro.

TABELA 1

Prevalência e *ODDS RATIO (OR)* bruto e ajustado intra-nível do Parto Vaginal Espontâneo segundo variáveis, sociodemográficas, reprodutivas e relacionadas à prática assistencial. Belo Horizonte, 2011

	Prevalência PVE			Razão de chance bruta	Razão de chance Ajustada (OR ^a)
	Total	n	%		
Fatores sócio-demográficos - Nível distal – Bloco 1					
Estado civil (n=655)*					
Solteira	222	163	73,4	1,00	1,00
Casadas/unidas	433	273	63,0	0,62 (0,43-0,88)	0,65 (0,46-0,94)
Trabalho remunerado*					
Sim	261	156	59,8	0,60 (0,43-0,84)	0,63 (0,45-0,88)
Não	394	280	71,1	1,00	1,00
Classe Econômica#					
A2, B1, B2	61	39	63,9	0,88 (0,51-1,52)	
C,D	594	397	66,8	1,00	
Escolaridade (655)**					
Até Ensino Fundamental Compl.	401	278	69,3	1,00	
Acima do Ensino Fundamental	254	158	62,2	0,73 (0,52-1,01)	
Cor Autoreferida (655)#					
Branco	105	70	66,7	1,00	
Preto	124	86	69,4	1,13 (0,65-1,97)	
Pardo	384	250	65,1	0,93 (0,59-1,47)	
Outros	42	30	71,4	1,25 (0,57-2,73)	
Fatores clínicos-obstétricos gestacionais- Nível intermediário 1- Bloco 2					
Idade (n=655)*					
13-18	134	102	76,1	1,72 (1,11-2,66)	
19-34	508	330	65,0	1,00	
35 anos ou mais	13	4	30,8	0,24 (0,07-0,79)	0,21 (0,06-0,75)
IMC antes da gravidez(n=635)*					
< 30	596	412	69,1	1,00	
30 e mais	39	11	28,2	0,17 (0,09-0,36)	0,22 (0,10-0,47)
Tabagismo (655)#					
Sim	54	40	74,1	1,48 (0,79-2,78)	
Não	601	396	65,9	1,00	
Uso de Álcool (655)#					
Sim	113	76	67,2	1,04 (0,97-1,60)	
Não	542	360	66,4	1,00	
Classificação de Robson					
Classe 1	353	278	78,8	1,00	
Classe 2	236	116	49,2	0,26 (0,18-0,37)	0,34 (0,24-0,49)
Classe 10	66	42	63,6	0,47 (0,27-0,83)	
Antecedentes clínicos (655)#					
Sim	30	21	70	1,18 (0,53-2,62)	
Não	625	415	66,4	1,00	
Intercorrências gestacionais (655)*					
Sim *p= <0,05; ** p=<0,2; # p> 0,2	171	92	53,8	0,47 (0,33-0,68)	0,52 (0,34-0,77)
Não	484	344	71,1	1,00	1,00

Continuação...

TABELA 1
Prevalência e ODDS RATIO (OR) bruto e ajustado intra-nível do Parto Vaginal Espontâneo (PVE) segundo variáveis, sociodemográficas, reprodutivas e relacionadas à prática assistencial. Belo Horizonte, 2011

	Prevalência (PVE)		Razão de chance bruta (OR)	Razão de chance Ajustada (OR ^a)
	n	%		
Fatores relacionados à assistência pré-natal – Bloco 3				
Nº de consultas de pré-natal *(n=647)				
<6 consultas	150	113	75,3	1,00
6 consultas e mais	497	317	63,8	0,58 (0,38-0,87)
Local do Pré-natal*(n=655)				
SUS	578	395	68,3	1,89 (1,17-3,06)
Privado/convênio	77	41	53,2	1,00
Fatores relacionadas ao trabalho de parto – Nível Intermediário 2 – Bloco 4				
Membranas amnióticas na admissão (n=655)**				
Bolsa rota	205	147	71,7	1,41 (0,98-2,02)
Bolsa Inteira	450	289	64,2	1,00
Dilatação cervical na admissão (n=652)*				
0-3	427	250	58,5	1,00
4-10	225	183	81,3	3,99 (2,82-5,63)
Estado fetal não tranquilizador (n=654)*				
Sim	86	17	19,8	0,09 (0,05-0,15)
Não	568	419	73,8	1,00
Presença de mecônio (n=655)*				
Sim	119	59	49,6	0,41 (0,28-0,62)
Não	536	377	70,3	1,00
Fatores relacionadas à assistência ao trabalho de parto – Nível proximal - Bloco 5				
Modelo assistencial (n=655)*				
Colaborativo	333	240	72,1	1,66 (1,19-2,3)
Tradicional	322	196	60,9	1,00
Acompanhante no trabalho de parto e parto (655)*				
Sim	590	401	68,0	1,82 (1,08-3,05)
Não	65	35	53,8	1,00
Doula (655)**				
Sim	304	211	69,4	1,25 (0,90-1,74)
Não	349	225	64,5	1,00
Ocitocina (n=655)#				
Sim	378	259	68,5	1,23 (0,89-1,70)
Não	277	177	63,9	1,00
Métodos não farmacológicos (n=655)*				
Algum		386	71,9	3,48 (2,30-5,24)
Nenhum	118	50	42,4	1,00
Uso do partograma (592)*				
Sim	331	266	80,4	2,23 (1,54-3,23)
Não	261	169	64,8	1,00
CTG (655)*				
Sim	271	136	50,2	0,28 (0,20-0,40)
Não	384	300	78,1	1,00

*p= <0,05; ** p=<0,2; # p> 0,2

Continuação...

TABELA 1

Prevalência e *ODDS RATIO (OR)* bruto e ajustado intra-nível do Parto Vaginal Espontâneo (PVE) segundo variáveis, sociodemográficas, reprodutivas e relacionadas à prática assistencial. Belo Horizonte, 2011

	Prevalência (PVE)		Razão de chance bruta (OR)	Razão de chance Ajustada (OR ^a)
	n	%		
Uso da analgesia (592)*				
Sim	230	159	69,1	0,69 (0,47-0,99)
Não	362	277	76,5	1,00
Oferecimento de líquido (655)*				
Sim	286	207	72,4	1,60 (1,15-2,24)
Não	369	229	62,2	1,00
Liberdade de movimento				
Sim	561	386	68,6	1,76 (1,11-2,77)
Não	88	49	55,7	1,00
Rotura Artificial das Membranas (450)*				
Sim	271	192	70,8	2,10 (1,42-3,11)
Não	179	96	53,6	1,00

*p= <0,05; ** p=<0,2; # p> 0,2

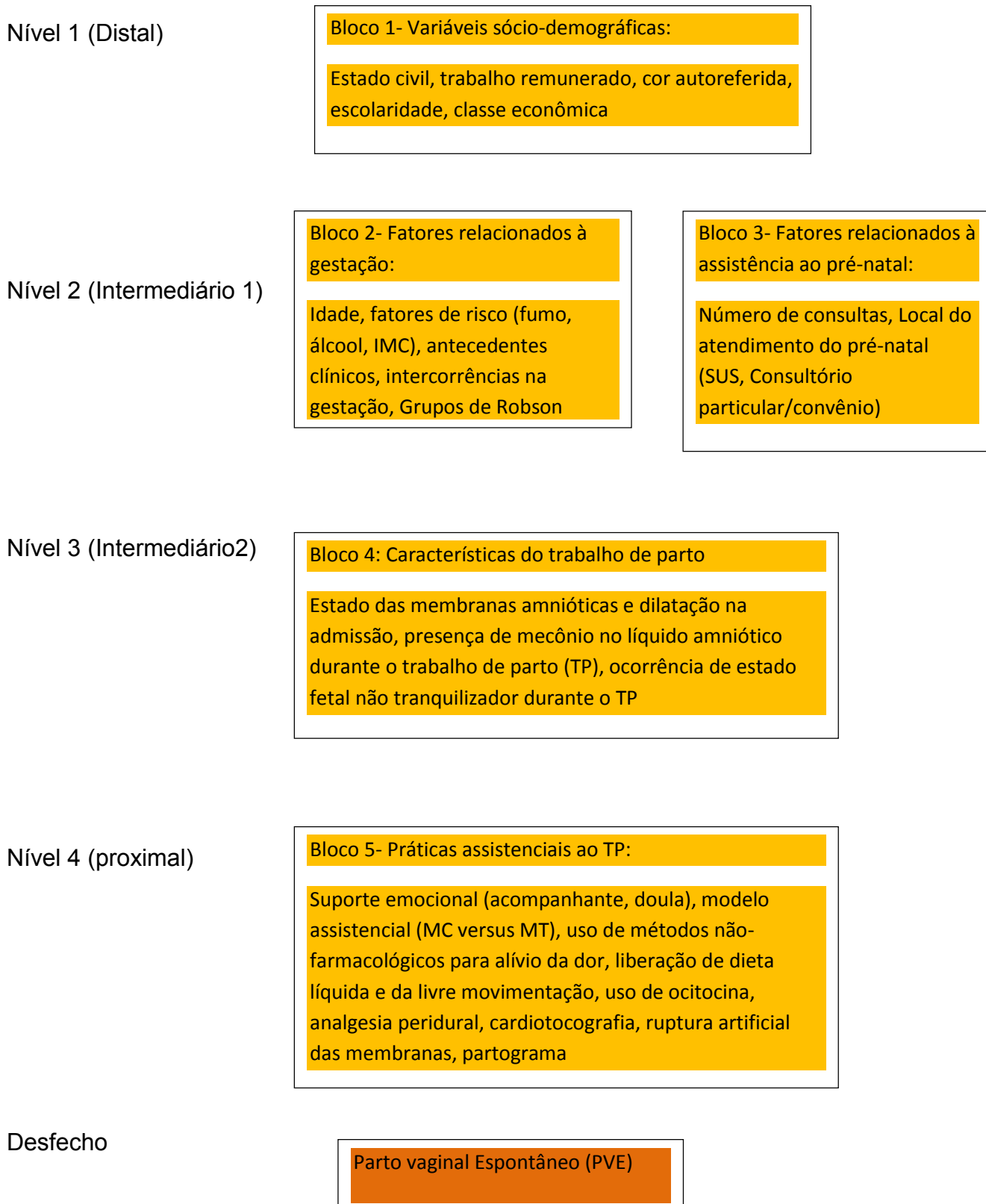
TABELA 2

ODDS RATIO (OR) ajustados em níveis hierarquizados para o Parto Vaginal Espontâneo segundo variáveis sócio-demográficas, reprodutivas e relacionadas à prática assistencial. Belo Horizonte, 2011

Variáveis	Modelo 1		Modelo2		Modelo3		Modelo 4	
	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC
Fatores sóciodemográficos - Nível distal – Bloco1								
Estado civil - Casadas/unidas	0,65	0,46-0,94	0,75	0,50-1,10	0,70	0,46-1,07	0,59	0,37-0,96
Trabalho remunerado – sim	0,63	0,45-0,88	0,68	0,48-0,98	0,68	0,46-1,02	0,90	0,57-1,42
Fatores clínicos-obstétricos gestacionais- Nível intermediário 1- Bloco 2 e 3								
IMC > 30			0,23	0,11-0,49	0,21	0,09-0,48	0,30	0,17-0,76
Idade >35			0,22	0,06-0,79	0,22	0,06-0,86	0,52	0,08-3,59
Intercorrências – sim			0,52	0,35-0,77	0,51	0,32-0,80	0,89	0,53-1,51
Gestação >37 sem, TP induzido, cesárea			0,34	0,23-0,49	0,58	0,34-0,97	0,69	0,37-1,27
Fatores relacionados com trabalho de parto – Nível intermediário 2 – Bloco 4								
Presença do estado fetal não tranquilizador					0,11	0,06-0,20	0,12	0,06-0,25
Presença de líquido meconial					0,53	0,32-0,89	0,48	0,28-0,83
Bolsa rota					1,78	1,14-2,76	1,39	0,85-2,26
Dilatação cervical 4-10 cm					2,25	1,33-3,80	1,11	0,60-2,03
Fatores relacionadas à assistência ao trabalho de parto - Nível Proximal – Bloco 5								
Uso do partograma							1,92	1,22-3,02
Realização da cardiotocografia							0,41	0,24-0,68
Modelo colaborativo							2,19	1,37-3,50

FIGURA 1

Modelo HIERARQUIZADO dos fatores associados ao parto vaginal espontâneo



QUADRO 1

Divisão das Competências

Atuação autônoma Enfermeira obstétrica	Atuação em colaboração	Atuação exclusiva do médico obstetra
TP espontâneo, > 37 semanas, apresentação cefálica	Indução do TP	Laceração de 3º e 4º
Mecônio fluido com CTG Categoria 1 da ACOG	TP prematuro	Parto instrumental
Infecções gestacionais tratadas e controladas	Estreptococo positivo	Parto cirúrgico
TP com analgesia peridural	Mecônio com estado fetal tranquilizador	Deteriorização da condição clínica materna
Trabalho de parto com ruptura das membranas < 18 horas	Condição clínica materna patológica, mas TP sem complicações (síndromes hipertensivas, diabete gestacional, infecção)	Estado fetal não tranquilizador
	TP sem modificação do colo após 6 horas, com indicação de ocitocina ou RAM	Sangramento
	Ruptura das membranas > 18 horas	Apresentações anômalas
		Parada da descida do polo cefálico com TP ativo e após uso de mudanças de posição, ocitocina e RAM

Fonte: Hospital Sofia Feldman. Atribuições e atribuições da equipe assistencial

REFERENCIAS

- Angelini, D. J., O'Brien, B., Singer, J., Coustan, D. R., 2012. Midwifery and Obstetrics. Twenty Years of Collaborative Academic Practice. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 39, 336–346.
- Angulo-Tuesta, A., Giffin, K., Gama, Ade, S., d'Orsi, E., Barbosa, G. P., 2003. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflitos na assistência ao parto. *Cadernos de Saúde Pública* 19, 1425-1436.
- Pereira, A.L.F. 2010 (org) Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiros Obstetras, Faculdade de Enfermagem/UERJ, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Legislação profissional e marcos regulatórios da prática assistencial da enfermeira obstétrica no sistema único de saúde. Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro.
- Barros, L. M., Silva, R. M., Moura, E. R. F., 2007. Autonomía de la enfermera que asiste el parto normal en Brasil. *Investigación y Educación en Enfermería* 25, 44-51.
- Benoit, C., Wrede, S., Bourgeault, I., Sandall, J., De Vries, R., van Teijlingen, E. R., 2005. Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone. *Sociology of Health & Illness* 27, 722–737.
- Birthplace in England Collaborative Group, 2011. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthpalce in England national prospective cohort study. *BMJ* 343, d7400.
- Cragin, L., Kennedy, H. P. Linking obstetric and midwifery practice with optimal outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 35, 779-785.
- Darlington, A., McBroom, K., Warwick, S., 2011. A northwest collaborative practice model. *Obstetrics & Gynecology* 118, 673–677.
- Davidson, M. R., 2002. Outcomes of high-risk women cared for by certified nurse-midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health* 47, 46-49.
- Dejoy, S., Burkman, R. T., Graves, B. W., Grow, D., Sankey, H. Z., Delk, C., Hallisey, A., 2011. Making it work: successful collaborative practice. *Obstetrics and gynecology*, 118, 683–686.
- Downe, S., Finlayson, K., Fleming, A., 2010. Creating a collaborative culture in maternity care. *Journal of Midwifery & Women's Health* 55, 250-254.
- Giglio, M.R.P., França, E., Lamounier, J.A. 2011. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia* 33, 297–304.

