



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

YARA NAYÁ LOPES DE ANDRADE GOIABEIRA

**AUSÊNCIA DO ACOMPANHANTE EM TEMPO INTEGRAL E SEU EFEITO NA
OCORRÊNCIA DE INTERVENÇÕES DESNECESSÁRIAS NO PRÉ-PARTO E
PARTO EM MATERNIDADES BRASILEIRAS VINCULADAS À REDE CEGONHA**

São Luís
2021

YARA NAYÁ LOPES DE ANDRADE GOIABEIRA

**AUSÊNCIA DO ACOMPANHANTE EM TEMPO INTEGRAL E SEU EFEITO NA
OCORRÊNCIA DE INTERVENÇÕES DESNECESSÁRIAS NO PARTO EM
MATERNIDADES BRASILEIRAS VINCULADAS À REDE CEGONHA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Rejane Christine de Sousa Queiroz

Coorientadora: Profa. Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

São Luís
2021

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Goiabeira, Yara Nayá Lopes de Andrade.

Ausência do acompanhante em tempo integral e seu efeito na ocorrência de intervenções desnecessárias no parto em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha / Yara Nayá Lopes de Andrade Goiabeira. - 2021.

141 f.

Coorientador(a): Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz.

Orientador(a): Rejane Christine de Sousa Queiroz.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/cchs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

1. Acompanhante de Paciente. 2. Assistência ao parto. 3. Boas práticas. 4. Política de saúde. 5. Serviços de Saúde Materno-Infantil. I. Queiroz, Rejane Christine de Sousa. II. Thomaz, Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca. III.

Yara Nayá Lopes de Andrade Goiabeira

**AUSÊNCIA DO ACOMPANHANTE EM TEMPO INTEGRAL E SEU EFEITO NA
OCORRÊNCIA DE INTERVENÇÕES DESNECESSÁRIAS NO PARTO EM
MATERNIDADES BRASILEIRAS VINCULADAS À REDE CEGONHA**

Tese aprovada em 28 de dezembro de 2021 pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Rejane Christine de Sousa Queiroz

Orientadora

Doutora em Saúde Pública/FIOCRUZ

Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Coorientadora

Doutora em Saúde Pública/UFBA

Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Lihsieh Marrero

Examinadora externa

Doutora em Enfermagem/UFSC

Universidade do Estado do Amazonas

Profa. Dra. Adriana Gomes Nogueira

Examinadora externa

Doutora em Enfermagem/UFC

Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy

Examinadora Interna

Doutora em Saúde da Criança e da Mulher/IFF/FIOCRUZ

Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Vanda Maria Ferreira Simões

Examinadora Interna

Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente /USP

Universidade Federal do Maranhão

Ao Majestoso Deus, por abençoar meus caminhos e me amparar nos momentos difíceis.

Aos meus pais, José Barroso de Andrade e Antônia Delza Lopes Coelho, pelo encorajamento, direcionamento e dedicação destinada ao meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu esposo, Robson Goiabeira, pelo companheirismo e compreensão, por ser abrigo e inspiração de força e coragem.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus da minha vida, que me proporcionou a realização desta grande conquista acadêmica. Ele me sustentou em momentos difíceis e sombrios, e me ajudou a superar todas as dificuldades que surgiram no caminho. Sem Ele eu nada seria.

Aos meus pais, José Barroso de Andrade e Antônia Delza Coelho Lopes, que não mediram esforços para a minha trajetória educacional. Vocês foram responsáveis pela formação do meu caráter e são meus maiores exemplos de vida, força, dedicação e disciplina.

Aos meus familiares pelas orações e apoio nos momentos mais difíceis desta jornada, acreditando sempre em minha vitória.

À minha tia-mãe Antônia Lopes do Carmo, minha rainha e principal apoiadora a quem serei eternamente grata.

Ao meu esposo Robson Silva Goiabeira, que foi e sempre será minha fonte de inspiração e superação, por compreender minhas ausências durante esse processo, por me apoiar e não me deixar desanimar, mesmo em meio às dificuldades.

Aos amigos Antônio Ferreira, Thyago Ferreira, Anderson Nascimento, Jairo Nascimento, Jocélia Ribeiro e Tâmile Vieira, por estarem sempre presentes em minha vida e ajudarem a tornar essa caminhada mais alegre.

