

Metadados não aplicados

língua do artigo Português

journalid Cad Saude Publica

journaltitle Cadernos de Saúde Pública

abbrevjournaltitle Cad. Saúde Pública

issnppub 0102-311X

issnepub 1678-4464

publishername Fundação Oswaldo Cruz

subject DEBATE

transtitle Intervenciones obstétricas durante el trabajo de parto y parto en mujeres brasileñas de bajo riesgo

authornotes Correspondência M. C. Leal. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil. duca@fiocruz.br Colaboradores

M. C. Leal foi responsável pela concepção do estudo, desenho e coordenação, análise dos dados, elaboração e revisão do manuscrito. A. P. E. Pereira contribuiu na análise dos dados, elaboração e revisão do texto. R. M. S. M. Domingues, M. M. Theme Filha, M. A. B. Dias, M. Nakamura-Pereira, M. H. Bastos e S. G. N. Gama contribuíram na elaboração, revisão do artigo e aprovação da versão final.

articledoi DOI 10.1590/0102-311X00151513

volume 30

issue Suppl 1

fpage S17

lpage S32

permissions This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License, which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual

Intervenciones obstétricas durante el trabajo de parto y parto en mujeres brasileñas de bajo riesgo

Leal, Maria do Carmo¹, Pereira, Ana Paula Esteves¹, Domingues, Rosa Maria Soares Madeira², Filha, Mariza Miranda Theme¹, Dias, Marcos Augusto Bastos³, Nakamura-Pereira, Marcos¹, Bastos, Maria Helena¹, and Gama, Silvana Granado Nogueira da¹

¹Fundação Oswaldo Cruz

²Fundação Oswaldo Cruz

³Fundação Oswaldo Cruz

08 2014

Resumo

Este artigo avaliou o uso das boas práticas (alimentação, deambulação, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e de partograma) e de intervenções obstétricas na assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres de risco obstétrico habitual. Foram utilizados dados da pesquisa Nascer no Brasil, estudo de base hospitalar realizada em 2011/2012, com entrevistas de 23.894 mulheres. As boas práticas durante o trabalho de parto ocorreram em menos de 50% das mulheres, sendo menos frequentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. O uso de ocitocina e amniotomia foi de 40%, sendo maior no setor público e nas mulheres com menor escolaridade. A manobra de Kristeller, episiotomia e litotomia foram utilizadas, em 37%, 56% e 92% das mulheres, respectivamente. A cesariana foi menos frequente nas usuárias do setor público, não brancas, com menor escolaridade e múltiparas. Para melhorar a saúde de mães e crianças e promover a qualidade de vida, o Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo o setor privado, necessitam mudar o modelo de atenção obstétrica promovendo um cuidado baseado em evidências científicas.

Palavras-chave: Práticas de Saúde Pública, Saúde Materno-Infantil, Trabalho de Parto, Parto

Resumen

Se evaluó el uso de buenas prácticas (alimentación, métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, caminar y el uso del partograma), además de las intervenciones obstétricas durante el parto, en mujeres con un riesgo obstétrico habitual. Los datos provienen del estudio Nacer en Brasil, una cohorte de base hospitalaria realizada en 2011-2012, con entrevistas a 23.894 mujeres. Las buenas prácticas durante el parto se produjeron en menos de un 50 % y fueron menos frecuentes en el Norte, Nordeste y Centro-oeste. El uso de oxitocina y amniotomía fue del 40 %, principalmente, en el sector público y en las mujeres de menor nivel educativo. La presión fúndica uterina, episiotomía y litotomía fueron utilizados en: un 37 %, 56 % y 92 % respectivamente. La cesárea fue menos frecuente en mujeres que son usuarias del sector público, no blancas, con menor nivel educativo y multíparas. Para mejorar la salud de las madres y los niños, y con el fin de promover la calidad de vida, el Sistema Único de Salud (sus), y sobre todo el sector privado, necesitará cambiar el modelo de atención obstétrica mediante la adopción de evidencias científicas.

Palavras claves: Práctica de Salud Pública, Salud Materno-Infantil, Trabajo de Parto, Parto

1 Introdução

Há evidências científicas de que várias práticas na assistência à gestação e ao parto são promotoras de melhores resultados obstétricos e são efetivas para a redução de desfechos perinatais negativos. Fatores da saúde materna que atuam durante o período gestacional influenciam os resultados da gravidez, e a assistência pré-natal de qualidade contribui para a redução de danos à gestante e ao recém-nascido. Da mesma forma, uma parcela importante das complicações que podem ocorrer ao longo do trabalho de parto e no momento do parto pode ser reduzida por cuidado obstétrico apropriado, realizado com o uso adequado de tecnologia. Por outro lado, o uso inadequado de tecnologias ou a realização de intervenções desnecessárias pode trazer prejuízos para a mãe e seu conceito^[1].

Embora o Brasil tenha atingido uma elevada cobertura na assistência pré-natal e a taxa de parto hospitalar tenha sido maior que 98% em 2010, ainda persistem elevadas a razão da mortalidade materna (68,2/100 mil nascidos vivos) e a de mortalidade perinatal, sugerindo problemas na qualidade da atenção materna e perinatal (Departamento de Informática do SUS – DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2011/C03b.htm>).

Várias pesquisas nacionais foram realizadas na última década para avaliar os cuidados pré-natais, época do início, número de consultas, procedimentos realizados, dentre outros^[2], mas, até hoje, nenhum estudo foi realizado, em nível nacional, para descrever os processos e procedimentos empregados na atenção ao parto e nascimento no Brasil. Desconhece-se a frequência de utilização das boas práticas de atenção e de intervenções obstétricas, bem como a sua distribuição por área geográfica, condição social das mulheres, paridade e por tipo de serviço de saúde: público e privado.

Iniciativas do Ministério da Saúde como a elaboração de manuais técnicos^[3] e outros materiais educativos para os profissionais que atendem à gestação e ao parto, embora relevantes, têm se mostrado insuficientes para reverter o modelo de atenção obstétrica do Brasil que é reconhecido como extremamente intervencionista, tendo como expressão maior disso as taxas de cesárea mais elevadas do mundo^[4].

Questiona-se se a persistência desses maus indicadores maternos e perinatais do Brasil são reflexos da baixa qualidade da atenção obstétrica, dada a elevada cobertura da assistência ofertada pelo sistema de saúde.

O objetivo deste estudo é descrever as boas práticas de atenção ao parto (alimentação e movimentação durante o trabalho de parto e parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e monitoramento do trabalho de parto pelo partograma) e as intervenções obstétricas (uso de cateter venoso, ocitocina para acelerar o trabalho de parto, amniotomia, analgesia peridural, manobra de Kristeller, episiotomia e cesariana) realizadas em mulheres de risco obstétrico habitual que pariram em uma amostra representativa de hospitais brasileiros com 500 ou mais partos/ano.

2 Métodos

Nascer no Brasil foi um estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012.