- Gomes, M.L., 2011. A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório. [tese] UFRJ/EEAN, Rio de Janeiro.
- Harris, S.J., Janssen, P.A., Saxell, L., Carty, E.A., MacRae, G.S., Petersen, K.L., 2012. Effect of a collaborative interdisciplinary maternity care program on perinatal outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 17, DOI: 10.1503/cmaj.111753.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Gates, S., 2008. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Of Systematic Reviews* (Online) 3. <<http://apps.who.int/whl/reviews/CD004667.pdf>> (accessed June 2013)
- Hunter, L.,P., 2009. A descriptive study of "being with woman" during labor and birth. *Journal of Midwifery Womens Health*, 2, 111-8.
- Jackson, D.J., Lang, J.M., Ecker, J., Swartz, W.H., Heeren, T., 2002. Impact of collaborative management and early admission in labour on method of delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 32, 147-157.
- Janssen, P.A., Ryan, E.M., Etches, D.J., Klein, M.C., Reime, B., 2007. Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. *Birth* (Berkeley, Calif.) 34, 140–147.
- Lima, E.C., Vargens, O.M.C., Quitete, J.B., Macedo, P.O., Santos, I., 2008. Aplicando concepções teórico-filosóficas de Collière para conceituar novas tecnologias do cuidar em enfermagem obstétrica. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 3, 354-61.
- Malott, A.M., Davis, B.M., McDonald, H., Hutton, E., 2009. Midwifery care in eight industrialized countries: how does Canadian midwifery compare? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 31, 974–979.
- McIntyre, M.J., 2012. Safety of non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature. *Australian Health Review* 36, 140-147.
- Ministério da Saúde, 2010. DATASUS: indicadores e dados básicos: Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. <<http://www.datasus.gov.br/idb>> (acesso May 2010).
- Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2009. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS-2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde, Brasília.

- Narchi, N.Z., 2009. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo - Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 44, 266-273.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK), 2007. Intrapartum care care of healthy women and their babies during childbirth. RCOG Press, London. <<http://guidance.nice.org.uk/CG55/Guidance/pdf/English>> (accessed Apr 2010).
- Nielsen, P.E. Munroe, M., Foglia, L., Piecek, R.I., Backman, M.P., Cypher, R., Smith, D.C., 2012. Collaborative practice model: Madigan Army Medical Center. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 39, 399–410.
- Parada, C.M.G.L., Carvalhaes, M.A.B.L., 2007. Childbirth care: contributing to the debate on human development. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* 15(especial). www.eerp.usp.br/rlae (accessed 10 may 2010)
- Page L., 2001. Human resources for maternity care: the present system in Brasil, Japan, North America, Western Europe and New Zeland. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 75 (Suppl1), S81-8.
- Patah, L.E.M., Malik, A.M., 2011. Models of childbirth care and cesarean rates in different countries. *Revista de Saúde Pública* 45, 185–194.
- Pecci, C.C., Mottl-Santiago, J., Culpepper, L., Heffner L., McMahan, T., Lee-Parriz, A., 2012. The Birth of a Collaborative Model Obstetricians, Midwives, and Family Physicians. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 39, 323–334.
- Pereira, A., L.F., 2006. Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro *Revista Mineiro de Enfermagem* 3, 233-239.
- Pereira, A.L.F. 2010 (org) Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras, Faculdade de Enfermagem/UERJ, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Legislação profissional e marcos regulatórios da prática assistencial da enfermeira obstétrica no sistema único de saúde. Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro.
- Peterson, W.E., Medves, J.M., Davies, B.L., Graham, I.D., 2007. Multidisciplinary Collaborative Maternity Care in Canada: Easier Said Than Done. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada*, 11, 880–886.
- Progianti, J.M., Porfírio, A.B., 2012. Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na maternidade Alexander Fleming (1998-2004). *Revista da escola de Enfermagem Anna Nery* 3, 443- 450.

- Reiger, K.M., Lane, K.L., 2009. Working together: collaboration between midwives and doctors in public hospitals. *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association* 33, 315–324.
- Robson, M.S., 2001. Can we reduce the caesarean section rate? Best practice & research. *Clinical Obstetrics & Gynaecology* 15, 179–194.
- Sakae, T., M., Freitas, P.F., d’Orsi, E., 2009. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública* 3, 472-80.
- Santos, D.N., Assis, A.M.O., Bastos, A.C.S., Santos, L. M., Santos, C.A.S., Strina, A., Barreto, M.L., 2008. Determinants of cognitive function in childhood: a cohort study in a middle income context. *BMC Public Health* 8, 202.
- Vargens, O.M.C., Progianti J.M., Silveira A.C.F., 2008. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2, 339-46.
- Villar, J., Carroli, G., Zavaleta, N., Donner, A., Wojdyla, D., Faundes, A., Acosta, A., 2007. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 335, 1025.
- Waldman, R., Kennedy, H.P., Kendig, S., 2012. Collaboration in maternity care: possibilities and challenges. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 39, 435-444.
- Wieggers, T.A., Hukkelhoven, C. W. P. M., 2010. The role of hospital midwives in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth* 10, 80.
- World Health Organization. Health Professions Networks, 2010. Nursing & Midwifery. Human Resources for Health. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. < http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/> (accessed Apr 2011)

2.3 Terceiro artigo

Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autores: Sibylle Emilie Vogt, Carmen Simone Grilo Diniz, Nágela Cristine Pinheiro Santos, Camilla Alexsandra Schneck, Bianca Alves de Oliveira Zorzan, Débora Vieira e Carlos Tavares, Katia Silveira da Silva, Marcos Bastos Dias

RESUMO

Objetivo Avaliar a frequência das intervenções sobre o trabalho de parto de mulheres de baixo risco nos três modelos assistenciais definidas.

Metodo Estudo transversal com 831 gestantes, de risco habitual, sobre o manejo do trabalho de parto num Centro de Parto Normal (CPN), num hospital vencedor do título “Galba Araújo” (HG) e numa maternidade com modelo assistencial prevalente (HP).

Resultado O uso da ocitocina no CPN foi de 27,9%, no HG 59,5% e no HP 40,1%, enquanto a amniotomia foi realizada em 67,6%, 73,6% e 82,2% das mulheres, respectivamente. A realização da episiotomia foi menor nas modalidades com incorporação de práticas humanizadas: 7,2% no CPN e 14,8% no HG versus 54,9 no HP. A prática de oferta liberal no HG resultou numa taxa de analgesia superior (54,4%) à do HP (7,7%). O percentual de internação dos recém-nascidos e o de parto a fórceps foram mais altas no HP, mas não houve diferenças para o índice de Apgar e para a taxa de cesárea.

Conclusao Os resultados sugerem resistência ao uso seletivo de intervenções em todos os modelos assistenciais, embora favoreçam o CPN como estratégia no controle das intervenções durante o trabalho de parto e parto nas gestantes de risco habitual sem prejuízos para as mulheres e os recém-nascidos.

Parto humanizado, Trabalho de Parto, Parto, Pesquisa sobre Serviços de Saúde, Saúde Materno-Infantil

Characteristics of labour and delivery care in three healthcare within the Unified National Health System in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil.

ABSTRACT

This cross-sectional research of 831 low-risk pregnant women compared the management of labour and delivery in a birthing center, a hospital that had previously won the “Galba Araújo” Award (for excellence in obstetric and neonatal care), and a standard-protocol maternity facility. The rate for use of oxytocin during labour were 27.9%, 59.5% and 40.1%, while amniotomy was performed in 67.6%, 73.6% and 82.2% of the women, respectively. Episiotomy rates were lower in the first two facilities, which have adopted patient-centered obstetric practices (7.2% at the birthing center and 14.8% at the award-winning hospital) as compared to 54.9% at the standard maternity. The liberal offer of peridural anesthesia resulted in a higher anesthesia rate (54.4%) as compared to the standard facility (7.7%). Forceps deliveries and neonatal admission rates were higher in the standard hospital, but there were no differences in mean Apgar score or cesarean rate. The findings suggest resistance to selective use of interventions in all three models of obstetric care, although favoring the birthing center as a strategy for controlling interventions during labour and childbirth in low-risk pregnancies with no resulting harm to the mothers or newborns.

Humanizing Delivery, Labor, Parturition, Health Services Research, Maternal and Child Health

INTRODUÇÃO

A assistência obstétrica no Brasil é caracterizada pelo emprego inapropriado de intervenções no processo fisiológico do trabalho de parto, cujo uso abusivo pode levar a efeitos danosos para mãe e filho^{1,2,3}. Além de desconfortos físicos para a mulher e dos riscos associados às altas taxas de partos cirúrgicos, de episiotomias e do uso rotineiro da ocitocina e da amniotomia, acumulam-se evidências sobre uma epidemia de prematuridade tardia causada pela interrupção eletiva e sem indicação clínica precisa da gravidez^{4,5}.

A taxa de cesárea, indicador importante do modelo de atenção chamado de “tecnicista” que está em vigor no Brasil^{1,2,6}, alcançou em 2006 uma média nacional de 43,8%⁷. Esta tendência foi concomitante ao aumento da prematuridade que variou entre 3,4% e 15% em diferentes regiões do País⁴. A episiotomia, outro indicador importante, apresenta média nacional de 71,6%⁷ e estudos no Rio de Janeiro mostraram uso de ocitocina entre 39,3% e 64,4%^{8,9}.

Apesar do acesso praticamente universal ao pré-natal e ao parto hospitalar em todo país e dos avanços importantes no conhecimento científico, observa-se um paradoxo na assistência obstétrica brasileira: as mulheres e seus recém-nascidos adoecem e morrem tanto pela falta quanto pelo uso inapropriado e inseguro da tecnologia².

Entendendo-se como modelo de atenção a forma de organização das práticas assistenciais, o Ministério da Saúde (MS) tem desenvolvido, ao longo das últimas décadas, estratégias para promover um novo modelo de assistência ao parto, que visam a humanização e a redução das intervenções desnecessárias¹⁰. Entre outras, foram criados os Centros de Parto Normal

(CPN) e instituído o Prêmio Galba Araújo, que valoriza as maternidades que implementam práticas humanizadoras. Na última década, houve reestruturação e adaptação à política de humanização em vários serviços no país, mas o modelo tradicional da assistência obstétrica com altas taxas de intervenção ainda é predominante^{1,11}.

Para fins desta pesquisa, estes dois modelos assistenciais foram definidos como representantes do modelo humanizado por terem incorporadas práticas baseadas em evidências científicas que favorecem o parto fisiológico. Compreendendo o processo de implementação de práticas humanizadas e baseadas em evidências científicas como um continuum dinâmico e ainda em construção em nosso país, podemos dizer que se situam, em um dos extremos, os CPNs como modelo menos intervencionista e mais humanizado e, no extremo oposto, os hospitais sem incorporação dessas práticas no cotidiano assistencial. Os hospitais premiados ocupariam um lugar intermediário nesse continuum.

O presente estudo faz parte de uma pesquisa denominada “Resultados da assistência ao parto de gestantes de baixo risco em Hospitais “Galba” e Hospitais “Prevalentes”: um estudo comparativo” realizada em São Paulo e Belo Horizonte por pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e colaboradores e financiada pelo MS. Ele tem como objetivo avaliar a frequência das intervenções sobre o trabalho de parto de mulheres de baixo risco nos três modelos assistenciais definidas. Nossa hipótese é que, nos serviços com incorporação de práticas humanizadas a frequência de intervenções para a condução do trabalho de parto seja menor.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado com dados de prontuários referentes à assistência ao trabalho de parto de mulheres de baixo risco atendidas em 2006 em três serviços: um hospital representativo do modelo assistencial vigente (HP), uma maternidade vencedora do Prêmio Galba Araújo (HG) e um CPN perihospitalar, todos situados em Belo Horizonte. Os critérios de inclusão foram: idade gestacional entre 37 e 42 semanas, gestação única, apresentação cefálica, ausência de intercorrências na gravidez e comorbidades e início de trabalho de parto espontâneo. Esses critérios também definem as condições exigidas para admissão no CPN.

Após estudo-piloto, o cálculo da amostra partiu da prevalência da episiotomia de 50% no grupo atendido no HG e uma diferença de 15 pontos percentuais para menos no grupo atendido no CPN (35%). Considerando um alfa de 0,05 (monocaudal), poder de teste de 0,95 e razão de 1:1 entre o grupo de estudo e o grupo controle, se obtém um tamanho da amostra de 232 prontuários. Acrescido de 20% para reposição antecipada de eventuais perdas, a amostra totalizou aproximadamente 277 indivíduos para cada grupo. Para o cálculo foi utilizado o software Power and Sample Size Calculation Version 3.0.¹². A episiotomia foi escolhida como variável para cálculo da amostra, por ser um importante indicador das práticas obstétricas dos serviços e ter registro preciso no prontuário^{2,3,13}.

Foram sorteados 277 prontuários por amostragem aleatória simples e sistemática entre o total das mulheres atendidas para a assistência ao parto em cada serviço, correspondendo a 8611, 933 e 4809 prontuários do HG, do CPN

e do HP, respectivamente. Como variáveis de desfecho foram selecionados o uso da ocitocina, amniotomia, analgesia e da episiotomia. Estas variáveis desempenham importante papel na “cascata de intervenções” e nos riscos associados e são utilizadas na literatura para a discussão dessa temática^{2,3,14-16}. Ainda foram coletados dados sobre características sócio-demográficas e obstétricas das mulheres, o tipo de parto e sobre resultados neonatais.

Os dados foram extraídos dos prontuários através da consulta à folha da evolução clínica e do partograma, se existente, para obter informações sobre a dilatação na admissão, o tipo de parto, a realização da episiotomia e da amniotomia. O uso da ocitocina foi verificado pela checagem da droga pela enfermagem na folha da prescrição e a analgesia através da presença da folha do anestesista, obrigatória nas duas maternidades. Dados sócio-demográficos, assim como o número de consultas, foram extraídos da Declaração de Nascidos Vivos e os dados sobre o recém-nascido da folha do pediatra.

O HG, único hospital premiado existente em Belo Horizonte, é uma instituição filantrópica. A maternidade do HG atende tanto mulheres de risco habitual quanto as de alto risco, oferecendo amplamente métodos farmacológicos e não farmacológicos para o manejo da dor do parto. A assistência ao parto é realizada por uma equipe composta por médicos e enfermeiras obstetras.