À minha orientadora Profa. Dra. Rejane Christine Queiroz e Coorientadora Profa. Dra. Erika Thomaz, pelo fundamental direcionamento na construção deste trabalho, pela paciência, disponibilidade, encorajamento, compreensão das minhas dificuldades e limitações, e confiança destinada a mim para realizar o presente estudo.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), pelo conhecimento partilhado, competência, dedicação ao aprimoramento do programa e ao desenvolvimento científico e social da profissão.

A todos os colaboradores do PPGSC, pelo profissionalismo, zelo e empenho em solucionar as demandas necessárias para um excelente funcionamento das atividades desenvolvidas pelos docentes e discentes.

À Universidade Federal do Maranhão, que foi minha casa durante esses quatro longos anos, pelo ensino gratuito e de qualidade.

Aos meus colegas da turma de Doutorado 2018/2022, que fizeram parte desta caminhada e despertaram em mim o sentimento de perseverança e certeza que nossos sonhos dependem unicamente de nosso esforço e o quanto desejamos realizá-los.

Em especial, gostaria de agradecer a Ana Carolina Pinheiro, Elisa Miranda, Tamires Barradas e João Ferreira Júnior por compreender minhas inseguranças e limitações sobre análises estatísticas e pela tamanha paciência e presteza em compartilhar seus conhecimentos, possibilitando a realização deste trabalho. Aos amigos Cleber Campelo, Leonel Smith, Luciana Albuquerque e Luciana Batalha, pelo acolhimento, conselhos e companheirismo em todos os momentos, alegres ou angustiantes.

E a você, minha irmã científica Vanessa Moreira, por ser colo, abrigo e cuidado em todos os momentos, sobretudo aqueles mais difíceis, pelo encorajamento, incentivo e motivação. Por acalmar meu coração diversas vezes e enxergar em mim um potencial que até eu mesma desconhecia.

Às professoras Dra. Lihsieh Marrero, Dra. Zeni Lamy, Dra. Adriana Nogueira, Dra. Vanda Simões, Dra. Carolina Abreu e Dra. Gisele Torrente que, gentilmente, aceitaram compor a banca de avaliação desta Tese.

Ao Ministério da Saúde e à CAPES pelo financiamento e confiança destinados à Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal do Maranhão para a realização desta grande pesquisa nacional e de valor inestimável para a saúde materna no país. Em especial às professoras Maria do Carmo Leal, Silvana Granado e Sônia Bittencourt e demais pesquisadores envolvidos neste trabalho, pela competência, dedicação e comprometimento.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a concretude desta pesquisa.

Mesmo com o passar dos anos, meu sentimento de gratidão e afeto por cada um de vocês permanecerá preservado.

Muito obrigada a todos!

*“Se não conhecermos nossos processos, então não
podemos expressá-los em números, logo, não
sabemos muito sobre eles.
Se não sabemos muito sobre eles, não podemos
controlá-los.
Se não podemos controlá-los, não
podemos intervir.”*

(Lord Kelvin, 1891)

LISTA DE FIGURAS

Tese

Figura 1	Modelo Lógico da Rede Cegonha.....	27
Figura 2	Distribuição amostral das maternidades vinculadas à Rede Cegonha e das puérperas avaliadas, por macrorregião	42
Figura 3	Fluxograma das diretrizes, dispositivos e itens de verificação dos instrumentos fundamentados nos protocolos ministeriais nacionais.....	44
Figura 4	Modelo teórico do efeito da ausência do acompanhante na ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto em maternidades brasileiras vinculadas à RC.....	48

Artigo 2

Figura 1	Distribuição amostral de inclusão de participantes e padronização dos grupos (exposto e não exposto) para avaliação do efeito causal na ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto.....	77
Figura 2	Modelo teórico do efeito da ausência do acompanhante na ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto em maternidades brasileiras vinculadas à RC	79
Figura 3	Efeito da ausência do acompanhante em tempo integral na ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto em maternidades vinculadas à RC. Brasil, 2016-2017.....	86