A amostra foi selecionada em três estágios. O primeiro foi composto por hospitais com 500 ou mais partos/ano em 2007, estratificado pelas cinco macrorregiões do país, localização (capital ou não capital), e por tipo de hospital (privado, público e misto). Em cada estrato os hospitais foram selecionados com probabilidade proporcional ao número de partos/ano. No segundo estágio, um método de amostragem inversa foi utilizado para selecionar o número de dias (mínimo de sete) necessários para alcançar 90 puérperas em cada hospital. O terceiro foi composto pelas puérperas elegíveis – por exemplo, as que tiveram parto hospitalar de um nascido vivo, independentemente da idade gestacional e peso, ou um nascido morto com mais de 500g ou idade gestacional maior ou igual a 22 semanas.

Os pesos amostrais foram baseados na probabilidade inversa de inclusão na amostra. Para assegurar que as estimativas dos totais fossem equivalentes ao número de nascimentos em hospitais com 500 ou mais partos/ano em 2011, um processo de calibração foi usado em cada estrato selecionado. Os resultados apresentados são estimativas para a população de estudo (2.227.476) baseadas na amostra de 23.940 puérperas.

A amostra em cada estrato foi calculada considerando o desfecho cesariana, estimado em 46,6% (dados de 2007), com 5% de significância estatística para detectar diferenças de pelo menos 14% entre os tipos de hospitais (público, misto, privado), com um poder de 95% e efeito de desenho de 1,3, resultando em uma amostra mínima de 450 por estrato e um total de 266 hospitais espalhados em 191 municípios.

Na primeira fase do estudo foram realizadas entrevistas face a face com as puérperas durante a internação hospitalar, e extraídos dados do prontuário da mulher e do recém-nato, utilizando-se formulários eletrônicos. As entrevistas foram conduzidas das primeiras 24 horas após o parto. Dados do prontuário hospitalar foram coletados após a alta (ou óbito). No caso de estadia hospitalar prolongada, os dados do prontuário da mulher foram coletados após 42 dias de hospitalização (após o parto) e para os recém-natos após o 28º dia (período neonatal). No caso de transferência hospitalar da mulher e/ou do recém-nato, os dados foram coletados do hospital, mesmo quando este hospital não fazia parte da amostra dos estabelecimentos de saúde sorteados. Recusas ou altas precoces foram repostas por uma nova seleção de puérpera no mesmo hospital. Cartões de pré-natal, quando disponíveis, foram fotografados e posteriormente os dados

relevantes foram extraídos e digitados em formulário eletrônicos. Entrevistas telefônicas de *follow-up* foram realizadas antes dos seis meses e aos 12 meses após o parto para obter informações sobre desfechos maternos e neonatais. Todo o trabalho de campo foi conduzido por profissionais ou estudantes universitários da área da saúde, com a supervisão do grupo de pesquisa. Informação detalhada sobre o processo de amostragem e coleta de está em outros artigos^{[5],[6]}.

Neste artigo analisamos somente os dados de mulheres de risco obstétrico habitual. Elas foram definidas como mulheres sem história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional, não obesas ($\text{IMC} < 30$), HIV negativas, com idade gestacional entre 37-41 semanas ao nascer, gravidez única, com feto em apresentação cefálica, com peso ao nascer entre 2.500g e 4.499g e entre o 5º e 95º centil de peso ao nascer por idade gestacional. Em analogia a Dahlen et al.^[7], esses fatores neonatais foram considerados como uma *proxy* de risco obstétrico habitual e acredita-se que eles tenham sido capazes de excluir gestantes com outras patologias não incluídas no critério.

No total, a amostra do *Nascer no Brasil* foi de 23.940, das quais 56,8% foram classificadas como risco obstétrico habitual. Na análise do tipo de parto todas com risco obstétrico habitual foram incluídas. Para as intervenções durante o trabalho de parto, as mulheres que não entraram neste procedimento foram excluídas (28,1%), permanecendo na análise 40,8% de todas as mulheres entrevistadas. Finalmente, para intervenções durante o parto vaginal, todas as cesáreas foram excluídas, 45,5%, permanecendo na análise 30,9% de todas as mulheres entrevistadas.

Uma vez que o número de puérperas selecionadas para essa análise foi menor que a amostra total do estudo, um cálculo amostral *post-hoc* foi realizado. Considerando uma prevalência de 50% de puérperas recebendo uma intervenção durante o parto e o nível de significância de 5%, o menor tamanho de amostra utilizada neste artigo (de 6.740 para analisar intervenções durante o parto vaginal) teve um poder de 90% para detectar diferenças de pelo menos 3,5%.

As variáveis de exposição estudadas foram: Região (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-oeste); fonte de pagamento (pública; privada); idade (< 20; 20-34; 35 ou mais); anos de estudos (7 ou menos; 8-10; 11-14; 15 ou mais); cor da pele/raça autorrelatada (segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: branca; preta; parda; amarela; indígena) e número de partos anteriores (0; 1-2; 3 ou mais).

Mulheres com parto em unidades públicas e mulheres com parto em unidades mistas que não foram pagos por plano de saúde foram classificadas como tendo “fonte de pagamento pública”. Mulheres com parto pago por plano de saúde, tendo o parto ocorrido em unidades mistas ou privadas, e mulheres com parto em unidades privadas, independente do parto ter sido pago ou não por plano de saúde, foram classificadas como tendo “fonte de pagamento privada”.

Os desfechos avaliados foram boas práticas e intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto. Nós consideramos como boas práticas: ingestão de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, mobilidade durante o primeiro estágio do trabalho de parto e monitoramento do progresso do trabalho de parto pelo partograma. Outra boa prática é a presença de acompanhante durante todo o período de hospitalização, a qual será objeto de estudo em outro artigo deste mesmo número temático^[8]. Nós consideramos como intervenções durante o trabalho de parto: uso de cateter venoso, ocitocina para aceleração do trabalho de parto, amniotomia (para mulheres com bolsa íntegra na admissão) analgesia raque/epidural; e finalmente como intervenções durante o parto: litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia para parto vaginal, além de cesariana. Informações sobre alimen-

tação durante o trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, mobilidade durante o primeiro estágio do trabalho de parto, uso de cateter venoso, litotomia e manobra de Kristeller foram reportadas pelas puérperas na entrevista. As informações sobre uso de partograma, ocitocina para aceleração do trabalho de parto, aminiotomia, analgesia raqui/epidural e tipo de parto foram coletadas dos prontuários médicos.

Todas as proporções, testes, intervalos de confiança e modelos foram estimados considerando a característica complexa da amostra: estratos, conglomerados e pesos. Modelos de regressão logística múltipla foram desenvolvidos para identificar as características sociodemográficas associadas aos desfechos. Todas as variáveis de exposição foram incluídas além da localização dos hospitais (capital, outras cidades). Essas variáveis foram cuidadosamente escolhidas por representarem diferentes dimensões sociodemográficas com potencial para interferir na incidência dessas práticas. Nós adotamos o nível de significância de 5%. O programa estatístico utilizado foi IBM SPSS, versão 19.0 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos).