O CPN opera como um Centro de Parto perihospitalar do HG. No pronto atendimento do HG, que é o setor de entrada comum tanto para as mulheres que serão atendidas no HG quanto para aquelas, que optam para o CPN, a sua assistência é oferecida a todas as mulheres de risco habitual, que cumprem o protocolo do mesmo e não pretendem usar analgesia medicamentosa. Em

caso de evolução distócica do trabalho de parto ou para atender ao pedido por analgesia, que surgiu posteriormente à admissão durante a progressão do trabalho de parto, a mulher é transferida para a maternidade. O CPN dispõe da possibilidade do parto na água e há amplo uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor.

O hospital representativo do modelo aqui chamado de “hospital prevalente” (HP) foi selecionado a partir da indicação de um membro da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) familiarizado com o contexto local. Este hospital é um hospital público com título de Maternidade Segura e oferece residência médica em obstetrícia e pediatria. Em 2006, o serviço dispunha de chuveiro e área para deambular como métodos não farmacológicos de alívio da dor, além da analgesia peridural. A assistência ao trabalho de parto e parto é prestada por residentes em obstetrícia supervisionados pelo preceptor.

A coleta dos dados foi realizada por membros da pesquisa, por meio de um instrumento pré-definido, entre junho e dezembro de 2008 após aprovação do projeto nos Comitês de Ética em Pesquisa das três instituições envolvidas. A entrada dos dados no banco foi feita com dupla digitação. Na análise, após a validação dos dados, os dados ignorados remanescentes de cada variável não foram considerados. As diferenças entre as frequências foram analisadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson e Fisher, quando indicado.

RESULTADOS

Foram analisados 277 prontuários em cada serviço com perda de informação diferenciada para cada variável e cada modelo entre 0,5% (valor de Apgar no 5º minuto) e 4,3% para o uso de Ocitocina e 4,2% para a variável dilatação na admissão, com exceção do registro da rotura artificial de membranas que apresentou um percentual de 16,3% de reposta ignorada.

A Tabela 1 mostra a freqüência das características sócio-demográficas e as condições clínicas das parturientes. Considerando o total de prontuários analisados nos três serviços, o percentual da gravidez na adolescência foi de 24,7%. O nível de escolaridade da clientela também mostra-se semelhante: a maioria das mulheres frequentou a escola durante oito a 11 anos nos três serviços. No CPN e no HG foram assistidas mais mulheres com situação conjugal estável do que no HP.

Considerando as variáveis obstétricas, são observadas diferenças importantes entre os três modelos assistenciais referentes à paridade, número de consultas de pré-natal, estado de membranas amnióticas e dilatação cervical à admissão. A cobertura do pré-natal foi 100% em todos os três serviços, mas quase 7% das mulheres do total da população estudada tiveram no máximo três consultas.

O HG atendeu a um maior percentual de primíparas e de mulheres com menor número de consultas pré-natais, enquanto o CPN assistiu menos primíparas e mulheres com sete ou mais consultas. Mais da metade das mulheres admitidas no HG estavam com menos de 5 cm de dilatação cervical e quase um terço já internou com as membranas amnióticas rotas.

A Tabela 2 lista a frequência das características da assistência segundo os três modelos. O HG apresentou o maior percentual de uso de ocitocina (59,5%) e da analgesia peridural (54,4%). Todos os serviços utilizaram a amniotomia, como meio de conduzir o trabalho de parto num grande contingente de mulheres com membranas íntegras na admissão, resultando num percentual médio, entre estas mulheres, de 74,1%. No CPN foram encontradas menores frequências no uso de ocitocina, de amniotomia e de episiotomia, com percentuais iguais a 27,9%, 67,6% e 7,2%, respectivamente. Foi construído um indicador composto para resumir as intervenções utilizadas constituído pelas variáveis: parto normal, e uso de analgesia, episiotomia, ocitocina e amniotomia. Cerca um quarto das mulheres do CPN não foram submetidas a nenhuma intervenção (25,6%), enquanto no HG este percentual foi de 14,3% e no HP 5,3%.

A taxa de cesárea foi praticamente igual para o HG e o HP, enquanto o parto a fórceps ocorreu com maior frequência no HP (9,4%) (Tabela 2). Cabe ressaltar que não fizeram parte da amostra as mulheres transferidas por terem optadas pela analgesia do parto após sua admissão no CPN e as que foram transferidas por outros motivos e submetidas à cesárea ou ao parto fórceps no HG. Somente dois recém-nascidos do total da amostra receberam um escore de Apgar menor do que 7 no quinto minuto de vida e o percentual de internação em unidade neonatal foi menor no CPN e no HG do que no HP.

A Tabela 3 mostra a comparação das intervenções utilizadas no trabalho de parto entre o CPN e o HP. Foi constatado que no CPN houve frequência menor de uso da ocitocina em primíparas e para aquelas cuja dilatação foi maior do que 5 cm. Também foi menor o percentual de uso da amniotomia e da

episiotomia tanto para primíparas quanto para múltiparas, contudo não houve diferenças significativas entre as duas unidades na realização da amniotomia para as mulheres admitidas com dilatação menor do que 5 cm. Chama atenção que nas duas unidades pelo menos dois terços das mulheres foram submetidas à amniotomia. Para a episiotomia foi observado uso no HP 7,6 vezes (7,2% versus 54,9%) maior do que no CPN, sendo a diferença mais acentuada para as múltiparas do que para as primíparas. A internação em unidade neonatal foi muito mais freqüente para o HP (5,4% versus 1,8%), ainda que não tenha havido diferença na vitalidade dos recém-nascidos ao nascer, expressa pelo índice de Apgar menor do que sete no 5º minuto de vida.

A Tabela 4 se refere à comparação entre o CPN e o HG, considerado um modelo no meio do contínuum da humanização da assistência com incorporação de métodos não farmacológicos para o alívio da dor na assistência, fusão entre o ambiente do pré-parto e parto e uso do partograma para intervenção adequada, entre outras. O uso da ocitocina foi significativamente menor no CPN, mesmo considerando a paridade e a dilatação cervical na admissão. Porém não foram observadas diferenças significativas quando se analisou o uso da amniotomia. Em relação à episiotomia, foi identificado um percentual menor deste procedimento no CPN, mas a diferença não se manteve significativa para os subgrupos de paridade. Os resultados neonatais foram iguais para ambos os modelos.

A Tabela 5 mostra as diferenças da assistência prestada no HG e no HP. No HP houve uma frequência significativamente menor (40,2%) da ocitocina, tanto em primíparas quanto nas múltiparas e entre as mulheres com dilatação igual ou maior do que 5 cm. Somente quando se compara o uso da ocitocina na

ausência de analgesia, a tendência se inverte (27,4% no HG versus 37,5% no HP), mas a diferença não é significativa. A comparação do uso da analgesia revela diferenças significativas entre os dois serviços, independentemente da dilatação na admissão. Nas primíparas, o percentual de analgesia chega a 64,8% no HG versus 12,9% no HP. A diferença é mais acentuada nas múltiparas, em quais o uso de analgesia foi 13 vezes maior no HG. A analgesia foi indicada com maior frequência para as mulheres com menos de 5 cm de dilatação cervical à admissão tanto no HG quanto no HP (63,2% versus 12,4%), do que para aquelas com dilatação maior do que 5 cm (46,1% versus 5,6%). No HG, a realização da analgesia na presença da ocitocina foi mais do que o dobro do que na sua ausência enquanto no HP o percentual triplica nesses casos. A episiotomia foi utilizada com maior frequência no HP (54,9% versus 14,8%) do que no HG com diferença significativa nas primíparas e múltiparas. O mesmo se observa em relação ao parto de fórceps e à internação em unidade neonatal.

DISCUSSÃO

O delineamento do estudo e a heterogeneidade das mulheres nos três modelos em relação à paridade e à dilatação na admissão são limitações do estudo, assim como as diferenças na oferta e na disponibilidade da analgesia peridural e da estrutura física do pré-parto/bloco obstétrico entre os serviços. As diferenças na oferta da analgesia devem ter afetado o uso da ocitocina, assim como a estrutura da área física dificultou ou facilitou posições supinas no trabalho de parto, que influenciam a progressão do trabalho de parto e,

posteriormente, o emprego de intervenções³. O viés da paridade pôde ser analisado através da comparação dos desfechos de acordo com sua proporção em cada serviço. A exclusão das transferências na amostra do CPN constituiu um viés de seleção, que pode ter subestimado os resultados no CPN relativo à taxa de intervenções e dos resultados neonatais.

Como uma provável hipótese para explicar o percentual menor de primíparas na amostra do CPN, pode ser pensada a indisponibilidade de analgesia nessa instituição e a necessidade de transferência para o HG, quando a parturiente a deseja após ter dada entrada no CPN para a assistência ao parto. Essa informação é dada às mulheres na hora da admissão e pode ser decisiva para sua opção entre o CPN e o HG como local do parto. Talvez um maior contingente de primíparas prefiram o atendimento no HG, por ter medo de não suportar a dor do parto. Em consequência o percentual de primíparas no HG é maior. Também foram encontrados, no HG, maior percentual de mulheres admitidas com dilatação menor ou com bolsa rota. Estas condições podem ter levadas ao uso de intervenções na condução do trabalho de parto.

A admissão precoce (dilatação menor do que 5 cm) deve ser evitada por constituir um fator predisponente para a realização de intervenções desnecessárias e a do parto cirúrgico^{3,8,17}. A admissão precoce parece prática rotineira nas maternidades brasileiras pois, no Rio de Janeiro, o percentual encontrado foi de 64,6%⁸ e em São Paulo de 35,5% e 43,4% numa maternidade pública e num CPN perihospitalar, respectivamente¹³.

A frequência maior de uso da ocitocina nas mulheres com admissão precoce, observado neste estudo em todos os modelos, indica a importância do

momento correto da admissão para evitar intervenções desnecessárias na assistência ao trabalho de parto. O papel da aceleração do trabalho de parto para aumentar o giro dos leitos do pré-parto e a capacidade de atendimento, em caso de superlotação ou de admissão precoce, não pode ser negado, levando a intervenções desnecessárias frequentes⁸. Informação mais adequada no pré-natal sobre os sinais de trabalho de parto e a estruturação da rede com atendimento perto do domicílio seriam estratégias para evitar a procura precoce das gestantes por vaga e as intervenções para acelerar o trabalho de parto a quais serão submetidas.

Embora as taxas encontradas da ocitocina e da amniotomia possam ser consideradas altas para todas as modalidades, seu uso foi menos frequente no CPN. Schneck¹³ também encontrou frequência menor de uso de ocitocina (23,6%) no CPN, quando comparou a assistência prestada a 1315 mulheres de risco habitual num CPN perihospitalar em São Paulo com um hospital vencedor do prêmio Galba Araújo (47,2%).

A utilização da ocitocina durante o trabalho de parto sem o monitoramento adequado da gestante é uma prática perigosa uma vez que essa droga pode causar riscos importantes para a saúde de mãe e feto. A taquisistolia uterina é frequentemente causada pelo seu uso sem controle adequado e pela falta do acompanhamento rigoroso do bem-estar materno e fetal durante o trabalho de parto. Diante destes fatos, a ocitocina deve ser utilizada com a menor frequência possível^{3,14,18}. A internação das mulheres na fase ativa do trabalho de parto, a presença de um acompanhante, a possibilidade de deambular e de assumir posições não supinas e o uso da ocitocina restrito ao trabalho de parto diagnosticado como prolongado por meio do partograma são medidas

comprovadamente benéficas para o controle de intervenções desnecessárias³. Tanto a tendência do seu uso no presente estudo quanto os resultados encontrados por Schneck¹³ sugerem o CPN, onde essas condutas são institucionalizadas, como estratégia factível para reduzir a utilização inapropriada dessa droga e seus efeitos adversos.

O uso ainda mais freqüente da amniotomia em todas as modalidades de assistência, embora com menores percentuais para o CPN, sugere sua prática rotineira e contrária às evidências científicas^{3,19}. Schneck¹³ observou prevalências similares entre as mulheres admitidas com bolsa íntegra de 71,3% no CPN e 84,5% na maternidade. No Rio de Janeiro foram encontrados percentuais bem menores, calculados sobre o total das amostras, entre 24,3% e 42,4%⁸ e de 36,2% e 41,2%⁹.

A aceleração do trabalho de parto, seja com ocitocina e/ou com a amniotomia, tem um papel fundamental na “cascada de intervenção” e sobre a redução da taxa de parto espontâneo¹⁵⁻¹⁷. A presença predominante de métodos para aceleração do trabalho de parto, observada no mundo inteiro, se reflete na discussão sobre a definição do “parto normal” na literatura. Tanto o European Perinatal Health Report²⁰ quanto o Normal Birth Consensus Statement²¹, elaborado por entidades profissionais da Grã-Bretanha e o Joint Policy Statement²² das entidades canadenses definem o parto “normal” como aquele que se inicia sem medicação, termina como parto vaginal sem episiotomia e no qual não houve uso de instrumentos e de analgesia peridural, mas não exclui intervenções para acelerar o trabalho de parto e medicação oral ou intravenosa para o alívio da dor do parto. De acordo com essa definição, foram encontradas, na Europa, percentuais entre 26,2 e 70%²⁰ de partos “normais”²⁰.

Utilizando o indicador composto (parto vaginal não instrumental, sem analgesia, amniotomia, ocitocina e episiotomia), construído para este estudo, o CPN mostrou percentual menor com diferença significativa.

A taxa de analgesia peridural no HG foi um achado incomum para a assistência obstétrica no âmbito do SUS e até maior do que encontrada em outros países²³. A analgesia é inexistente no CPN e no HP é oferecida de forma seletiva e restrita. Em contraponto, no HG, sua oferta para todas as mulheres faz parte da política institucional, desde que ela se tornou um direito no contexto da humanização da assistência ao parto e nascimento. Ainda que menor do que no HG, o percentual da sua realização de 7,7% no HP é quase o dobro da taxa nacional estimada em 2006⁷. A diferença importante na taxa de analgesia entre o SUS e o setor privado, de 3,5% e 14,2%⁷, é sinal de desigualdade social na assistência ao parto e alvo de críticas justificadas. D'Orsi et al.⁹ encontraram taxas muito baixas de analgesia peridural no parto vaginal - 3,1% e 4,4% - nas mulheres atendidas pelo SUS.

A aplicação em dose única permite o uso concomitante de práticas não farmacológicas do manejo da dor e talvez possa explicar a baixa proporção de parto a fórceps entre as mulheres do HG, apesar do uso liberal da analgesia. De La Chapelle et al.²⁴ encontraram resultados semelhantes ao comparar mulheres submetidas à analgesia peridural sem e com deambulação.