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1	Características sociodemográficas e obstétricas de puérperas que pariram em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha, segundo macrorregiões. Brasil, 2016-2017.....	66
Tabela 2	Distribuição da ausência do acompanhante em tempo integral em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha. Brasil, 2016-2017.....	68
Tabela 3	Características sociodemográficas e obstétricas de puérperas com e sem acompanhante, que pariram em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha, comparadas por macrorregião. Brasil, 2016-2017.....	70

Artigo 2

Tabela 1	Características sociodemográficas e obstétricas de puérperas com e sem acompanhante em tempo integral, que pariram em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. Brasil, 2016-2017.....	82
Tabela 2	Distribuição de mulheres, com e sem acompanhante em tempo integral, que sofreram intervenções desnecessárias no pré-parto e parto em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha, por macrorregião. Brasil, 2016-2017.....	84
Tabela 3	Diferenças padronizadas e razão de variância no balanceamento dos grupos após pareamento por escores de propensão. Brasil, 2016-2017...	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Prof. Sérgio Arouca
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	intervalo de confiança
IDPP	intervenções desnecessárias no pré-parto e parto
IST/HIV/AIDS	Infecções Sexualmente Transmissíveis/Vírus da Imunodeficiência Humana/ <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
MS	Ministério da Saúde
ML	Modelo Lógico
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PAR	Plano de Ação Regional
PNAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAON	Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal
PIB	Produto Interno Bruto
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
RC	Rede Cegonha
RMM	Razão de Mortalidade Materna (RMM)
REDCap	<i>Research Electronic Data Capture</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

GOIABEIRA, Yara Nayá Lopes de Andrade. **Ausência do acompanhante em tempo integral e seu efeito na ocorrência de intervenções desnecessárias no parto em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha**. 141f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022.

RESUMO

Introdução: A presença do acompanhante em tempo integral é um direito garantido por lei, capaz de otimizar a fisiologia do parto, reduzir o período de internação, conferir apoio psicológico e emocional à mulher, entre outros benefícios. Todavia, esse direito não vem sendo cumprido em sua totalidade nas maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Objetivo:** analisar a ausência do acompanhante em tempo integral e seu efeito na ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha. **Método:** Estudo nacional, de corte transversal, realizado em todas as maternidades brasileiras vinculadas à RC, do Sistema Único de Saúde, no período de dezembro/2016 a outubro/2017. Participaram do estudo 5.113 puérperas de todas as regiões do país, que pariram por via vaginal em uma das 606 maternidades com plano de ação regional aprovado na Rede Cegonha. No primeiro artigo, foram estimadas proporções e respectivos intervalos de confiança (IC) a 95%, ajustados para o efeito do cluster, comparando-se as macrorregiões pelo teste Qui-quadrado de Wald e, no segundo artigo, foi desenvolvido um modelo teórico usando Gráfico Acíclico Direcionado, testando-se as hipóteses por inferência causal. A ausência do acompanhante durante a internação foi considerada como exposição e a ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto como desfecho. Utilizou-se o pareamento por escore de propensão e a ponderação pelo inverso da probabilidade de exposição para balancear os grupos e estimar o efeito causal, por meio de coeficientes de regressão (CR) ajustados, e respectivos IC a 95% e ($\alpha=5\%$). **Resultados:** A presença do acompanhante em tempo integral ocorreu em 71,2% dos partos, sendo maior entre puérperas com idade de 20-35 anos, de cor parda, com maior escolaridade, casadas e que pariram de parto vaginal. Quase 30% das puérperas não tiveram acompanhante em tempo integral. Mulheres pretas autodeclaradas, de menor escolaridade, solteiras e que foram assistidas por profissional médico durante o parto tiveram menos acompanhantes. O momento do parto teve maior ausência do acompanhante (70,8%). Constatou-se que 90,2% das mulheres que pariram por via vaginal sofreram algum tipo de intervenções desnecessárias no pré-parto e/ou parto. As regiões Norte, Nordeste e Sudeste tiveram maior ocorrência de intervenções em mulheres sem acompanhante. A ausência do acompanhante teve efeito na ocorrência de venóclise (Coef= 0,083; IC 95% 0,037 – 0,129), litotomia (Coef= 0,144; IC 95% 0,103 – 0,185) e episiotomia (Coef= 0,064; IC 95% 0,022 – 0,105). **Conclusão:** A presença do acompanhante em tempo integral funciona como um controle de qualidade da assistência profissional, contribuindo para a redução de condutas profissionais de assistência ao parto consideradas prejudiciais e/ou ineficazes, tornando-as menos tecnicista e medicalizante.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Materno-Infantil. Assistência ao parto. Boas práticas. Acompanhante de Paciente. Política de saúde. Iniquidade Social.