Esta pesquisa foi orientada pela *Resolução nº 196/1996* do Conselho Nacional de Saúde, que define as recomendações e procedimentos padrão para pesquisas em seres humanos, tendo sido protocolada no Comitê de Ética em Pesquisa ENSP nº 92/10. Todos os diretores de instituições e todas as puérperas assinaram o consentimento informado.

3 Resultados

Menos de um terço do grupo de risco obstétrico habitual se alimentou durante o trabalho de parto e utilizou procedimentos não farmacológicos para alívio da dor. Aproximadamente 45% delas referiram ter se movimentado durante o trabalho de parto e tiveram o progresso monitorado pelo partograma. Em mais de 70% das mulheres foi realizada a punção venosa periférica, enquanto o uso de ocitocina e a aminiotomia ocorreu em cerca de 40% delas, e a analgesia raqui/epidural em cerca de 30%. Durante o parto, a incidência da posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia foram de 92%, 37% e 56%, respectivamente. Com exceção de alimentar-se durante o trabalho de parto, todas as demais boas práticas obstétricas, bem como as intervenções durante o trabalho de parto e parto, tiveram frequências mais elevadas no grupo de risco obstétrico habitual: ocitocina, amniotomia, manobra de Kristeller e episiotomia. Do total de partos, 48,1% foram vaginais, 5% vaginais sem nenhuma intervenção durante o trabalho de parto e parto (parto normal sem intervenção) e 51,9% cesariana. Considerando-se somente as de risco obstétrico habitual, a taxa de cesárea decresceu para 45,5% e o parto normal sem intervenção aumentou para 5,6% (Tabela 1).

Tabela 1 Incidência de boas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto. Brasil, 2011.

* Valor de p de teste qui-quadrado na comparação entre risco obstétrico habitual e não risco obstétrico habitual;

** Também foram excluídas as mulheres com ruptura espontânea de membranas anterior à hospitalização;

*** Parto vaginal sem qualquer intervenção durante o trabalho de parto e parto.

* Valor de p de teste qui-quadrado na comparação entre risco obstétrico habitual e não risco obstétrico habitual;

** Também foram excluídas as mulheres com ruptura espontânea de membranas anterior à hospitalização;

...					Risco obstétrico habitual (%)	Não risco obst
Para mulheres que entraram em trabalho de parto					...	...
Boas práticas durante o trabalho de parto					...	...
Alimentação					25,6	24,5
Movimentação					46,3	41,1
Procedimentos não farmacológicos para alívio da dor					28,0	24,7
Uso de partograma					44,2	36,9
Intervenções durante o trabalho de parto					...	...
Cateter venoso periférico	73,8	76,7	74,9	0,043		
Ocitocina	38,2	33,3	36,4	0,001		
Analgesia epidural	31,5	37,8	33,9	< 0,001		
Amniotomia **	40,7	36,4	39,1	< 0,001		
Para mulheres com parto vaginal					...	...
Intervenções durante o parto					...	...
Litotomia	91,7	91,8	91,7	0,946		
Manobra de Kristeler	37,3	33,9	36,1	0,017		
Episiotomia	56,1	48,6	53,5	< 0,001		
Para todas as mulheres					...	...
Cesariana	45,5	60,3	51,9	< 0,001		
Parto natural ***	5,6	4,2	5,0	0,845		

*** Parto vaginal sem qualquer intervenção durante o trabalho de parto e parto.

Na Região Sudeste foi mais frequente a prática de alimentação durante o trabalho de parto, enquanto o uso de procedimentos não farmacológicos para alívio da dor e uso de partograma foram menos frequentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. Em contraste, mulheres da Região Sul tiveram maior chance de se movimentarem durante o trabalho de parto quando comparadas às da região Sudeste. Se por um lado, mulheres sem plano de saúde – que realizaram seu parto em hospitais públicos – tiveram maior chance para todas as boas práticas, por outro, a maior escolaridade e a cor da pele/raça não se associaram com nenhuma destas boas práticas. Mulheres mais velhas usaram menos os métodos não farmacológicos para o alívio da dor e trabalho de parto monitorado por partograma, enquanto que todas as boas práticas foram mais frequentes em primíparas, exceto o uso de partograma (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2 Incidência de boas práticas durante o trabalho de parto em mulheres de risco obstétrico habitual, de acordo com características sociodemográficas. Brasil, 2011.

Tabela 3 Odds ratio (OR) brutos e ajustados * para os determinantes sociodemográficos das boas práticas durante o trabalho de parto em mulheres de risco obstétrico habitual. Brasil, 2011.

IC95%: intervalo de 95% de confiança; Ref: referência.

* Modelos ajustados por todas as variáveis apresentadas e pela localização do hospital (capital, não capital);

** Parto pago pelo plano de saúde ou pela própria paciente.

IC95%: intervalo de 95% de confiança; Ref: referência.

* Modelos ajustados por todas as variáveis apresentadas e pela localização do hospital (capital, não capital);

** Parto pago pelo plano de saúde ou pela própria paciente.

...	Alimentação durante o trabalho de parto (%)				Movimentação durante o trabalho
Região	...				...
Norte	18,4				54,2
Nordeste	16,6				39,1
Sudeste	35,7				47,0
Sul	22,0				56,3
Centro-oeste	18,4				45,1
Fonte de pagamento	...				...
Pública	27,2				48,1
Privada	10,4				29,1
Idade (anos)	...				...
10-19	27,3	49,3	31,7	48,1	
20-34	25,7	45,9	27,7	43,6	
≥ 35	18,9	38,9	16,5	35,4	
Anos de estudo	...	...	...	...
≤ 7	21,4	43,2	22,8	41,4	
8-10	26,5	48,1	30,1	48,6	
11-14	29,4	48,4	31,7	45,1	
≥ 15	17,9	37,8	18,0	27,4	
Cor da pele	...	...	...	...
Branca	29,7	48,5	31,5	47,5	
Preta	26,0	46,0	27,5	45,7	
Parda	23,7	45,6	26,3	42,3	
Amarela	26,0	37,4	30,2	40,4	
Indígena	17,5	38,7	23,2	56,3	
Paridade	...	...	...	...
0	28,9	48,3	32,9	44,5	
1-2	23,2	44,2	24,6	45,4	
≥ 3	19,9	45,3	18,4	37,8	
Brasil	25,6	46,3	28,0	44,2	