Segundo Diniz², a assistência ao parto normal no Brasil é excessivamente intervencionista e desnecessariamente traumática tornando tanto a cesárea uma opção atraente como via do parto quanto a analgesia peridural uma demanda justificada. Apesar do delineamento do estudo não permitir

conclusões sobre uma possível associação entre uso de ocitocina e analgesia^{3,15}, houve uso desta medicação com maior frequência na presença da analgesia tanto no HG quanto no HP.

O uso freqüente da analgesia peridural num serviço, que foi destacado pelo emprego de métodos não farmacológicos, aponta para uma contradição e o papel importante da atuação e das atitudes do profissional diante da demanda e da oferta de métodos de alívio da dor. A motivação das mulheres para a utilização da analgesia durante o trabalho de parto e o seu conhecimento sobre as vantagens e desvantagens deste método merecem maiores estudos. Parece que a disponibilidade de práticas assistenciais humanizadas não diminui a demanda por analgesia peridural, frente ao uso de intervenções no trabalho de parto e à oferta deliberada. Do outro lado, uma oferta menos seletiva para as mulheres atendidas pelo SUS deve ser considerada como prática que visa a humanização do parto.

A episiotomia é outra intervenção com recomendação para que não seja realizada de rotina, mas que ainda é frequentemente utilizada²⁵. No estudo de d'Orsi et al.⁹, 77,7% das mulheres do hospital público e 85,2% da maternidade conveniada foram submetidas à episiotomia. O presente estudo mostra uso com menor freqüência no CPN e no HG onde a assistência é prestada por enfermeira obstetra, mas o resultado do HP também está bem abaixo da média da região Sudeste de 80,3%⁷. Esse avanço pode ser fruto da discussão sistemática de práticas embasadas em evidências e da humanização da assistência ao parto e nascimento envolvendo os serviços e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte²⁶. Nos sistemas de dados nacionais, não

há qualquer informação sobre a taxa de episiotomia apesar de ser um indicador importante da qualidade assistencial².

Hatem et al.¹⁶ mostram associação entre a assistência ao parto por obstetrix e baixas taxas de episiotomia e altas taxas de integridade perineal. De modo geral, a não realização rotineira da episiotomia é relacionada ao modelo assistencial humanizado e de baixa intervenção. Na Europa, a realização da episiotomia oscila entre 9,7% na Dinamarca e 24,3% nos Países Baixos²⁰. As taxas encontradas por Schneck¹³, de 25,7% num CPN em São Paulo e de 32,9% num hospital com atuação predominante da enfermeira obstetra ao parto vaginal, sugerem também sua associação com o tipo de prestador da assistência.

Embora métodos não farmacológicos como deambulação, banhos, massagens e liberdade de movimentos e a presença do acompanhante sejam indicadores importantes para o modelo assistencial humanizado, sua comparação, prevista no projeto de pesquisa, não foi possível. Embora a presença do acompanhante é prática comprovadamente benéfica²⁷ e rotineira nos hospitais de Belo Horizonte, que atendem pelo SUS²⁶, ela foi registrada somente no HG e no CPN. Por outro lado, para o uso de práticas não farmacológicas para o alívio da dor, que favorecem o trabalho de parto, não foram encontrados registros sistemáticos em nenhum modelo de atenção. A falta dos registros, tanto da presença do acompanhante no HP quanto do uso de métodos não farmacológicos do alívio da dor no CPN e no HG, sugere que ambas as práticas não recebem a mesma atenção entre os profissionais do que procedimentos invasivos. No contexto da humanização da assistência ao parto,

a atenção ao registro dessas práticas é de grande importância para a avaliação de seu impacto sobre os resultados maternos e neonatais.

A baixa frequência do parto a fórceps no HG pode estar relacionada à assistência prestada por enfermeira obstetra como mostra revisão sistemática realizada por Hatem et al.¹⁶. Por outro lado, o fato do HP ser local de residência médica pode ter influenciado seu uso maior. A taxa de cesárea encontrada no HP e no HG é baixa em ambos os modelos de atenção e sugere indicações apropriadas para as mulheres de risco habitual admitidas em trabalho de parto espontâneo³. Considerando a taxa geral de cesárea em 2006 dos dois serviços de 35% e 26% (SMSBH), respectivamente, as indicações para o parto cirúrgico nas gestações de risco, merecem estudos posteriores.

Embora não se encontrem diferenças significativas na proporção de recém-nascidos com Apgar menor do que 7 no quinto minuto entre os três modelos assistenciais, os recém-nascidos foram internados em unidade neonatal com maior frequência no HP. Este fato pode chamar atenção para a possibilidade dos recém-nascidos terem sido submetidos a intervenções desnecessárias²⁸.

O CPN foi a modalidade assistencial com maior percentual de mulheres sem ocitocina, sem amniotomia e sem episiotomia revelando o gradiente negativo do uso de intervenções entre os dois extremos, o CPN e o HP. O caso específico do HG não se enquadrou nesse construto teórico por causa do alto percentual de analgesia, que deve ter influenciado o uso da ocitocina. Entretanto, quando se utiliza o indicador composto, o gradiente negativo e a posição do HG entre os dois extremos aparecem.

Embora parece que os riscos das intervenções sejam banalizados pelos profissionais nos três modelos assistenciais estudados e que haja resistência ao uso seletivo de intervenções no parto, os resultados apontam o CPN como lugar preferencial para a assistência ao parto das mulheres de risco habitual. Os resultados da assistência no CPN relativo ao índice de Apgar e à internação neonatal também reforçam as recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre o lugar para o parto³. Essa perspectiva é disseminada em outros países, com base em estudos observacionais e experimentais sólidos^{3,29-31}. Sua implementação depende mais da vontade política do que da produção de evidências adicionais, uma vez que a mudança do modelo releva os conflitos de interesses estabelecidos e altera relações de poder existentes dos profissionais entre si e entre estes e as usuárias².

Mesmo nas instituições com incorporação de práticas humanizadas/baseadas em evidências, a transformação do modelo assistencial na obstetrícia é um desafio atual e urgente que requer esforços tanto de gestores quanto de profissionais de saúde.

Tabela 1 - Aspectos sócio-demográficos e obstétricos das mulheres assistidas segundo o modelo assistencial: Centro de Parto Normal (CPN), Hospital Galba (HG) e Hospital Prevalente (HP). Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006.

Características	Modelos Assistenciais						Total	
	CPN		HG		HT		n*	%
	n*	%	n*	%	n*	%		
Sócio-demográficas								
Idade (anos)								
≤19	59	21,8	74	27,3	65	25,1	198	24,7
20-34	198	73,1	184	67,9	189	73,0	571	71,3
≥35	14	5,2	13	4,8	5	1,9	32	4,0
Escolaridade (anos)								
0-7	89	32,7	84	30,7	89	33,3	262	32,2
8-11	169	62,1	172	62,8	155	58,1	496	61,0
>11	14	5,1	18	6,6	23	8,6	55	6,8
Situação conjugal								
Com relação estável	117	42,2	85	30,8	63	23,5	265	32,3
Sem relação estável	160	57,8	191	69,2	205	76,5	556	67,7
Obstétricas								
Paridade								
Primípara	101	36,7	167	60,3	134	49,3	402	48,8
Múltipara	174	63,3	110	39,7	138	50,7	422	51,2
Consulta pré-natal								
1-3	14	5,1	26	9,7	16	6,0	56	6,9
4-6	146	53,7	114	42,5	111	41,4	371	45,9
≥7	112	41,2	128	47,8	141	52,6	381	47,2
Dilatação cervical**								
<5cm	101	38,8	135	51,1	92	33,8	328	41,2
≥5 cm	159	61,2	129	48,9	180	66,2	468	58,8
Membranas amnióticas**								
Rotas	42	15,2	60	22,9	51	18,8	153	18,9
Íntegras	234	84,8	202	77,1	220	81,2	656	81,1

* O n amostral de cada variável não inclui seus valores ignorados

** No momento da admissão hospitalar

Tabela 2 – Intervenções realizadas na assistência ao trabalho de parto e parto segundo o modelo assistencial: Centro de Parto Normal (CPN), Hospital Galba (HG) e Hospital Prevalente (HP). Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006

	Modelos Assistenciais						Total	
	CPN		HG		HP		n*	%
	n*	%	n*	%	n*	%		
Ocitocina	69	27,9	163	59,5	110	40,1	342	43,0
Amniotomia	140	67,6	128	73,6	143	82,2	411	74,1
Analgesia**	-	-	149	54,4	21	7,7	170	31,1
Episiotomia	20	7,2	41	14,8	152	54,9	213	25,6
Tipo de Parto								
Cesárea	-	-	13	4,7	12	4,3	25	3,0
Fórceps	-	-	3	1,1	26	9,4	29	3,4
Espontâneo	277	100	261	94,2	239	86,3	777	93,6
Assistência sem intervenção***								
Apgar < 7 #	0	0	1	0,4	1	0,4	2	0,2
Internação em UM ##	5	1,8	6	2,2	14	5,1	25	3,0

* O n amostral de cada variável não inclui seus valores ignorados

** Analgesia peridural com dose única

*** Inclui parto vaginal não instrumental, sem analgesia, ocitocina, amniotomia e episiotomia

No 5º minuto de vida

Unidades de terapia intensiva e intermediária

Tabela 3— Comparação das intervenções realizadas na assistência ao parto e trabalho de parto no Centro de Parto Normal (CPN) e no Hospital Prevalente (HP). Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006.

	Modelos Assistenciais				Valor de p**
	CPN		HP		
	n*	%	n*	%	
Uso de Ocitocina	69	27,9	110	40,1	0,003
Primíparas	30	32,3	62	46,9	0,027
Multíparas	39	25,3	45	32,8	0,158
Dilatação <5cm***	38	40,4	46	50,5	0,167
Dilatação ≥5cm***	26	18,6	62	34,8	0,001
Uso da Amniotomia	140	67,6	143	82,2	0,001
Primíparas	47	65,3	71	82,6	0,013
Multíparas	91	68,4	68	81,9	0,028
Dilatação <5cm***	56	74,7	55	79,7	0,472
Dilatação ≥5cm***	78	65,5	84	83,2	0,003
Uso da Episiotomia	20	7,2	152	54,9	<0,001
Primípara	13	12,9	106	79,1	<0,001
Multípara	7	4,0	44	31,9	<0,001
Assistência sem Intervenção#	61	25,6	13	5,3	<0,001
Apgar <7 ##	0	0,0	1	0,4	0,498
Internação Neonatal###	5	1,8	15	5,4	0,038

* O n amostral de cada variável não inclui seus valores ignorados

** Método estatístico empregado: qui-quadrado de Pearson ou Fisher Exact

*** No momento da admissão

#Inclui parto vaginal não instrumental, sem analgesia, ocitocina, amniotomia e episiotomia

No 5º minuto de vida

Unidades de terapia intensiva e intermediária

Tabela 4 – Comparação das intervenções realizadas na assistência ao parto e trabalho de parto no Centro de Parto Normal (CPN) e Hospital Galba (HG). Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006

	Modelos Assistenciais				Valor de p**
	CPN		HG		
	n*	%	n*	%	
Uso de Ocitocina	69	27,9	163	59,5	<0,001
Primíparas	30	32,3	109	66,1	<0,001
Multíparas	39	25,5	54	49,5	<0,001
Dilatação <5cm ***	38	40,4	100	74,6	<0,001
Dilatação ≥5cm ***	26	18,6	55	43,0	<0,001
Uso da Amniotomia	140	67,6	128	73,6	0,207
Primíparas	47	65,3	86	78,2	0,055
Multíparas	91	68,4	42	65,6	0,695
Dilatação <5cm ***	56	74,7	64	71,1	0,610
Dilatação ≥5cm ***	78	65,5	56	74,7	0,181
Uso da Episiotomia	20	7,2	41	14,8	0,004
Primípara	13	12,9	37	22,2	0,059
Multípara	7	4,1	4	3,6	0,869
Assistência sem Intervenção #	61	25,6	37	14,3	<0,001
Apgar<7 ##	0	0	1	0,4	0,501
Internação Neonatal ###	5	1,8	6	2,2	0,761

* O n amostral de cada variável não inclui seus valores ignorados

** Método estatístico empregado: qui-quadrado de Pearson ou Fisher Exact

*** No momento da admissão

#Inclui parto vaginal não instrumental, sem analgesia, ocitocina, amniotomia e episiotomia

No 5º minuto de vida

Unidades de terapia intensiva e intermediária

Tabela 5 – Comparação das intervenções realizadas na assistência ao parto e trabalho de parto no Hospital Galba (HG) e Hospital Prevalente (HP). Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006

	Modelos Assistenciais				Valor de p**
	HG		HP		
	n*	%	n*	%	
Uso de Ocitocina	163	59,5	110	40,1	<0,001
Primíparas	109	66,1	62	46,9	0,001
Múltiparas	54	49,5	45	32,8	0,008
Dilatação <5cm***	100	74,6	46	50,5	<0,001
Dilatação ≥5cm***	55	43,0	62	34,8	0,148
Sem Presença de Analgesia****	34	27,4	93	37,5	0,053
Na Presença de Analgesia****	127	86,4	15	71,4	0,076
Uso da Amniotomia	128	73,6	143	82,2	0,053
Primíparas	86	78,2	71	82,6	0,446
Múltiparas	42	65,6	68	81,9	0,024
Dilatação <5cm***	64	71,1	55	79,7	0,216
Dilatação ≥5cm***	56	74,7	84	83,2	0,167
Sem Presença de Analgesia #	43	66,2	127	83,6	0,004
Na Presença de Analgesia #	82	77,4	13	76,5	0,575
Uso de Analgesia #	149	54,4	21	7,7	<0,001
Primíparas	107	64,8	17	12,9	<0,001
Múltiparas	42	38,5	4	3,0	<0,001
Dilatação <5cm***	84	63,2	11	12,4	<0,001
Dilatação ≥5cm***	59	46,1	10	5,6	<0,001
Sem Presença de Ocitocina	20	18,2	6	3,7	<0,001
Na Presença de Ocitocina	127	48,6	15	13,9	<0,001
Uso da Episiotomia	41	14,8	152	54,9	<0,001
Primípara	37	22,2	106	79,1	<0,001
Múltipara	4	3,6	44	31,9	<0,001
Assistência sem Intervenção ##	37	14,3	13	5,3	<0,001
Tipo de Parto					<0,001
Cesárea	13	4,7	12	4,3	
Fórceps	3	1,1	26	9,4	
Espontâneo	261	94,2	239	86,3	
Apgar <7 ###	1	0,4	1	0,4	0,990
Internação neonatal ³	6	2,2	14	5,1	0,07

*Método estatístico empregado: qui-quadrado de Pearson ou Fisher Exact

** O n amostral de cada variável não inclui seus valores ignorados

*** No momento da admissão

Analgesia peridural com dose única

Inclui: parto vaginal não instrumental, sem analgesia, ocitocina, amniotomia e episiotomia

no 5º minuto de vida

³ Unidades de terapia intensiva e intermediária

Referências

1. Santos ML. Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico. Florianópolis (SC) [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde; 2002. 240p.
2. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2009;19(2):313-26.
3. Enkin M, Keirse MJNC, Renfrew M, Neilson J. A guide to effective care in pregnancy & childbirth. Oxford: Oxford Medical Publications; 2005.
4. Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional: revisão. *Rev Saúde Pública* 2008;42(5):957-64.
5. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios [Internet]. London: Elsevier; 2011[acesso em 2010 nov 10]. pp 32-46. Disponível em:
<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>
6. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;75 Suppl 1:S25-37.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
8. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Rev Saúde Pública* 2008;42(5):895-902.

9. d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005;39(4):646-54.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
11. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface Comun Saúde Educ* 2009;13(Supl1): 759-68.
12. Dupont WD, Plummer WD Jr. Power and sample size calculations: Get PS (3.3 MB) version 3.0. [Internet]. Nashville: Vanderbilt University School of Medicine, Department of Biostatistics; 2009 [acesso em 2010 nov 01]. Disponível em: <http://biostat.mc.vanderbilt.edu/twiki/bin/view/Main/PowerSampleSize>
13. Schneck CA. Estudo comparativo dos resultados maternos e perinatais em Centro de Parto Normal perihospitalar e hospitalar. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009. 118 p
14. Simpson KR. Perinatal patient safety and quality. *J Perinat Neonatal Nurs* 2011;25(2):103-7
15. Tracy SK, Sullivan E, Wang YA, Black D, Tracy M. Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: a population-based study. *Women Birth* 2007;20(2):41-8.
16. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(04):CD004667.
17. Sakae TM, Freitas PF, d'Orsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):472-80

18. Clark SL, Simpson KR, Knox GE, Garite TJ. Oxytocin: new perspectives on an old drug. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200(1):35.e1-6.
19. Smyth RMD, Alldred SK, Markham C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;(4): CD006167. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub2
20. Euro-Peristat Project, Surveillance of Cerebral Palsy in Europe, European Surveillance of Congenital Anomalies, The European Information System to Monitor Short and Long-Term Morbidity to Improve Quality of Care and Patient Safety for Very-Low-Birth-Weight Infants. *Perinatal Health Report [Internet]*. 2008 [acesso em 2010 nov 01]. Disponível em: <http://www.euoperistat.com/bm.doc/european-perinatal-health-report.pdf>.
21. Making normal birth a reality. Consensus statement from the Maternity Care Working Party our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normal birth. [Internet]. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2007 [acesso em 2010 nov 01]. Disponível em: www.rsfq.qc.ca/normal_birth_consensus.pdf
22. Joint policy statement on normal childbirth. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2008 Dec [acesso em 2010 nov 01];30:1163-5. Disponível em: www.sogc.org/guidelines/documents/gui221PS0812.pdf.
23. Wiegers TA. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009;9:18.
24. de la Chapelle A, Carles M, Gleize V, Dellamonica J, Lallia A, Bongain A, et al. Impact of walking with epidural analgesia on obstetric outcomes of nulliparous women in spontaneous labour. *Int J Obstet Anesth* 2006;15(2):104-8.
25. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD000081.

26. Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede pública e privada de Belo Horizonte. Belo Horizonte (MG) [Dissertação]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais; 2008. 190p.
27. Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Publica* 2005;21(5):1316-27.
28. Albers LL. Overtreatment of normal childbirth in US hospitals. *Birth* 2005;32(1):67-8.
29. Gottvall K, Waldenström U, Tingstig C, Grunewald C. In-Hospital Birth Center with the Same Medical Guidelines as Standard Care: A Comparative Study of Obstetric Interventions and Outcomes. *Birth*. 2011 Jun;38(2):120-128. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00461.x. Epub 2011 Mar 10.
30. Davis D, Baddock S, Pairman S, Hunter M, Benn C, Wilson D, Dixon L, Herbison P. Planned Place of Birth in New Zealand: Does it Affect Mode of Birth and Intervention Rates Among Low-Risk Women? *Birth*. 2011 Jun;38(2):111-119. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00458.x. Epub 2011 Mar 10.
31. Hodnet ED, Downe S, Walsh D, Weston J. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(9):CD000012.

CAPITULO 3

CONCLUSÃO

A análise dos resultados da pesquisa mostrou a associação do modelo colaborativo com a redução de intervenções utilizadas frequentemente na assistência ao trabalho de parto, bem como o aumento do parto vaginal espontâneo. Outro resultado importante é a diferença acentuada encontrada entre os modelos em relação ao parto sem intervenção, favorecendo o MC, que contribuiu para a manutenção da fisiologia da parturição. Os resultados apresentados sugerem que mulheres, independentemente do seu status de risco, podem beneficiar-se da assistência no MC.

Para as mulheres de risco habitual, os resultados também sugerem o potencial da EO, atuando num ambiente extra-hospitalar, na redução das intervenções na assistência ao parto. Embora trabalhando sem a presença física e imediata do médico obstetra, a assistência em CPN perihospitalar pode ser enquadrada como um trabalho colaborativo, que integra o nível primário e secundário, uma vez que a atuação da EO é limitada em caso de emergências e demanda a consulta ou referência para o médico obstetra.

Os resultados do presente estudo estão em consonância com as atuais evidências disponíveis na literatura internacional a favor dos CPN e da assistência prestada por enfermeiras obstétricas/obstetriz em sem presença imediata do médico para mulheres de risco habitual. Eles apoiam a política de implementação dos CPN, em curso desde 1999 e reforçada pela rede Cegonha, com importantes incentivos financeiros.

Os resultados são importantes para a organização da assistência em ambiente hospitalar onde são atendidas mulheres com intercorrências gestacionais ou submetidas à indução e à analgesia medicamentosa. A semelhança na prevalência dos resultados neonatais e das complicações maternas entre os modelos do MC e do MT, deixa claro que a redução das intervenções, possibilitada pelo MC, não coloca em risco a segurança da mãe e do recém-nascido, quando comparado com o MT. O nosso estudo sugere os benefícios atribuídos ao MC na literatura mundial, resultantes da integração da assistência do médico e da enfermeira obstétrica: assistência voltada para a manutenção da fisiologia sempre que possível e garantia, ao mesmo tempo, de acesso a intervenções quando necessário.

Ele reforça as potencialidades deste modelo na transformação do modelo assistencial vigente no Brasil, centrado no médico especialista, e subsidia as políticas públicas, que contam com a EO na redução das intervenções. A instituição com MC estudada mostra que a marginalização, que a assistência da EO experimentou no passado, pode ser revertida e sua reincorporação e atuação sistematizada como membro de equipe é factível no contexto de hoje.

A atuação autônoma da enfermeira obstétrica, entendida aqui, no contexto de trabalho em equipe, como assistência sem supervisão direta pelo médico, seja no hospital ou no CPN, tem papel importante na redução das intervenções. Ela possibilita uma prática profissional pautada no cuidado e voltada para a manutenção da fisiologia da parturição. Sua presença contínua com a parturiente, de tal forma que consegue oferecer apoio e suporte emocional adequado, monitorização rigorosa do bem-estar fetal e materno,

com oportunidade de colocar sua filosofia profissional em prática, determina seu sucesso na redução das intervenções e na melhoria da qualidade da assistência. Por outro lado, a atuação autônoma talvez seja o ponto mais polêmico e conflituoso no MC, por levantar rivalidades enraizadas na história entre as duas profissões e questões corporativas.

No Brasil, temos o desafio da reincorporação da EO no contexto assistencial demandando a transformação das relações de poder cristalizadas nas instituições. Trata-se então, não somente de reorganização de atribuição e de tarefas, mas de rearranjos institucionais e mudanças de atitudes e ideias. A sobreposição das competências do médico obstetra e da enfermeira obstétrica, que surge na prática diária do MC, implica na tomada de decisão sobre a conduta clínica por este profissional. O CPN, que coloca a assistência também formalmente sobre a coordenação da enfermeira obstétrica, reforça sua autonomia, que é pouco aceita pela categoria médica. O MC balança as relações entre as duas categorias, e, em última instância, o poder institucionalizado da categoria médica.

Enquanto a superação das barreiras sistêmicas à construção do MC, como mudanças no sistema de financiamento, na formação e nos conceitos da sociedade civil, demandam ações mais complexas, fatores institucionais, que lidam diretamente com a resistência médica, podem fazer a diferença como mostra a instituição com MC estudado. Sua especificidade, caracterizada pelo apoio institucional à enfermeira obstétrica, significa uma limitação metodológica, mas aponta para a factibilidade do modelo, mesmo no contexto brasileiro adverso, desde que a política institucional abarque o trabalho interdisciplinar e o projeto terapêutico seja comum a ambas as profissões.

A formação profissional interdisciplinar, condição importante para a construção do MC e para seu sucesso, ainda recebe pouca atenção no Brasil. Existem poucas oportunidades, tanto na formação quanto na educação permanente, de participar de ações educativas multidisciplinares. O ensino ainda transmite a hierarquização e a tradicional divisão das tarefas entre o pensar e a aplicação da ciência, atribuídos ao médico, e o fazer como essência da prática da enfermagem- uma situação que reflete também uma questão de gênero e a milenar dominância do masculino sobre o feminino.

Portanto, transformações também na formação dos profissionais se fazem necessárias. Uma estratégia em curso em outros países é o ensino dos residentes médicos do primeiro ano, da assistência ao parto de risco habitual prestada por enfermeiras obstétricas ou obstetrites experientes de forma sistemática, para que os residentes tenham a oportunidade de conhecer e vivenciar a parturição com ênfase na sua fisiologia.

Certamente a consolidação do MC representa também um desafio para as instituições de ensino no que tange à formação da enfermeira obstétrica, bem como para a associação da categoria. É preciso romper com o domínio dos espaços da assistência ao parto de risco habitual pelos médicos obstetras, que vêm impedindo a formação adequada das enfermeiras obstétricas, pela ausência de locais onde possam exercer suas atividades de forma compatível com a promoção da fisiologia do parto e o cuidado à mulher.

Atualmente, a política de humanização relativa à saúde reprodutiva, sintetizada na Rede Cegonha, continua a desenvolver estratégias para promoção do parto normal e da transformação da assistência medicalizada atual. O aumento contínuo da proporção de cesárea, que chegou, em 2012, a

52% em território nacional, sinaliza a urgência com que as medidas devem ser tomadas, e também mostra as limitações das medidas até agora desempenhadas. O não reconhecimento de evidências científicas na assistência obstétrica, e a conseqüente falta da adequação da prática a estas evidências pela maioria das instituições e pelos profissionais, é um testemunho da resistência da corporação médica à mudança de modelo.

Como novo ator no cenário, a enfermeira obstétrica deve se diferenciar do modelo hegemônico para constituir um potencial de transformação. A complementariedade da sua atuação, diante da formação médica voltada para o risco e o tratamento de patologias, é a justificativa para sua reincorporação no sistema de saúde. Portanto, a afirmação da sua filosofia própria, é essencial também para a construção do MC. Só ao incluir a complementariedade da sua atuação, a construção do MC faz sentido e significa mais do que o aumento do tamanho da equipe e controle de custos com recursos humanos. Diante das barreiras para o reconhecimento desta complementariedade e sua incorporação sistemática na assistência ao parto, fica evidente que políticas públicas mais incisivas serão necessárias.

Não faltam evidências que sustentem a incorporação das EO no sistema de saúde, seja como membros da equipe no ambiente hospitalar seja nos CPN. Mas a transformação de uma prática social como a assistência ao parto, construída através de processos multifacetados, formadores da sociedade e das relações dos seus agentes, demanda ações contínuas e decisões inovadoras e contra-hegemônicas nas áreas da formação profissional, da gerência das unidades e das políticas de saúde.

Antecedentes pessoais de risco? 1. Sim	0. Não	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> a. Doença cardíaca b. Hipertensão arterial com tratamento continuado c. Anemia grave ou outra hemoglobinopatia d. Asma e. Lupus ou esclerodermia f. Hipertireodismo g. Diabetes não gestacional h. Doença renal crônica i. Convulsões/epilepsia j. AVC k. Doença hepática crônica l. Doença psiquiátrica 		<input type="checkbox"/>
Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual?		
<ul style="list-style-type: none"> 0 Não 1 Incompetência istmo-cervical 2 Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR) 3 Oligodramnia 4 Polidramnia 5 Isoimunização RH 6 Placenta prévia 7 Descolamento prematuro de placenta (DPP) 8 Amniorexe prematura 9 Diabetes gestacional 10 Síndromes hipertensivas (HA crônica, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP) 11 Eclâmpsia/Convulsões 12 Ameaça de parto prematuro 13 Sofrimento fetal 14 Sífilis 15 Infecção urinária 16 Infecção pelo HIV 17 Toxoplasmose (que precisou tratar) 18 Outras doenças infecciosas 19 Outros problemas? Qual? _____ 		<input type="checkbox"/>
Cirurgia uterina anterior	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Dados da Admissão		
Diagnósticos na admissão:		
1. Internação por trabalho de parto		<input type="checkbox"/>
2. Internação para interrupção da gestação por indução do trabalho de parto ou por cesariana eletiva		
Idade gestacional (em semanas completas) no parto calculada pela		<input type="text"/> <input type="text"/> semanas

DUM	
Realizou quantas consultas de prenatal?	__
Em qual semana de gestação foi a primeira consulta	__
Há relato de perda de líquido amniótico antes da admissão? 0. Não 1. Sim, Que horas?	__ ____:____
Dilatação do colo do útero no momento da admissão	__ __ cm
Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão	__ __ contrações
Feita prescrição de dieta zero na admissão? 0. Não 1. Sim	__
Feita prescrição de repouso na admissão? 0. Não 1. Sim	__
Feita prescrição de hidratação venosa na admissão? 0. Não 1. Sim	__
Feita prescrição de ocitocina na admissão? 0. Não 1. Sim	__
Assistência ao trabalho de parto	
Há registro da presença de acompanhante? 0. Não 1. Sim	__
Qual profissional acompanhou o trabalho de parto? 1. Médico(a) 2. Enfermeiro(a)	__ __
Há partograma no prontuário? 0. Não 1. Sim	__
Abertura do partograma com >4cm? 0. Não 1. Sim	__ __ cm
Continuação do partograma com registros de BCF, dinâmica e toques? 0. Não 1. Sim	__
Registros no partograma até a hora do parto? 0. Não 1. Sim	__
Quantos toques registrados? (nenhum =0)	__
Quantos BCFs registrados?	__
Quantos Dinâmicas Uterinas registradas	__
Há registro de utilização de ocitocina durante o trabalho de parto? 0. Não 1. Sim (se não, passar para questão sobre uso de analgésicos)	__
Dilatação do útero no início da administração da ocitocina:	__ __ cm

Apêndice 2**Questionário hospitalar****QUESTIONÁRIO** |__|__|__|__|

Para todo questionário, preencher com dígitos 8 para não se aplica e com dígitos 9 para não informado.