...	Alimentação durante o trabalho de parto						Movimentação d		
OR bruta	OR ajustada						IC95%		
Região [Ref: Sudeste]	...						...
Norte	0,40						0,39		
Nordeste	0,36						0,36		
Sul	0,51						0,48		
Centro-oeste	0,40						0,38		
Fonte de pagamento ** [Ref: privada]	...						...
Pública	3,23						4,52		
Idade (anos) [Ref: 20-34]	...	...	...	...	...	...	...	...	...
10-19	1,09	1,01	0,85-1,21	1,14	1,10	0,92-1,31	1,21	1,06	0,84-1
≥ 35	0,68	0,83	0,58-1,18	0,75	0,83	0,66-1,04	0,52	0,64	0,43-0
Anos de estudos [Ref: ≥15]	...	...	...	...	...	...	...	...	...
≤ 7	1,25	0,84	0,56-1,26	1,25	0,78	0,57-1,08	1,35	1,08	0,76-1
8-10	1,65	0,92	0,63-1,34	1,52	0,91	0,67-1,23	1,96	1,27	0,93-1
11-14	1,91	1,06	0,71-1,57	1,54	1,02	0,74-1,42	2,11	1,36	1,02-1
Cor da pele [Ref: branca]	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Preta	0,83	0,79	0,59-1,05	0,90	0,92	0,75-1,14	0,83	0,85	0,64-1
Parda	0,73	0,76	0,58-1,00	0,89	0,91	0,79-1,06	0,78	0,89	0,73-1
Amarela	0,83	0,94	0,54-1,62	0,63	0,65	0,42-1,03	0,94	1,16	0,68-1
Indígena	0,50	0,53	0,19-1,43	0,67	0,68	0,32-1,47	0,66	0,80	0,25-2
Paridade [Ref: 1-2)	...	...	...	...	...	...	...	...	...
0	1,35	1,36	1,16-1,58	1,18	1,14	1,02-1,29	1,50	1,49	1,1-2,
≥ 3	0,82	0,97	0,74-1,27	1,05	1,13	0,94-1,36	0,69	0,84	0,66-1

Após o controle por variáveis de confundimento potencial, o uso de ocitocina foi estatisticamente menos frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. Para as mulheres sem plano de saúde o uso de cateter venoso e analgesia raqui/epidural foi menos frequente, enquanto que o uso de ocitocina e amniotomia foi mais frequente. Para as adolescentes, o uso de cateter venoso e analgesia raqui/epidural foi menor do que nas adultas. Nas mulheres com o menor nível de escolaridade (≤ 7 anos de estudos) foi mais frequente o uso de ocitocina (*odds ratio* – OR = 1,53; intervalo de 95% de confiança – IC95%: 1,03-2,28) e amniotomia (OR = 1,98; IC95%: 1,38-2,84) e menos frequente o uso de analgesia raqui/epidural (OR = 0,48; IC95%: 0,32-0,71). Nas primíparas observou-se uma maior frequência do uso de todas as intervenções durante o trabalho de parto, exceto amniotomia, e nas múltiparas foi menor o uso de cateter venoso e analgesia raqui/epidural (Tabelas 4 e 5).

Tabela 4 Incidência de intervenções durante o trabalho de parto em mulheres de risco obstétrico habitual, de acordo com características sociodemográficas. Brasil, 2011.

* Também foram excluídas as mulheres com ruptura espontânea de membranas anterior à hospitalização;

** Parto pago pelo plano de saúde ou pela própria paciente.

* Também foram excluídas as mulheres com ruptura espontânea de membranas anterior à hospitalização;

** Parto pago pelo plano de saúde ou pela própria paciente.

Tabela 5 Odds ratio (OR) brutos e ajustados * para os determinantes sociodemográficos das intervenções durante o trabalho de parto em mulheres de risco obstétrico habitual. Brasil, 2011.

IC95%: intervalo de 95% de confiança; Ref: referência.

...		Cateter venoso periférico (%)			Ocitocina (%)	Analgesia epidural (%)	A
Região		...			...	...	..
Norte		72,1			22,8	28,8	4
Nordeste		71,5			30,9	26,8	3
Sudeste		76,0			47,2	34,9	4
Sul		72,9			46,1	28,7	4
Centro-oeste		73,7			23,7	39,3	3
Fonte de pagamento **		...			...	...	..
Pública	72,8	39,5	27,1	42,4			
Privada **	83,2	25,8	73,7	27,1			
Idade (anos)		...	...	...
10-19		73,0	41,4	27,3	46,5		
20-34		74,0	37,4	32,2	39,2		
≥ 35		74,8	34,5	39,7	34,3		
Anos de estudo		...	...	...
≤ 7		70,4	37,0	21,5	46,1		
8-10		73,0	41,9	28,2	41,8		
11-14		76,6	37,9	37,8	37,9		
≥ 15		79,5	24,7	67,5	24,0		
Cor da pele		...	...	...
Branca		74,8	41,5	37,3	37,8		
Preta		71,8	37,6	27,0	40,5		
Parda		73,8	37,1	29,2	42,1		
Amarela		74,5	24,8	39,8	41,4		
Indígena		54,3	31,7	26,6	57,4		
Paridade		...	...	...
0		78,1	40,0	37,8	41,5		
1-2		70,9	37,0	28,0	40,0		
≥ 3	65,0	34,7	15,3	40,0			
Brasil	73,8	38,2	31,5	40,7			

...	Cateter venoso periférico			Ocitocina		Analgesia epidural		Amniotomia **		
OR bruta				OR ajustada		IC95%		OR bruta		
Região [Ref: Sudeste]	...			...		...		...
Norte	0,82			0,94		0,57-1,57		0,33		
Nordeste	0,79			0,82		0,55-1,21		0,50		
Sul	0,85			0,87		0,58-1,29		0,96		
Centro-oeste	0,88			0,94		0,57-1,54		0,35		
Fonte de pagamento *** [Ref: privada)	...			...		...		...
Pública	0,54			0,59		0,41-0,83		1,88		
Idade (anos) [Ref: 20-34]	...			...		...		...
10-19	0,95			0,77		0,64-0,93		1,18		
≥ 35	1,05			1,21		0,94-1,57		0,88		
Anos de estudo [Ref: ≥ 15]	...			...		...		...
≤ 7	0,61			1,08		0,76-1,53		1,79		
8-10	0,70			1,08		0,76-1,53		2,20		
11-14	0,84			1,11		0,75-1,64		1,86		
Cor da pele [Ref: branca)	...			...		...		...
Preta	0,86			0,95		0,71-1,26		0,85		
Parda	0,95			1,05		0,81-1,35		0,83		
Amarela	0,99			1,04		0,61-1,78		0,46		
Indígena	0,40			0,47		0,22-1,00		0,65		
Paridade [Ref: 1-2]	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
0	1,46	1,63	1,38-1,93	1,13	1,16	1,00-1,33	1,56	1,77	1,5-2,08	1,07
≥ 3	0,76	0,76	0,62-0,93	0,90	1,00	0,83-1,20	0,46	0,55	0,4-0,73	1,00

* Modelos ajustados por todas as variáveis apresentadas e pela localização do hospital (capital, não capital);

** Também foram excluídas as mulheres com ruptura espontânea de membranas anterior à hospitalização;

*** Parto pago pelo plano de saúde ou pela própria paciente.

IC95%: intervalo de 95% de confiança; Ref: referência.

* Modelos ajustados por todas as variáveis apresentadas e pela localização do hospital (capital, não capital);

** Também foram excluídas as mulheres com ruptura espontânea de membranas anterior à hospitalização;

*** Parto pago pelo plano de saúde ou pela própria paciente.

Nas Tabelas 6 e 7, descrevemos a incidência e os determinantes das intervenções durante o parto. A litotomia foi mais frequente na Região Centro-oeste e menos frequente nas mulheres que se declararam pretas. A manobra de Kristeller foi mais frequente na Região Centro-oeste, nas mulheres mais velhas e nas primíparas, e a episiotomia foi muito mais frequente na Região Centro-oeste e em primíparas, e um pouco menor nas mulheres de baixa escolaridade.

Tabela 6 Incidência de intervenções durante o parto em mulheres de risco obstétrico habitual, de acordo com características sociodemográficas. Brasil, 2011.

* Parto pago pelo plano de saúde ou pela própria paciente.

* Parto pago pelo plano de saúde ou pela própria paciente.

Tabela 7 Odds ratio (OR) brutos e ajustados * para os determinantes sociodemográficos das intervenções durante o parto em mulheres de risco habitual. Brasil, 2011.

IC95%: intervalo de 95% de confiança; Ref: referência.

...	Litotomia (%)		Manobra de Kristeler (%)		Episiotomia (%)	Cesariana (%)
Região	...		...		...	...
Norte	90,3		33,9		48,6	43,3
Nordeste	89,2		40,6		52,5	44,8
Sudeste	92,0		36,1		56,7	44,7
Sul	95,3	32,3	62,9	49,1		
Centro-oeste	97,3	45,5	69,2	50,2		
Fonte de pagamento *	...	...	...	...
Pública	92,0	37,3	55,5	35,6		
Privada *	86,7	37,9	67,1	85,0		
Idade (anos)	...	...	...	...
10-19	91,6	43,5	69,5	31,7		
20-34	91,7	35,2	52,3	47,6		
≥ 35	91,8	34,4	40,0	63,2		
Anos de estudo	...	...	...	...
≤ 7	91,1	36,4	47,4	30,3		
8-10	92,3	37,1	57,7	36,7		
11-14	92,0	38,3	61,9	52,8		
≥ 15	92,2	40,0	74,1	83,0		
Cor da pele	...	...	...	...
Branca	93,4	34,0	60,7	55,1		
Preta	87,7	38,4	52,1	34,3		
Parda	91,5	38,5	54,8	41,6		
Amarela	90,7	44,1	55,7	46,8		
Indígena	97,6	38,3	45,8	24,1		
Paridade	...	...	...	...
0	91,6	49,6	74,6	49,2		
1-2	92,2	28,4	46,7	44,8		
≥ 3	89,9	22,4	18,8	28,5		
Brasil	91,7	37,3	56,1	45,5		

...		Litotomia		Manobra de Kristeler			Episiotomia			Cesariana				
OR bruta		OR ajustada		IC95%			OR bruta			OR ajustada		IC95%	OR bruta	
Região [Ref: Sudeste)				...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Norte				0,81	0,86	0,17-4,30	0,91	1,04	0,67-1,59	0,72	0,97	0,88	0,88	0,88
Nordeste				0,72	0,72	0,37-1,39	1,21	1,15	0,88-1,51	0,84	0,88	0,88	0,88	0,88
Sul				1,76	1,49	0,86-2,58	0,85	0,81	0,59-1,11	1,30	1,27	1,30	1,27	1,30
Centro-oeste				3,12	3,45	1,60-7,43	1,48	1,83	1,21-2,75	1,72	2,43	1,72	2,43	1,72
Fonte de pagamento [Ref: sim]				...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Não				1,76	2,10	0,63-7,00	0,97	0,90	0,54-1,49	0,61	0,75	0,61	0,75	0,61
Idade (anos) [Ref: 20-34]				...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
10-19				0,98	0,90	0,66-1,25	1,42	0,78	0,64-0,96	2,08	1,10	2,08	1,10	2,08
≥ 35				1,01	1,06	0,71-1,59	0,97	1,43	1,08-1,89	0,61	1,03	0,61	1,03	0,61
Anos de estudo [ref: ≥15]				...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
≤ 7				0,86	0,74	0,31-1,75	0,86	1,17	0,77-1,77	0,31	0,48	0,31	0,48	0,31
8-10				1,01	0,80	0,34-1,87	0,89	1,04	0,67-1,61	0,48	0,52	0,48	0,52	0,48
11-14				0,96	0,77	0,38-1,56	0,93	0,92	0,59-1,44	0,57	0,55	0,57	0,55	0,57
Cor da pele [Ref: branca)				...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Preta				0,50	0,57	0,35-0,92	1,21	1,17	0,87-1,56	0,70	0,77	0,70	0,77	0,70
Parda				0,76	0,82	0,52-1,29	1,22	1,18	0,94-1,47	0,78	0,87	0,78	0,87	0,78
Amarela				0,69	0,69	0,23-2,10	1,53	1,43	0,76-2,68	0,81	0,76	0,81	0,76	0,81
Indígena				2,84	3,70	0,63-21,78	1,20	1,37	0,59-3,18	0,55	0,68	0,55	0,68	0,55
Paridade [Ref: 1-2]				...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
0	0,92	1,04	0,82-1,32	2,48	2,97	2,49-3,54	3,35	3,54	2,80-4,49	1,19	1,29	1,16	1,29	1,16
≥ 3	0,75	0,72	0,47-1,12	0,73	0,58	0,46-0,72	0,26	0,27	0,21-0,35	0,49	0,65	0,54	0,65	0,54

* Modelos ajustados por todas as variáveis apresentadas e pela localização do hospital (capital, não capital).

IC95%: intervalo de 95% de confiança; Ref: referência.

* Modelos ajustados por todas as variáveis apresentadas e pela localização do hospital (capital, não capital).

A Região Centro-oeste registrou a maior incidência de cesariana (50,2%), que também se verificou na Região Norte (OR = 1,69; IC95%: 1,14-2,51). Após o controle por variáveis confundidoras potenciais, as mulheres mais velhas (> 35 anos) e primíparas também tiveram maior chance de realizar uma cesariana. Mulheres sem plano de saúde, adolescentes, nas categorias mais baixas de escolaridade (< 7 anos de estudo), não brancas (exceto as amarelas) e múltiparas, tiveram menos chances de realizar uma cesariana (Tabelas 6 e 7).

4 Discussão

Neste artigo utilizou-se um critério abrangente para a definição das gestações de risco habitual. Visou-se a excluir qualquer situação de risco que pudesse justificar a utilização de intervenções durante o trabalho de parto e o parto.

O uso das boas práticas (alimentação durante o trabalho de parto, movimentação durante o primeiro estágio de trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e monitoramento da evolução do trabalho de parto com partograma) apresentou prevalência variada e, de um modo geral, com valores que não alcançavam 50% das gestantes, sendo mais frequente no grupo de baixo risco. Por outro lado, as intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto apresentaram prevalência elevada, sendo a litotomia e o uso de cateter venoso os mais frequentes.

O Brasil é conhecido mundialmente pela elevada incidência de cesarianas, o que foi confirmado neste artigo que mostrou uma proporção de 45,5% em mulheres de risco obstétrico habitual. Entretanto, também se observou que as intervenções médicas foram excessivas sobre o trabalho de parto e o parto vaginal, tendo apenas 5,6% das parturientes de risco habitual e 3,2% das primíparas nesse grupo (dados não mostrados) dado à luz de forma natural, sem qualquer tipo de intervenção na fisiologia do trabalho de parto. Na Austrália, país onde as intervenções sobre o parto também vêm aumentando nas últimas décadas, 15% das mulheres pariram de forma natural no sistema privado e 35% no sistema público de saúde^[7]. Já no Reino Unido, o parto natural correspondeu a 41,8 % do total de nascimentos em 2011, sendo 97% deles em instituições dos serviços públicos de saúde^[9].