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Prontuário mãe nº: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
Entrevistador: __ __ __	Data da Entrevista __ __ / __ __ / __ __
Revisado por __ __	Data da revisão __ __ / __ __ / __ __
Digitado por __ __	Data da digitação __ __ / __ __ / __ __
Maternidade nome: _____	Código na pesquisa __ __ __
1. Nascido vivo 2. Óbito Fetal 3. Óbito Neonatal	__

II. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

Qual a sua idade?	__ __
Telefones para contato (com DDD): Residencial: () _____ Celular: () _____ Telefone de parente ou vizinho () _____ nome _____	
Qual a última série e grau que você concluiu com aprovação na escola? (codificar em anos de estudo) __ Série do ensino __ 1. Fundamental 2. Médio/2º grau 3. Superior [00] Nenhuma série cursada	__ __
Qual a sua situação conjugal? 1. Solteira 2. Casada ou vive junto 3. Separada 4. Viúva	__

Vou fazer algumas perguntas sobre você e sua família:

Você tem alguma ocupação remunerada?			
0. Não 1. Sim. Qual? _____			_
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?			
Quem é o(a) chefe da família? (ou quem tem a maior renda)			
1. Você (a própria mulher) Vá para a questão ABEP 2. O companheiro			_
3. Outra pessoa da família 4. Outro _____			
Qual foi a última série que o(a) chefe da família concluiu na escola? (codificar em anos de estudo)			
_ Série do ensino _ 1. Fundamental 2. Médio/2º grau 3. Superior			_ _
[00] Nenhuma série cursada			
<i>Agora, vou fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não ter na sua casa. (classificação ABEP)</i>			
Na sua casa tem...			
1. Rádio	0. Não	Sim,	_
2. Geladeira	0. Não	Sim,	_
3. Freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex)	0. Não	Sim, quantos?	_
4. DVD ou vídeo cassete	0. Não	Sim, quantos?	_
5. Máquina de lavar roupa (não tanquinho)	0. Não	Sim,	_
6. Televisão em cores	0. Não	Sim,	_
7. Carro particular	0. Não	Sim,	_
8. Você tem empregada mensalista? (5 dias ou mais por semana)			_
9. 0. Não Sim, quantas?			

III. IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre a sua casa.

Quantas pessoas moram na mesma casa, incluindo você? (não contar o RN)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Você tem banheiro em casa de uso exclusivo da sua família? 0. Não (vá para a 47) 1. Sim	<input type="text"/>
Quantos banheiros da sua casa (dentro ou fora) têm vaso sanitário?	<input type="text"/> <input type="text"/>
Você considera a sua cor da pele, raça ou etnia... 1. Branca 2. Preta 3. Parda (morena/mulata) 4. Amarela 5. Indígena	<input type="text"/>

IV. HÁBITOS MATERNOS

“Agora vou falar um pouco sobre alguns hábitos e coisas que você costuma fazer no seu dia-a-dia...”

Com que frequência você tomou bebidas alcoólicas na gestação? 0. Nunca → vá para a <i>questão sobre fumo</i> 1. Mensalmente ou menos 2. De 2 a 4 vezes por mês 3. De 2 a 3 vezes por semana 4. 4 ou mais vezes por semana	<input type="text"/>
Quantas doses de álcool você toma normalmente ao beber? (ver quadro de equivalência de dose padrão abaixo) 0. 0 ou 1 1. 2 ou 3 2. 4 ou 5 3. 6 ou 7 4. 8 ou mais	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Com que frequência você toma cinco ou mais doses de uma vez? (ver quadro de equivalência de dose padrão abaixo) 0. Nunca (se a soma das questões X1 e X2 for 0, pule para questão XX) 1. Menos do que uma vez ao mês 2. Mensalmente 3. Semanalmente 4. Todos ou quase todos os dias	<input type="text"/>
Você fumou durante a gravidez? 0. Não (vá para a xx) 1. Sim	<input type="text"/>
Até quando você fumou? 1. Até o 3º mês 2. 4º ao 6º mês 3. 7º mês e mais	<input type="text"/>
Quantos cigarros você fumou por dia no último mês?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Você tomou durante a gravidez algum medicamento que a receita fica presa na farmácia (tarja preta)? qual? _____	0. Não 1. Sim,	<input type="checkbox"/>
Qual era o seu peso antes de ficar grávida? (anotar em Kg)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Qual é a sua altura? (Referida, anotar em metros)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

VI. ANTECEDENTES PESSOAIS

Agora vou fazer perguntas sobre alguns problemas de saúde

Você apresentava alguma dessas doenças antes da gravidez atual? Não	0.	<input type="checkbox"/>
1. Doença do coração confirmada por médico		<input type="checkbox"/>
2. Pressão alta, fora da gestação, tendo sido prescrito remédio para uso continuado		<input type="checkbox"/>
3. Anemia grave, fora da gestação, ou outra doença no sangue confirmada por especialista		<input type="checkbox"/>
4. Asma		<input type="checkbox"/>
5. Lupus ou esclerodermia		<input type="checkbox"/>
6. Hipertireoidismo		<input type="checkbox"/>
7. Diabetes, fora da gestação, confirmado por médico especialista;		<input type="checkbox"/>
8. Doença renal confirmado por médico especialista que precisa de tratamento		<input type="checkbox"/>
9. Epilepsia/convulsão, não associada a gestação		<input type="checkbox"/>
10. Derrame		<input type="checkbox"/>
11. Doença do fígado confirmada por médico especialista que precisa de tratamento		<input type="checkbox"/>
12. Doença mental, que necessita de acompanhamento com especialista		<input type="checkbox"/>

VII. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (excluir gestação atual)

Entrevistador(a), diga: Agora vou fazer perguntas sobre suas gestações anteriores.

Você teve algum aborto ou alguma gravidez que terminou com menos de 5 meses (ou o feto pesando menos de meio quilo)? n° quantos	0. Não (00) 1. Sim=	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Você já fez alguma cirurgia no útero (por exemplo, para retirar mioma, micro cesárea para interromper gravidez, para corrigir infertilidade, para tratar perfuração pós-aborto, ou por outra causa?)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

VIII. PRÉ-NATAL

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre esta gravidez.”

Qual foi o dia em que veio (começou) a sua última menstruação?		___/___/___
Você tem certeza dessa data?	0.Não	___
Sua menstruação vinha todo mês regularmente?	0.Não	___
1.Sim		
Esta última menstruação foi parecida com as que você tinha antes todos os meses?	0.Não	___
1.Sim		
Qual era a data provável do parto de acordo com a sua última menstruação?		___/___/___
Com quantos meses/semanas de gravidez você começou o pré-natal?		___meses ___semanas
Quantas consultas de pré-natal você fez durante a gravidez? (caso a gestante tenha mudado de unidade ou tenha freqüentado pré-natal em mais de um serviço, considerar o total de consultas) Nenhuma consulta = 00		___
Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal?		___
1. SUS		___
2. Consultório particular		
Algum profissional durante o pré-natal forneceu as seguintes informações sobre o trabalho de parto e o parto?		___
0. Não		
1. Como começa o trabalho de parto		___
2. Sinais de risco que devem fazer você procurar um serviço de saúde		___
3. Sobre coisas que você pode fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê (ex: andar, tomar banho, posições para o parto, formas de diminuir a dor, etc)		___
4. Direito a presença do acompanhante durante a internação para o parto		___
5. Direito a analgesia durante o trabalho de parto		___
Pelo que você entendeu das suas conversas com o seu médico, você diria que, para as gestantes normais / saudáveis, geralmente:		___
1. o parto normal é mais seguro para a mãe		
2. o parto normal e a cesárea são seguros da mesma forma para a mãe		
3. a cesárea é mais segura para a mãe		
0. ele falou nada a respeito		
Durante esta gravidez algum profissional disse que você tinha alguma dos problemas abaixo?		___
0. Não		
1. Colo do útero não segurava o bebê		___
2. Problemas no crescimento do bebê		___
3. Pouco líquido amniótico		___
4. Muito líquido amniótico		___
5. Problema de RH negativo		___
6. Placenta baixa / prévia		___

<p>7. Descolamento de placenta após o 7º mês de gravidez 8. Perda de líquido amniótico por rompimento da bolsa durante a gravidez antes do início do trabalho de parto 9. Diabetes associada à gravidez 10. Pressão alta associada à gravidez 11. Eclâmpsia/Convulsões 12. Ameaça de parto prematuro 13. O bebê apresentou sinais de sofrimento 14. Sífilis 15. Infecção urinária 16. Infecção pelo HIV 17. Toxoplasmose (que precisou tratar) 18. Outras doenças infecciosas. Qual?</p> <p>_____</p> <p>19. Outros problemas? Qual?</p> <p>_____</p> <p>Caso tenha respondido “não” para todas as opções acima, passar para a pergunta sobre internação.</p>	
<p>Você foi internada nesta gravidez?</p> <p>0. Não (passar para questão sobre maternidade para o parto) 1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>Qual motivo?</p> <p>1. Hipertensão/pré-eclâmpsia 2. Sangramento 3. Ameaça de parto prematuro 4. Vômitos excessivos 5. Diabetes 6. Perda de líquido 7. Infecção urinária 8. Outros _____</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>

X . ADMISSÃO NA MATERNIDADE

“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”.

Esta gravidez foi: 1. Única 2. Gemelar 3. trigemelar (3 ou mais)	<input type="checkbox"/>
No dia do nascimento qual a posição que o bebê estava na sua barriga? 1. De cabeça para baixo 2.Sentado 3.Outra posição	<input type="checkbox"/>
Quando você internou você (0) tinha dores fortes e regulares e a barriga ficava dura? ou (1) foi colocado soro com medicamento ou comprimido na vagina para iniciar as contrações?	<input type="checkbox"/>
Rompeu a bolsa/ perdeu líquido em casa? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Se rompeu em casa, a que horas rompeu (horas/minutos?)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Se não entrou em trabalho de parto, por que você veio para o hospital? 1. A data para fazer minha cesariana estava marcada 2. A indução não funcionou 3. Fui encaminhada pelo pré-natal ou PSF 4. Estava passando mal (pressão alta, sangramento, etc...) 5. O bebê estava passando do tempo 6. O bebê não estava mexendo 7. O bebê estava em sofrimento 8. Estava com dores/contrações 9. Outra. Qual?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Antes de ser internada neste hospital/maternidade você procurou atendimento em outro hospital/maternidade? 0. Não. Se sim, por quantos_____	<input type="checkbox"/>
Quantos centímetros de dilatação você tinha na hora da internação? 0. Não tinha dilatação Sim, quantos centímetros	<input type="checkbox"/>
Romperam a bolsa na hora da admissão? 0. Não 1. Não, rompeu antes da internação 2. Sim (Se 0 ou 1, pular a próxima)	<input type="checkbox"/>
Qual era a cor do líquido? 1. Claro 2. Esverdeado/Amarronzado 3. Com sangue 4. Amarelado/purulento	<input type="checkbox"/>
Ouviram o coração do bebê na hora da admissão? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Foi feita lavagem intestinal? 0. Não 1.Sim 2. Já tinha feito em casa	<input type="checkbox"/>

XI . TRABALHO DE PARTO

Entrevistadora: Agora vou fazer algumas perguntas referentes ao período de trabalho de parto, aquela fase que vai da hora em que a mulher foi internada, até a em que dá vontade de fazer força.

Foram oferecidos líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o trabalho de parto? 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado soro na veia? 0. Não (<i>Pular a questão seguinte</i>) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Foi posto no soro um medicamento para aumentar as contrações (ocitocina)? 0. Não 1.	<input type="checkbox"/>
Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado algum medicamento em sua vagina para aumentar as contrações? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Depois que colocaram o soro ou comprimido, as contrações (dores) aumentaram? 1. Não percebeu diferença 2. As dores aumentaram um pouco	<input type="checkbox"/>
Romperam a bolsa durante o trabalho de parto? 0. Não 1. Não, rompeu antes da internação 2. Romperam na admissão 3. Rompeu espontaneamente durante o trabalho de parto 4. Sim (<i>Se 0, 1 ou 2, pular a próxima</i>)	<input type="checkbox"/>
Qual foi o profissional que acompanhou a maior parte do seu trabalho de parto? 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Médico e enfermeira	<input type="checkbox"/>
Você acha que sua intimidade/privacidade foi respeitada pela equipe durante o seu trabalho de parto? 0. Não 1. Sim, o tempo todo 2. Sim, parte do tempo	<input type="checkbox"/>
Você teve liberdade para se movimentar fora da cama durante o trabalho de parto? 0. Não 1. Sim. 2. Às vezes	<input type="checkbox"/>
Você utilizou alguma dessas medidas para melhorar a dor durante o trabalho de parto? 0. Não 1. banheira 2. banhos prolongados no chuveiro 3. bola 4. massagem 5. banquinho para posição de cócoras 6. outro - qual?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durante o trabalho de parto você realizou o exame chamado de cardiotocografia? 0. Não 1.Sim, em alguns momentos 2.Sim, durante todo o pré-parto	<input type="checkbox"/>
Você teve acompanhante da sua escolha para ficar com você durante seu trabalho de parto? 0. Não 1. Sim (<i>pular a próxima</i>)	<input type="checkbox"/>

Seu/s acompanhantes ficou/ficaram com você: 0. Não	<input type="checkbox"/>
1. Durante a admissão (só até internar)?	<input type="checkbox"/>
2. Todo o tempo do trabalho de parto (antes de nascer)?	<input type="checkbox"/>
3. Durante o parto (na hora de nascer mesmo)?	<input type="checkbox"/>
4. Durante o pós-parto (ficou junto no quarto/enfermaria)?	<input type="checkbox"/>
Quem foi o seu acompanhante? (<i>marque mais de um se for o caso</i>)	
1. Companheiro ou pai da criança	<input type="checkbox"/>
2. Amiga	<input type="checkbox"/>
3. Mãe	<input type="checkbox"/>
4. Outra pessoa. Quem? _____	<input type="checkbox"/>
Você teve o acompanhamento de uma doula? (Entrevistador: Explique o que é uma doula) 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Como foi a experiência de ter um acompanhante no pré-parto?	
1. Ajuda muito a mulher a ficar mais tranqüila, ter um parto melhor	<input type="checkbox"/>
2. Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranqüila e ter um parto melhor	<input type="checkbox"/>
3. Nem ajuda nem atrapalha a ter um parto melhor	<input type="checkbox"/>
4. Deixa a mulher mais nervosa, não ajuda a ter um parto melhor	<input type="checkbox"/>