Deve-se ressaltar que a frequência das intervenções foi maior em mulheres de risco habitual, exceto o uso de cateter venoso, analgesia obstétrica e cesariana, demonstrando que, em grande parte, foram desnecessárias e cumpriram o papel de repetição de uma rotina que parece não considerar nem a demanda clínica das pacientes nem as evidências científicas do campo.

O modelo de atenção ao parto com uso excessivo de intervenções não encontra respaldo em estudos internacionais. A episiotomia foi observada em mais de 50% das mulheres deste estudo e em quase 75% das primíparas. A prática da episiotomia se incorporou à rotina da assistência ao parto desde o início do século passado com a intenção de reduzir o dano causado pela laceração natural do perineo, reduzir o risco de uma posterior incontinência urinária e fecal, e proteger o neonato do trauma do parto. Essa prática foi incorporada à rotina da assistência obstétrica sem que nenhum trabalho que avaliasse seus riscos e benefícios tivesse sido realizado.

Contudo, estudos controlados demonstram que a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal^[10]. Por essas razões, as novas diretrizes clínicas, baseadas em estudos adequadamente desenhados para essa avaliação, desestimulam o seu uso rotineiro na assistência obstétrica^[11].

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa de episiotomia seja entre 10% e 30%^[1]. No Canadá, as taxas de episiotomia apresentaram uma redução de 38% para 24% no período de 1993 a 2001^[12]; na Finlândia, de 42% em 1997 para 25% em 2009^[10]; na França, em primíparas diminuiu de 71% em 2003 para 44% em 2010, e em múltiparas de 36% para 14%^[13]; e nos Estados Unidos, em mulheres de parto vaginal e gestação única foi de 17% em 2012^[14].

Durante o parto, a posição de litotomia foi uma regra, alcançando mais de 90% das parturientes de risco habitual, apesar dos benefícios das posições verticalizadas para a mulher e para o feto^[15].

No nosso estudo, verificou-se que a infusão de ocitocina e ruptura artificial da membrana amniótica foi uma técnica muito utilizada para provocar a aceleração do trabalho de parto. Ambas ocorreram em cerca de 40% das mulheres de risco habitual, sendo mais frequente nas mulheres do setor público, de mais baixa escolaridade. Foi também bastante elevada a taxa de manobra de Kristeller nos partos vaginais, de 37%. A ocitocina e a amniotomia têm sido utilizadas para o que se denomina “manejo ativo do parto”, visando à redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto e da taxa de parto instrumental^{[16],[17],[18]}. As revisões sistemáticas da Cochrane apontam uma redução modesta do número de cesarianas quando o manejo ativo do trabalho de parto é implementado, entretanto, reconhece-se que os benefícios desta pequena redução deve ser ponderado contra os riscos de intervenções em mulheres de risco habitual, requerendo

novos trabalhos^{[19],[20],[21]}. Para a manobra de Kristeller^[22], estudos não conseguiram demonstrar os benefícios desta prática, tendo uma forte recomendação de evitá-la como uso rotineiro.

Uma questão-chave que tem sido levantada na literatura científica é a relação entre a analgesia epidural e intervenções no nascimento. Existem evidências fortes de que a analgesia epidural se associa ao aumento no risco de parto instrumental^[23]. Apesar de uma revisão sistemática recente da Cochrane que compara analgesia epidural com outros métodos analgésicos não ter encontrado evidência de diferença estatisticamente significativa para o risco de cesariana, há sugestões de que altas taxas de *cross-over* nos ensaios clínicos podem mascarar uma real associação entre analgesia peridural e cesariana^[24]. Um artigo de Kotska et al.^[25] e um editorial de Klein^[26] argumentam que essa revisão tem pouca validade externa e que existem evidências suficientes para sugerir que a analgesia epidural, associada a baixas doses de ocitocina para a aceleração do trabalho de parto, aumentam as taxas de cesariana. O único ensaio clínico randomizado não contaminado que demonstrou essa associação entre epidural e cesariana foi publicado 16 anos atrás^[27]. Esse pequeno ensaio clínico mostrou que as mulheres primíparas alocadas no grupo para receber a epidural, tiveram uma chance 11,4 vezes maior de terem uma cesariana devido à distócia do que as mulheres alocadas para receberem analgesia narcótica. O estudo foi interrompido com base na falta de ética em se continuar a randomizar as mulheres para receberem a epidural. A analgesia epidural também se associa com um aumento na taxa de indução ou aceleração do trabalho de parto^[28] e com o uso de antibióticos para febre materna^[29].

As recomendações atuais da OMS e do Ministério da Saúde brasileiro para o manejo do trabalho de parto incluem a oferta de líquidos; o estímulo à adoção de posições verticalizadas e à liberdade de movimentação, buscando aumentar o conforto materno e facilitar a progressão do trabalho de parto; e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, tais como banho de aspersão ou imersão em água quente, massagens e outros. Essas são tecnologias acessíveis, não invasivas e de baixo custo, sendo possíveis de serem ofertadas por todos os serviços de saúde^{[1],[30],[31]}.

Revisões sistemáticas indicam os benefícios das práticas, avaliadas neste estudo, para a atenção ao parto de risco obstétrico habitual. A adoção de posições verticalizadas durante a primeira fase do trabalho de parto, verificada neste trabalho como liberdade de movimentação da gestante durante este período, reduz o tempo de trabalho de parto e não parece estar associada com o aumento da intervenção ou efeitos negativos sobre o bem-estar das mães e bebês^{[32],[33]}. Também não existem evidências que apoiem a restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto para as mulheres com baixo risco de complicações^[34]. Já os métodos não farmacológicos para alívio da dor são métodos não invasivos e parecem ser seguros para a mãe e o bebê. Embora as evidências disponíveis não permitam a recomendação do uso rotineiro do partograma como estratégia para a redução de cesarianas e de desfechos negativos, devendo seu uso ser definido localmente, estudos conduzidos em países de menor desenvolvimento econômico mostraram menor proporção de cesarianas associadas ao uso do partograma, e identificação precoce de gestantes com progressão lenta do trabalho de parto^[35].

A menor prevalência de boas práticas foi verificada nas regiões Norte e Nordeste, áreas menos desenvolvidas do país. Nessas regiões, a frequência de algumas intervenções também foi menor, o que não significa necessariamente a adoção de um modelo menos intervencionista e mais “natural”. É provável que esses dados sejam mais o reflexo de uma prática de abandono das mulheres à própria

sorte do que um modelo humanizado de atendimento, já que todas as boas práticas apresentaram menor frequência nessas regiões e os indicadores obstétricos e perinatais são os piores do país.

Mulheres atendidas pelo setor público apresentaram as maiores frequências de boas práticas e menor frequência de uso de acesso venoso. Esses resultados são provavelmente decorrentes dos esforços feitos pelo Ministério da Saúde para a promoção do parto humanizado e normal, por meio da divulgação de manuais técnicos, publicação de portarias, qualificação dos profissionais de saúde e adequação da ambiência do parto^{[3], [36]}. Como o instrumento utilizado não permitiu a identificação de mulheres que tiveram parto pago por desembolso direto, é possível que algumas mulheres atendidas em unidades mistas, e que foram classificadas como tendo financiamento público da assistência, tenham pago pela assistência de seu parto. Como essas mulheres apresentaram características socioeconômicas muito semelhantes a das mulheres atendidas em unidades públicas, é provável que esse erro de classificação tenha ocorrido em poucos casos. Como se trata de erro de classificação não-diferencial em relação aos desfechos estudados, espera-se que tenha ocorrido atenuamento da magnitude das associações observadas.

Por outro lado, a persistência do uso de intervenções dolorosas e desnecessárias, tais como a episiotomia e a manobra de Kristeller, demonstra que melhorias ainda são necessárias. O uso de ocitocina durante o trabalho de parto também foi mais frequente entre as usuárias do setor público e nas gestantes de menor escolaridade, os mesmos grupos que apresentaram menor frequência do uso de analgesia obstétrica, reforçando a prática do parto doloroso, que pode trazer como consequência o temor do parto vaginal e o aumento do prestígio da cesariana entre as mulheres brasileiras.

Um trabalho de avaliação da satisfação do parto de mulheres que participaram da pesquisa *Nascer no Brasil*^[37], verificou menores níveis de satisfação e maiores níveis de violência entre as mulheres que entraram em trabalho de parto. Todos os aspectos associados à relação do profissional com a gestante estiveram significativamente associados à satisfação, mostrando que as mulheres valorizam muito a forma como foram atendidas. O descaso com as gestantes no setor público de saúde tem sido amplamente divulgado pela imprensa leiga e mesmo pela ouvidoria do Ministério da Saúde, que encontrou um percentual de 12,7% das mulheres referindo terem sido submetidas a tratamentos desrespeitosos, tais como ser mal atendidas, não serem ouvidas ou mesmo sofrerem agressões verbais e físicas^[38]. Esses dados demonstram que não basta a modificação das práticas assistenciais se estas não forem acompanhadas de mudanças na relação entre profissionais e usuárias.

Neste estudo, todas as boas práticas e intervenções foram mais frequentes em primíparas, que costumam ter um trabalho de parto mais longo. Verificou-se também que essas mulheres, em comparação às múltíparas, foram com mais frequência admitidas precocemente, com três ou menos centímetros de dilatação (dados não mostrados), ficando mais expostas às rotinas hospitalares. As intervenções sofridas, tais como episiotomia, manobra de Kristeller e cesariana, dão início a uma história reprodutiva marcada por cicatrizes e perda da integridade do tecido perineal e uterino.

Mulheres com maior escolaridade e aquelas com parto financiado pelo setor privado, também apresentaram proporção mais elevada de cesariana, de uso de analgesia e de realização de episiotomia, embora tenham sido menos expostas ao uso de ocitocina. Outros autores já demonstraram a valorização da intervenção, em especial das cesarianas, como um bom padrão de atendimento^[39].

A análise por cor/raça não mostrou um padrão definido. De um modo geral, as puérperas amarelas foram mais parecidas com as brancas, e as indígenas e pardas mais parecidas com as pretas. Uma possível explicação para a falta de qualquer padrão pode ser a subjetividade da classificação da cor/raça que foi autorreferida.

Todas as boas práticas foram mais frequentes nas mulheres de risco habitual. Surpreendentemente, as intervenções também o foram, com exceção do uso de cateter venoso e analgesia peridural. De todas as intervenções a cesariana foi a que mostrou maior diferença entre os grupos de risco, sendo ainda assim muito elevada no grupo de risco habitual, composto por gestantes sem as condições que mais frequentemente justificam a indicação de cesárea.

É conhecido que a prevalência de cesáreas no Brasil é a mais alta do mundo, ficando próxima dos valores da China (46,2%), Turquia (42,7%), México (42%), Itália (38,4%) e Estados Unidos (32,3%) e muito superior à Inglaterra (23,7%), França (20%) e Finlândia (15,7%)^[40].

As taxas de cesariana foram muito menos frequentes no setor público, nas mulheres menos escolarizadas e nas não brancas, repetindo um padrão conhecido no Brasil^{[41],[42]} e em outros países^{[7],[8]}, mostrando que o excesso de cesáreas acomete principalmente as mulheres brasileiras de mais alto padrão de escolaridade, alcançando 89,9% no setor privado de saúde.

São conhecidos os prejuízos da cesariana para a mãe e o recém-nascido. Um estudo multicêntrico realizado em uma amostra de hospitais de oito países da América Latina^[44] avaliou os riscos e benefícios da cesárea em relação ao parto vaginal, e concluiu que na apresentação cefálica a cesárea aumentou o risco de morbidade grave e mortalidade materna e neonatal.

Resultados semelhantes foram encontrados por Souza et al em 2010^[45] em um trabalho que incluiu, além da América Latina, países da África e Ásia, levando os autores a concluir que a cesárea deve ser realizada quando for identificado um benefício que compense os custos e riscos adicionais desta cirurgia.

Hansen et al.^[46], estudando a coorte de Aarhus, verificaram que os nascidos de cesárea eletiva, quando comparados com os nascidos de parto vaginal, apresentaram risco mais elevado de morbidade respiratória leve e grave, que aumentava à medida que diminuía a idade gestacional. Os resultados sugeriram que o trabalho de parto cumpre uma função importante na maturação pulmonar da criança^[46].

A cesariana também é um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento subsequente de uma placentação anormal^[47]. Os resultados da análise da base de dados da Universidade de Chicago mostraram que a elevação da prática de cesariana foi um dos fatores associados ao aumento de cinco vezes na taxa de placenta prévia^[48].

Dentro do país, a análise por região geográfica mostrou taxa mais elevada de cesariana na Região Centro-oeste e mais baixa na Região Norte. Entretanto, após a regressão logística, a Região Norte inverteu a posição e apresentou a maior OR de todas as regiões, mostrando que a chance de uma gestação resultar em uma cesariana foi maior do que em qualquer outro local do país. Essa modificação, após ajuste para as demais variáveis do modelo, foi decorrente da menor cobertura por planos de saúde na Região Norte e da maior taxa de cesariana nos serviços desta região, tanto nos públicos quanto nos privados (taxa de cesáreas duas vezes e meia maior que no serviço público).

Após controle de variáveis intervenientes, um dado surpreendente foi a menor chance de cesárea na Região Sudeste, a mais rica e que tem as mais elevadas proporções de população com seguro privado de saúde. Esse achado pode refletir o início de uma reversão do modelo “cesarista” e de excessivas intervenções,

pois nessa região foi também maior a frequência de boas práticas obstétricas e é onde são mais intensos os movimentos de ativistas do parto normal, profissionais de saúde e das mulheres em favor do parto humanizado.