XII. O PARTO

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

Qual foi o tipo de parto que você teve? 1 - normal c/ corte 2 - normal s/ corte mas rasgou e levou pontos 3 - normal s/ pontos 5 - parto c/ uso de fórceps 6 - parto cesariana	<input type="checkbox"/>
Qual profissional assistiu o seu parto? Médico(a) 2. Enfermeiro(a)	<input type="checkbox"/>
Você teve que mudar de sua cama para uma outra cama/mesa em outra sala na hora de ter o bebê? 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
Qual foi a posição que você ficou para o bebê nascer? 1. Deitada de costas com as pernas no estribos da mesa (como para exame gynecológico) 2. Deitado de costas com as costas um pouco elevado 3. Deitada de lado 4. Sentada / reclinada 5. Na banheira 6. De quatro 7. De cócoras/ajoelhada 8. De pé 9. Várias	<input type="checkbox"/>
Na hora do parto, alguém apertou/ subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê? (manobra de Kristeller). 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Foi aplicada anestesia nas costas em algum momento do trabalho de parto ou parto? 0. Não 1.Sim, no trabalho de parto 2. Sim, na sala de parto	<input type="checkbox"/>
Você gostaria tomá-la num próximo parto? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

cê tomou outro medicamento para aliviar a dor do parto?	0. Não 1. Sim;	<input type="checkbox"/>
Você gostaria tomá-la num próximo parto?	0. Não 1. Sim;	<input type="checkbox"/>
Você estava tomando remédio para aumentar a dor ou estava com a bolsa rompida, antes de você pedir analgesia/remédio para tirar a dor?	0. Não 1. Sim;	<input type="checkbox"/>
Você acha, que escutaram o coração do bebe vezes	0. Às vezes 1. muitas vezes	<input type="checkbox"/>
Os toques foram realizados de maneira grosseira, sem considerar que é doloroso ser tocado?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Só para quem teve cesárea		
Em que momento foi decidido que seu parto seria cesariana?		<input type="checkbox"/>
1. No pré-natal 2. Durante internação como gestante 3. No pré-parto 4. Já na sala de parto		

XIII. INFORMAÇÕES DO BEBÊ

O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Após o nascimento e antes de serem prestados os cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você:	1. Não teve contato com o bebê 2. Apenas viu o bebê (Se 1 ou 2, pular a próxima) 3. Ficou com o bebê no colo 4. Colocou para mamar	<input type="checkbox"/>
Esse contato ocorreu por um tempo que você considerou bom?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
O bebê ficou para no quarto junto com você?	0. Não 1. Sim (pular para questão sobre problemas)	<input type="checkbox"/>
Se não, por quê?	1. Foi para o berçário 2. Foi para a UI/UTI 3. Foi para a incubadora 4. Outro motivo _____	<input type="checkbox"/>
O seu bebê teve algum destes problemas?	0. Não 1. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco). 2. Custou ou teve dificuldade para respirar depois que nasceu 3. Precisou de oxigênio após o nascimento? 4. Outros problemas? Quais? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Você recebeu apoio para iniciar a amamentação na primeira hora após o parto?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

XV – Informações sobre a assistência

Entrevistador: Agora dar uma nota para a pessoa que assistiu seu trabalho de parto e parto(enfermeira obstétrica ou médico obstetra) entre 1 e 5. Um é a pior nota e cinco a melhor.

Explique, que quer saber sobre a assistência do profissional, que fez o toque, escutou o coração do bebê e fez o parto. Não importa se não foi o mesmo profissional, que fez tudo.

O profissional estava presente durante o trabalho de parto e parto?	<input type="checkbox"/>
A atitude desse profissional te apoiou e encorajou? (através de palavras de apoio, de tranquilidade, paciência e atenção)?	<input type="checkbox"/>
Ele te tratou com respeito?	<input type="checkbox"/>
Ele te deu toda informação, que você solicitou?	<input type="checkbox"/>
A atitude desse profissional era de compreensão e sensibilidade para com suas demandas/necessidades?	<input type="checkbox"/>
Ele te deu liberdade de expressar seus sentimentos?	<input type="checkbox"/>

Entrevistador: Agradeça a participação na entrevista.

Apêndice 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDA (TCLE)

Prezada parturiente,

Você esta sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS DE NULÍPARAS: COMPARAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA COLABORATIVO E TRADICIONAL DE MATERNIDADES DO SUS EM BELO HORIZONTE.**

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a assistência ao trabalho de parto e parto em hospitais de Belo Horizonte e faz parte da formação acadêmica da pesquisadora. A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e como foi sua assistência desde o pré-natal e consultar algumas informações em seu prontuário. As respostas serão anotadas em um formulário. Esta entrevista terá uma duração em torno de 30 minutos. Tudo que for dito ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper, se assim desejar. Caso você se recuse a participar não haverá qualquer prejuízo na sua relação com com o serviço de saúde.

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

Assinatura do sujeito de pesquisa _____

Assinatura dos pesquisadores

Data

Contatos

Pesquisadora Sibylle Vogt Campos Tel: (31) 34616652. E-mail: sibyllecamos@hotmail.com

Comité de Ética em Pesquisa:

Apêndice 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 2 (Para puérperas adolescentes)

Prezada,

Sua filha esta sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS DE NULÍPARAS: COMPARAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA COLABORATIVO E TRADICIONAL DE MATERNIDADES DO SUS EM BELO HORIZONTE.**

Esta pesquisa tem como objetivo analisar a assistência ao trabalho de parto e parto em hospitais de Belo Horizonte e faz parte da formação acadêmica da pesquisadora. A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e como foi sua assistência desde o pré-natal e consultar algumas informações em seu prontuário. As respostas serão anotadas em um formulário. Esta entrevista terá uma duração em torno de 30 minutos. Tudo que for dito ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper, se assim desejar. Caso você se recuse a participar não haverá qualquer prejuízo na sua relação com com o serviço de saúde.

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

Assinatura do responsável no caso de menor não emancipada

Assinatura dos pesquisadores

Data

Contatos: Pesquisadora Sibylle Vogt Campos Tel: (31) 34616652. E-mail:

sibyllecamos@hotmail.com

Comité de Ética em Pesquisa

Apêndice 5

Aceite da Revista de Saúde Pública do artigo intitulado *Comparação de dois modelos de assistência ao parto em hospitais do SUS em Belo Horizonte*



Manuscrito nº 4633

Prezada Colaboradora Sibylle Emilie Vogt

Temos a satisfação de comunicar-lhe, em nome da Editoria Científica, que ao término da etapa do processo de avaliação por pares externos, seu manuscrito intitulado "Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais do SUS em Belo Horizonte", em sua versão final, foi aprovado quanto ao mérito.

Na seqüência, seu manuscrito será encaminhado para a Equipe Técnica de Redação para ser preparado para publicação. Nessa etapa, a RSP se reserva o direito de fazer alterações e sugestões na redação científica, incluindo revisão gramatical e de estilo, visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O manuscrito, com as alterações introduzidas, será encaminhado para sua revisão, assim como a versão em inglês para divulgação na Internet.

Para ser efetivada a publicação do artigo, será imprescindível o envio do documento de Transferência de Direitos Autorais assinado por todos os autores e escaneado, por e-mail, para rspline@fsp.usp.br.

Solicitamos que aguarde nosso próximo contato na fase de preparo do manuscrito para publicação.

Agradecemos pela sua valiosa contribuição a esta Revista e esperamos continuar contando com outras contribuições de sua autoria.

Cordialmente,

Maria Teresinha Dias de
Andrade

Editora Executiva

PS Lembramos que a partir de 2012, por motivos já divulgados em nosso site, passamos a cobrar uma taxa para publicação de cada manuscrito aprovado. Assim sendo, tendo havido sua prévia concordância, informamos que será encaminhada em seu nome, pela Secretaria da RSP, fatura proforma no valor estipulado por artigo.

Data:16/12/2013

ANEXOS**Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética da Santa Casa****Comitê de Ética em Pesquisa**

Registro CEP: 009/2011 (Este número deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Belo Horizonte, 28 de março de 2011.

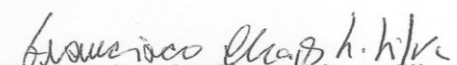
Ilma.sra.
Dra. Sibylle Emilie Vogt
Pesquisadora Responsável

Parecer:

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, em reunião do dia 25 de março de 2011 analisou e **APROVOU** o protocolo de pesquisa “**Resultados maternos e neonatais de Nulíparas: Comparação do modelo de assistência obstétrica colaborativo e tradicional de maternidades do SUS em Belo Horizonte**” registrado neste CEP sob número 009/2011, no qual V. Sa. figura como pesquisadora responsável.

OBS.:

Após o início da pesquisa, o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP relatórios semestrais e final, nos seguintes prazos: para o primeiro semestre, até 31 de julho; para o segundo semestre, até 31 de dezembro.


Dr. Francisco das Chagas Lima e Silva
Coordenador do CEP

Anexo 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG)



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 022-B/2011

1 – Título:

"Resultados maternos e neonatais de nulíparas: comparação do modelo de assistência obstétrica colaborativo e tradicional de Maternidades do SUS em Belo Horizonte."

Folha de Rosto: 399602

2 – Pesquisador: Sibylle Emilie Vogt

Titulação: Enfermeira – Mestre

3 – Histórico:

Recebimento do projeto pelo CEP – 24 de Fevereiro de 2011.

Apresentação do projeto na Reunião do CEP – 03 de Março de 2011.

Envio do Relatório ao NEP – 16 de Março de 2011.

Recebimento das soluções de pendência – 25 de Abril de 2011.

Envio do Relatório Final ao NEP – 27 de Abril de 2011.

4 – Pendências: Relatório 022/2011 de 16 de Março de 2011.

A) Encaminhar o currículo do co-orientador Marcos Augusto Bastos Dias

B) Corrigir a classificação do estudo. Trata-se de coorte prospectivo.

C) Descrever como serão aleatorizadas as mulheres para serem incluídas no estudo.

D) Adequar TCLE

E) Adequar o questionário de entrevista, procurando reduzir sua duração, mantendo apenas as perguntas essenciais aos objetivos propostos e aquelas que realmente não sejam registradas em prontuário.

5 – Solução de Pendências

A) Encaminhado o currículo do co-orientador;

B) Corrigida a classificação do estudo;

C) Descrita detalhadamente a forma de aleatorização da amostra;

D) Adequado para o perfil da amostra;

E) As autoras justificaram a manutenção do questionário tendo em vista o êxito demonstrado em uma aplicação piloto.

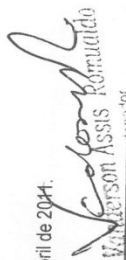
6 – Considerações e Mérito:

- Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;
- Metodologia: Adequada para se alcançar os objetivos propostos;
- Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;
- Cronograma: Adequado;
- Folha de Rosto: Devidamente preenchida e assinada;
- Orçamento: Adequado e de responsabilidade dos autores;
- TCLE: Adequado;
- Aspectos Éticos: O projeto cumpre a Res. 196/1996 do CNS-MS.

7 – Parecer:

- APROVADO.

Belo Horizonte, 27 de Abril de 2011.


VANDERJERSON ASSIS ROMUALDO
COORDENADOR DO CEP/FHEMIG

Vanderjerson Assis Romualdo
COORDENADOR DO CEP/FHEMIG

Anexo 3 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia

Feldman



www.sofiafeldman.org.br 31.3408.2200 Fax: 31.3408.2218
 Rua Antônio Bandeira, 1260 - Tupi
 Belo Horizonte / MG - CEP 31844-130

Parecer de Relator 02/2011 **CAAE: 0002.1.439.287-11**
(favor citar esse número em suas comunicações com o CEP/HSF)

Título do projeto: Resultados maternos e neonatais de nulíparas: comparação do modelo de assistência obstétrica colaborativo e tradicional de maternidades do SUS em Belo Horizonte.

Interessados:

Sibylle Ernillie Vogt (pesquisadora responsável)

Kátia Silveira da Silva (orientadora)

DECISÃO

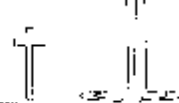
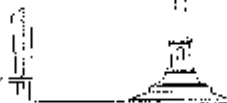
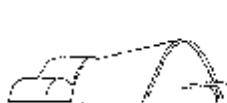
O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) analisou em plenária realizada no dia 17 de fevereiro de 2011, o Projeto de Pesquisa intitulado: "RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS DE NULÍPARAS: COMPARAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA COLABORATIVO E TRADICIONAL DE MATERNIDADES DO SUS EM BELO HORIZONTE," e o considerou **APROVADO**, de acordo com o parecer de relator em anexo.

Reafirmamos que o relatório final deverá ser encaminhado ao CEP/HSF ao término do estudo, para fins de conclusão do processo.

Atenciosamente,


Dra. Lélia Maria Medeira
 Coordenadora do CEP/HSF

Belo Horizonte, 17 de fevereiro de 2011



Anexo 4

Normas para publicação do primeiro artigo aceito pela Revista de Saúde Pública

A Revista de Saúde Pública tem por finalidade publicar contribuições científicas originais sobre temas relevantes para a saúde pública em geral.

Informações Gerais



Os manuscritos submetidos à publicação na Revista de Saúde Pública devem ser apresentados de acordo com as Instruções aos Autores.

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscritos de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (ver [Estrutura do Texto](#)). Em cada uma das partes não se deve dividir o texto em subtítulos, exceto nos casos que requerem maior detalhe, sobretudo em Resultados e Discussão. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscrito (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

O texto submetido deve ter páginas e linhas numeradas para fins de revisão.

O uso de siglas deve ser evitado.

Recomendamos que o autor consulte o [checklist](#) correspondente à categoria do manuscrito submetido.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos a seguir.

Preparo dos manuscritos

Índice



Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das [categorias de artigos](#).

Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivos do estudo, principais

procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos– Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma seqüência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Medline, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores,

citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al". Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos abaixo.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-8123200000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005.

Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão. *Cad Saude Coletiva* [Internet]. 2005;21(1):256-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/28.pdf> DOI:10.1590/S0102-311X2005000100028

Livros

Nunes ED. Sobre a sociologia em saúde. São Paulo; Hucitec; 1999.

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas ("Citing Medicine") da National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>).

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto: A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente** após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por &. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de et al. em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans & Stoddart,⁹ que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

Tabelas

Devem ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 12 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Tabelas que não se enquadram no nosso limite de espaço gráfico podem ser publicadas na versão eletrônica. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras, em sobrescrito e negrito.

Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização para sua reprodução, por escrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital que permitam sua impressão, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras em cores são publicadas quando for necessária à clareza da informação. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

Anexo 5

Normas para submissão do segundo artigo na revista [Midwifery](#)

Guide for Authors

- Dr Debra Bick, the editor of *Midwifery*, welcomes manuscripts for consideration for publication in the journal.

Submission to this journal proceeds totally online. Use the following guidelines to prepare your article. Via the journal page <http://ees.elsevier.com/ymidw> you will be guided stepwise through the creation and uploading of the various files. The system automatically converts source files to a single Adobe Acrobat PDF version of the article, which is used in the peer-review process. Please note that even though manuscript source files are converted to PDF at submission for the review process, these source files are needed for further processing after acceptance. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, takes place by e-mail and via the Author's homepage, removing the need for a hard-copy paper trail.