Um dos aspectos mais impressionantes da prática obstétrica brasileira é a pressa em provocar o nascimento das crianças, sem respeito à autonomia das mulheres no processo de parturição. O controle do tempo e a imposição da dinâmica do trabalho de parto e parto explicam o índice excessivo de intervenções, incluindo as cesarianas, fazendo com que a assistência ao parto no Brasil seja focada na decisão do médico e não na dinâmica do corpo da mulher. Esse processo inicia durante a atenção pré-natal quando as mulheres não são informadas sobre as boas práticas e cuidados obstétricos adequados, sobre os benefícios do parto vaginal, e não são preparadas para conduzir o seu parto. No hospital, esse processo tem continuidade com a imposição de uma cascata de intervenções que não se baseiam em evidência científica e produzem um parto ruim.

Não é fácil interpretar os dados brasileiros, dada a extensão geográfica e diversidade do país, mas as diferenças significativas nas taxas de cesáreas entre as regiões geográficas, mais altas na Região Norte e mais baixas na Região Sudeste, levam à hipótese de movimentos contraditórios de expansão e retração do modelo de intervenção obstétrica aqui apresentado. Por se tratar de um estudo transversal, os dados mostrados não permitem fazer análises temporais e de tendência, apenas constatar as diferenças entre as áreas geográficas e os grupos de mulheres.

Em conclusão, as mulheres brasileiras de todos os grupos socioeconômicos e de risco obstétrico habitual estão sendo desnecessariamente expostas aos riscos de iatrogenia no parto. Muitas intervenções desnecessárias foram realizadas, principalmente nas mulheres de grupos socioeconômicos mais elevados, as quais podem estar mais propensas a sofrer os efeitos adversos do uso da tecnologia médica.

Para as mulheres socioeconomicamente desfavorecidas houve uma maior utilização de procedimentos dolorosos, como a aceleração do trabalho de parto e de baixo uso de analgesia obstétrica. Por outro lado, esses grupos tinham mais acesso às boas práticas no trabalho de parto e parto. Empoderar as mulheres e promover o uso de cuidados baseados em evidências são estratégias para cultivar o parto humanizado, principalmente para reduzir as desigualdades entre os ricos e os pobres.

Finalmente, para melhorar ainda mais o padrão de saúde das mães e crianças, o SUS brasileiro precisa, urgentemente, melhorar o modelo de assistência obstétrica, tanto no setor privado quanto no público, promover práticas baseadas em evidências e aprimorar a qualidade de vida e saúde da sua população.

Agradecimentos Aos coordenadores regionais e estaduais, supervisores, entrevistadores e equipe técnica do estudo, e às mães participantes que tornaram este estudo possível.

Referências

- 1 World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1996.
- 2 Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet 2011; 377:1863-76.

- 3 Ministério da Saúde. Manual técnico pré-natal e puerpério – atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A Normas e Manuais Técnicos/Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 5).
- 4 Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet* 2005; 365:847-54.
- 5 do Carmo Leal M, da Silva AA, Dias MA, da Gama SG, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health* 2012; 9:15.
- 6 Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schi-lithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra *Nascer no Brasil*. Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:49-58.
- 7 Dahlen HG, Tracy S, Tracy M, Bisits A, Brown C, Thornton C. Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. *BMJ Open* 2012; 2(5). pii: e001723.
- 8 Diniz CSG, d’Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa *Nascer no Brasil*. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:140-53.
- 9 Health & Social Care Information Centere. NHS Maternity Statistics, England, 2011-2012: summary report. London: Health & Social Care Information Centre; 2012.
- 10 Raisanen S, Vehvilainen-Julkunen K, Gisler M, Heinonen S. A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 115:26-30.
- 11 Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (1):CD000081.
- 12 Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth* 2005; 32:219-23.
- 13 Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French National Perinatal Surveys. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2012; 41: e1-e15.
- 14 Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich A. Listening to mothers III: pregnancy and childbirth. New York: Childbirth Connection; 2013.
- 15 Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women Birth* 2012; 25:100-6.
- 16 Schmitz T, Meunier E. Mesures à prendre pendant le travail pour réduire le nombre d’extractions instrumentales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2008; 37 Suppl 8:179-87.

- 17 Api O, Balcin ME, Ugurel V, Api M, Turan C, Unal O. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88:320-4.
- 18 Matsuo K, Shiki Y, Yamasaki M, Shimoya K. Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 280:781-6.
- 19 Wei S, Wo BL, Qi HP, Xu H, Luo ZC, Roy C, et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 9:CD006794.
- 20 Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. WITHDRAWN: Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (3):CD000015.
- 21 Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (4):CD004907.
- 22 Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (4):CD006067.
- 23 Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (4):CD000331.
- 24 Lieberman E. Epidemiology of epidural analgesia and cesarean delivery. *Clin Obstet Gynecol* 2004; 47:317-31.
- 25 Kotaska AJ, Klein MC, Liston RM. Epidural analgesia associated with low-dose oxytocin augmentation increases cesarean births: a critical look at the external validity of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:809-14.
- 26 Klein MC. Does epidural analgesia increase rate of cesarean section? *Can Fam Physician* 2006; 52: 419-21.
- 27 Thorp JA, Hu DH, Albin RM, McNitt J, Meyer BA, Cohen GR, et al. The effect of intrapartum epidural analgesia on nulliparous labor: a randomized, controlled, prospective trial. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169:851-8.
- 28 Mayberry LJ, Strange LB, Suplee PD, Gennaro S. Use of upright positioning with epidural analgesia: findings from an observational study. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2003; 28:152-9.
- 29 Goetzel L, Cohen A, Frigoletto Jr. F, Lang JM, Lieberman E. Maternal epidural analgesia and rates of maternal antibiotic treatment in a low-risk nulliparous population. *J Perinatol* 2003; 23:457-61.
- 30 Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 31 Ministerio de Sanidad y política Social de España. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social de España; 2010.

- 32 Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 5:CD002006.
- 33 Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (2):CD003934.
- 34 Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (1):CD003930.
- 35 Lavender T, Hart A, Smyth RM. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8:CD005461.
- 36 Brasil. Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 27 jun.
- 37 d'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Publica* 2014; 30 Suppl:154-68.
- 38 Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS entre maio de 2012 e fevereiro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 39 Behague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002; 324:942-5.
- 40 Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a glance 2011*. Paris: OECD Publishing; 2011.
- 41 Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:101-16.
- 42 Barros AJ, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC, et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal caesarean sections for the better-off. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:635-43.
- 43 Barbadoro P, Chiatti C, D'Errico MM, Di Stanislao F, Prospero E. Caesarean delivery in South Italy: women without choice. A cross sectional survey. *PLoS One* 2012; 7:e43906.
- 44 Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007; 335:1025.
- 45 Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med* 2010; 8:71.

- 46 Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ* 2008; 336:85-7.
- 47 Lee YM, D'Alton ME. Cesarean delivery on maternal request: the impact on mother and newborn. *Clin Perinatol* 2008; 35:505-18.
- 48 Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:1458-61.