The above represents a very brief outline of this form of submission. It can be advantageous to print this "Guide for Authors" section from this site for reference in the subsequent stages of article preparation. Further guidance can be found in the journal's [Writing for Publication Resources](#).

Uniform Requirements

These guidelines generally follow the 'Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals', published by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). *Midwifery* is a signatory journal to the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, issued by the [International Committee for Medical Journal Editors \(ICMJE\)](#), and to the Committee on Publication Ethics (COPE) code of conduct for editors. We follow [COPE's guidelines](#).

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract or as part of a published lecture or academic thesis), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all Authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, without the written consent of the Publisher.

Ethical Approval

Patient Confidentiality

Identifiable clinical photographs can only be included in the journal if they are accompanied by written permission from the subject or the subject's next-of-kin. Without permission such illustrations will be masked or cropped to render them unidentifiable. Please indicate where the illustration can be cropped or masked if permission for reproduction has not been obtained.

Informed consent - All studies must be conducted to a high ethical standard and must adhere to local regulations and standards for gaining scrutiny and approval.

Where applicable authors should confirm that informed consent was obtained from human subjects and that ethical clearance was obtained from the appropriate authority.

The work described in your article must have been carried out in accordance with *The Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki)* for experiments involving humans <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>; *EC Directive 86/609/EEC* for animal experiments http://ec.europa.eu/environment/chemicals/lab_animals/legislation_en.htm. This must be stated at an appropriate point in the article.

For information on Ethics in Publishing and Ethical guidelines for journal publication see <http://www.elsevier.com/authorethics> and <http://www.elsevier.com/ethicalguidelines>. The editorial team

will not be able to further manuscripts through the review process that do not follow acceptable ethical procedures or do not make reference to their position regarding ethical approval.

Changes to authorship

This policy concerns the addition, deletion, or rearrangement of author names in the authorship of accepted manuscripts:

Before the accepted manuscript is published in an online issue: Requests to add or remove an author, or to rearrange the author names, must be sent to the Journal Manager from the corresponding author of the accepted manuscript and must include: (a) the reason the name should be added or removed, or the author names rearranged and (b) written confirmation (e-mail, fax, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed. Requests that are not sent by the corresponding author will be forwarded by the Journal Manager to the corresponding author, who must follow the procedure as described above. Note that: (1) Journal Managers will inform the Journal Editors of any such requests and (2) publication of the accepted manuscript in an online issue is suspended until authorship has been agreed.

After the accepted manuscript is published in an online issue: Any requests to add, delete, or rearrange author names in an article published in an online issue will follow the same policies as noted above and result in a corrigendum.

Contributors and Acknowledgements

All authors should have made substantial contributions to all of the following: (1) the conception and design of the study, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data, (2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content, (3) final approval of the version to be submitted. During the submission process online, we ask you make a true statement that all authors meet the criteria for authorship, have approved the final article and that all those entitled to authorship are listed as authors.

Those who meet some but not all of the criteria for authors can be identified as 'contributors' at the end of the manuscript with their contribution specified. All those individuals who provided help during the research (e.g., collecting data, providing language help, writing assistance or proofreading the article, etc.) that do not meet criteria for authorship should be acknowledged in the paper.

Conflict of Interest

At the end of the text, under a subheading "Conflict of interest statement" all authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential conflicts of interest include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding.

Open Access

This journal offers authors two choices to publish their research;

1. Open Access

- Articles are freely available to both subscribers and the wider public with permitted reuse
- An Open Access publication fee is payable by authors or their research funder

2. Subscription

- Articles are made available to subscribers as well as developing countries and patient groups through our access programs (<http://www.elsevier.com/access>)
- No Open Access publication fee

All articles published Open Access will be immediately and permanently free for everyone to read and download. Permitted reuse is defined by your choice of one of the following Creative Commons user licenses:

Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike (CC BY-NC-SA): for non-commercial purposes, lets others distribute and copy the article, to create extracts, abstracts and other revised versions, adaptations or derivative works of or from an article (such as a translation), to include in a collective work (such as an anthology), to text and data mine the article, as long as they credit the author(s), do not represent the author as endorsing their adaptation of the article, do not modify the article in such a way as to damage the author's honor or reputation, and license their new adaptations or creations under identical terms (CC BY NC SA).

Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs (CC-BY-NC-ND): for non-commercial purposes, lets others distribute and copy the article, and to include in a collective work (such as an anthology), as long as they credit the author(s) and provided they do not alter or modify the article.

Creative Commons Attribution (CC-BY): available only for authors funded by organizations with which Elsevier has established an agreement. For a full list please see <http://www.elsevier.com/fundingbodies>

Elsevier has established agreements with funding bodies. This ensures authors can comply with funding body Open Access requirements, including specific user licenses, such as CC-BY. Some authors may also be reimbursed for associated publication fees. <http://www.elsevier.com/fundingbodies>

To provide Open Access, this journal has a publication fee which needs to be met by the authors or their research funders for each article published Open Access. Your publication choice will have no effect on the peer review process or acceptance of submitted articles. The Open Access publication fee for this journal is **2500 USD**, excluding taxes.

Learn more about Elsevier's pricing policy <http://www.elsevier.com/openaccesspricing>

Presentation of Typescripts

Full length articles should be approximately 5,000 words in length, excluding references, tables and figures. Authors are required to submit manuscripts according to the requirements of the Instructions to Authors. Please note that papers not formatted in this manner will be returned to the author for amendment before entering into the editorial and peer review process. In particular please take care to follow the instructions for the formatting of references.

Authors are encouraged to submit electronic artwork files. Please refer to <http://www.elsevier.com/authors> for guidelines for the preparation of electronic artwork files. To facilitate anonymity, the author's names and any reference to their addresses should only appear on the title page. Please check your typescript carefully before you send it off, both for correct content and typographic errors. It is not possible to change the content of accepted typescripts during production.

Title

The title page should be provided as a separate file. Your title page should give the title in capital letters below which should be the authors' names (as they are to appear) in lower-case letters. For each author you should give one first name as well as the surname and any initials. You should give a maximum of four degrees/qualifications for each author and the current relevant appointment only. Authors' addresses should be limited to the minimum information needed to ensure accurate postal delivery; these details should be on the title page below the authors' names and appointments. Authors should also provide a daytime contact telephone number and fax number and e-mail address.

Headings

Headings in the article should be appropriate to the nature of the paper. Research papers should follow the standard structure of: Introduction (including review of the literature), Methods, Findings and Discussion.

Keywords

Include three or four keywords. The purpose of these is to increase the likely accessibility of your paper to potential readers searching the literature. Therefore, ensure keywords are descriptive of the study. Refer to

a recognised thesaurus of keywords (e.g. CINAHL, Medline) wherever possible.

Abstract

A summary should be in the 'Structured Summary Format' giving objective, design, setting, participants, interventions (if appropriate), measurements and findings, key conclusions and implications for practice (see [Vol 10, p58](#) for further information).

Reference Format

The accuracy of the references is the responsibility of the author.

Text: All citations in the text should refer to: 1. *Single author:* the author's name (without initials, unless there is ambiguity) and the year of publication;

2. *Two authors:* both authors' names and the year of publication;

3. *Three or more authors:* first author's name followed by 'et al.' and the year of publication. Citations may be made directly (or parenthetically). Groups of references should be listed first chronologically, then alphabetically.

Examples: "as demonstrated (Allan, 1996a, 1996b, 1999; Allan and Jones, 1995). Kramer et al. (2000) have recently shown "

Reference list: References should be arranged first alphabetically and then further sorted chronologically if necessary. More than one reference from the same author(s) in the same year must be identified by the letters "a", "b", "c", etc., placed after the year of publication. Full journal titles must be used in the reference list.

Examples:

Reference to a journal publication:

Hunter, B., 2006. The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. *Midwifery* 22, 308-322.

References to a book:

Field, P. A., Morse, J. M., 1985. *Nursing research: the application of qualitative approaches*. Croom Helm, London.

Reference to a chapter in an edited book:

Mettam, G.R., Adams, L.B., 1999. How to prepare an electronic version of your article. In: Jones, B.S., Smith, R.Z. (Eds.), *Introduction to the Electronic Age*. E-Publishing Inc., New York. pp. 281-304.

Citing and listing of Web references. As a minimum, the full URL should be given. Any further information, if known (Author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

Tables, Illustrations and Figures

A detailed guide on electronic artwork is available on our website: <http://www.elsevier.com/authors>
Preparation of supplementary data. Elsevier accepts supplementary material to support and enhance your scientific research. Supplementary files offer the author additional possibilities to publish supporting applications, movies, animation sequences, high-resolution images, background datasets, sound clips and more. Supplementary files supplied will be published online alongside the electronic version of your article in Elsevier Web products, including ScienceDirect: <http://www.sciencedirect.com>. In order to ensure that your submitted material is directly usable, please ensure that data is provided in one of our recommended file formats. Authors should submit the material in electronic format together with the article and supply a concise and descriptive caption for each file. For more detailed instructions please visit our artwork

instruction pages at <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>

Illustrations and tables that have appeared elsewhere must be accompanied by written permission to reproduce them from the original publishers. This is necessary even if you are an author of the borrowed material. Borrowed material should be acknowledged in the captions in the exact wording required by the copyright holder. If not specified, use this style: 'Reproduced by kind permission of (publishers) from (reference).' **Identifiable clinical photographs must be accompanied by written permission from the patient**

AudioSlides

The journal encourages authors to create an AudioSlides presentation with their published article. AudioSlides are brief, webinar-style presentations that are shown next to the online article on ScienceDirect. This gives authors the opportunity to summarize their research in their own words and to help readers understand what the paper is about. More information and examples are available at <http://www.elsevier.com/audioslides>. Authors of this journal will automatically receive an invitation e-mail to create an AudioSlides presentation after acceptance of their paper.

Considerations specific to types of research designs

The editors require that manuscripts adhere to recognized reporting guidelines relevant to the research design used. These identify matters that should be addressed in your paper. These are not quality assessment frameworks and your study need not meet all the criteria implied in the reporting guideline to be worthy of publication in the journal. The checklists do identify essential matters that should be considered and reported upon. For example, a controlled trial may or may not be blinded but it is important that the paper identifies whether or not participants, clinicians and outcome assessors were aware of treatment assignments.

You are encouraged (although not required) to submit a checklist from the appropriate reporting guideline together with your paper as a guide to the editors and reviewers of your paper.

Reporting guidelines endorsed by the journal are listed below:

Observational cohort, case control and cross sectional studies - STROBE - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology <http://www.equator-network.org/index.aspx?o=1032>

Quasi-experimental/non-randomised evaluations - TREND - Transparent Reporting of Evaluations with Non-randomized Designs <http://www.equator-network.org/index.aspx?o=1032>

Randomised (and quasi-randomised) controlled trial - CONSORT - Consolidated Standards of Reporting Trials <http://www.equator-network.org/index.aspx?o=1032>

Study of Diagnostic accuracy/assessment scale - STARD - Standards for the Reporting of Diagnostic Accuracy Studies <http://www.equator-network.org/index.aspx?o=1032>

Systematic Review of Controlled Trials - PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses <http://www.equator-network.org/index.aspx?o=1032>

Systematic Review of Observational Studies - MOOSE - Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology <http://www.equator-network.org/index.aspx?o=1032>

Qualitative researchers might wish to consult the guideline listed below:

Qualitative studies - COREQ - Consolidated criteria for reporting qualitative research. Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J., 2007. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 19 (6), 349-357. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Copyright Information

Upon acceptance of an article, authors will be asked to sign a "Journal Publishing Agreement" (for more information on this and copyright see <http://www.elsevier.com/copyright>). Acceptance of the agreement will ensure the widest possible dissemination of information. An e-mail (or letter) will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement.

If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Requests may be completed online via the Elsevier homepage (<http://www.elsevier.com/permissions>).

Permissions Information

Written permission to produce borrowed materials (quotations in excess of 100 words, illustrations and tables) must be obtained from the original copyright holders and the author(s), and submitted with the manuscript. Borrowed materials should be acknowledged in the captions as follows: 'Reproduced by kind permission of (publishers) from (reference)'.

Funding body agreements and policies

Elsevier has established agreements and developed policies to allow authors whose articles appear in journals published by Elsevier, to comply with potential manuscript archiving requirements as specified as conditions of their grant awards. To learn more about existing agreements and policies please visit <http://www.elsevier.com/fundingbodies>

Authors' rights

As an author you (or your employer or institution) retain certain rights; for details you are referred to: <http://www.elsevier.com/wps/find/authorshome.authors/authorsrights>

Page Proofs

One set of page proofs in PDF format will be sent by e-mail to the corresponding author (if we do not have an e-mail address then paper proofs will be sent by post). Elsevier now sends PDF proofs which can be annotated; for this you will need to download Adobe Reader version 7 available free from <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>. Instructions on how to annotate PDF files will accompany the proofs. The exact system requirements are given at the Adobe site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/acrrsystemreqs.html#70win>.

If you do not wish to use the PDF annotations function, you may list the corrections (including replies to the Query Form) and return to Elsevier in an e-mail. Please list your corrections quoting line number. If, for any reason, this is not possible, then mark the corrections and any other comments (including replies to the Query Form) on a printout of your proof and return by fax, or scan the pages and e-mail, or by post. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Therefore, it is important to ensure that all of your corrections are sent back to us in one communication: please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility. Note that Elsevier may proceed with the publication of your article if no response is received.

Offprints

The corresponding author, at no cost, will be provided with a PDF file of the article via e-mail. The PDF files is a watermarked version of the published article and includes a cover sheet with the journal cover image and a disclaimer outlining the terms and conditions of use.

Language Editing

Authors who require information about language editing and copyediting services pre- and post-submission please visit: <http://www.elsevier.com/wps/find/authorshome.authors/languagepolishing> or contact authorsupport@elsevier.com for more information. Please note Elsevier neither endorses nor takes responsibility for any products, goods or services offered by outside vendors through our services or in any advertising. For more information please refer to our Terms &

Conditions http://www.elsevier.com/wps/find/termsconditions.cws_home/termsconditions

Submission checklist

It is hoped that this list will be useful during the final checking of an article prior to sending it to the journal's Editor for review. Please consult this Guide for Authors for further details of any item.

Ensure that the following items are present:

- One author designated as corresponding author:
 - E-mail address*
 - Full postal address*
 - Telephone and fax numbers*
- All necessary files have been uploaded
- Keywords
- All figure captions
- All tables (including title, description, footnotes).

Further considerations

- Manuscript has been "spellchecked"
- References are in the correct format for this journal
- All references mentioned in the Reference list are cited in the text, and vice versa
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Web)
- Colour figures are clearly marked as being intended for colour reproduction on the Web (free of charge) and in print or to be reproduced in colour on the Web (free of charge) and in black-and-white in print.