GOIABEIRA, Yara Nayá Lopes de Andrade. **Absence of a full-time companion and its effect on the occurrence of unnecessary interventions during childbirth in Brazilian maternity hospitals linked to *Rede Cegonha***. 141f. Thesis (Doctorate) – Postgraduate Program in Public Health, Federal University of Maranhão, São Luís, 2022.

ABSTRACT

Introduction: The presence of a full-time companion is a right guaranteed by law, capable of optimizing the physiology of childbirth, reducing the hospital stay, providing psychological and emotional support to the woman, among other benefits. However, this right has not been fulfilled in its entirety in maternity hospitals linked to *Rede Cegonha*. **Objective:** To analyze the absence of a full time companion and its effect on the occurrence of unnecessary interventions in pre-partum and childbirth in Brazilian maternity hospitals linked to *Rede Cegonha*. **Method:** A national, cross-sectional study carried out in all Brazilian maternity hospitals linked to the RC of the Unified Health System (SUS – *Sistema Único de Saúde*), from December/2016 to October/2017. The participants of the study were 5,113 mothers from all regions of the country who had a vaginal birth in one of the 606 maternity hospitals with a regional action plan approved by *Rede Cegonha*. In the first article, proportions and respective 95% confidence intervals (CI) were estimated, adjusted for the cluster effect, comparing macro-regions by Wald's Chi-square test, and in the second article, a theoretical model was developed using Directed Acyclic Graph, testing the hypotheses by causal inference. The absence of a companion during hospitalization was considered as exposure and the occurrence of unnecessary interventions in pre-partum and delivery as an outcome. Pairing by propensity score and weighting by the inverse probability of exposure were used to balance the groups and estimate the causal effect, through adjusted regression coefficients (RC) and respective 95% CI and ($\alpha=5\%$). **Results:** The presence of a full-time companion occurred in 71.2% of deliveries, being higher among mothers aged 20-35 years, brown, with higher education, married and who gave birth vaginally. Almost 30% of postpartum women did not have a full-time companion. Self-declared black women, with less education, single and who were assisted by a medical professional during childbirth had fewer companions. The time of delivery had a greater absence of a companion (70.8%). It was found that 92.1% of women who gave birth vaginally suffered some type of unnecessary interventions in pre-partum and/or delivery. The North, Northeast, and Southeast regions had a higher occurrence of interventions in unaccompanied women. The absence of a companion had an effect on the occurrence of venoclysis (Coef = 0.083; 95% CI 0.037 - 0.129), lithotomy (Coef = 0.144; 95% CI 0.103 - 0.185) and episiotomy (Coef = 0.064; CI 95% 0.022 – 0.105). **Conclusion:** The presence of a full-time companion in the maternity hospital works as a quality control of professional care, contributing to the reduction of professional behaviors in childbirth care considered harmful and/or ineffective, making them less technical and medicalizing.

Keywords: Maternal and Child Health Services. Delivery care. Best practices. Patient Companion. Health policy. Social iniquity. Childbirth assistance.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	JUSTIFICATIVA.....	18
3	OBJETO DE ESTUDO.....	20
4	OBJETIVOS DA TESE.....	20
4.1	Objetivo Geral.....	20
4.2	Objetivos Específicos.....	20
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
5.1	Contexto histórico das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil.	21
5.1.1	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).....	21
5.1.2	O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN).....	22
5.1.3	Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON).....	23
5.2	A Rede Cegonha como estratégia de fortalecimento das Boas Práticas de Atenção ao Parto no Brasil.....	24
5.3	Inserção do acompanhante em tempo integral na maternidade: desafios e benefícios.....	28
5.4	Intervenções desnecessárias no pré-parto e parto: para onde caminha a saúde materna no Brasil?.....	31
6	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	40
6.1	Delineamento do estudo.....	40
6.2	Local e Período de estudo.....	40
6.3	População e amostra.....	41
6.3.1	Critérios de inclusão.....	43
6.3.2	Critérios de exclusão	43
6.4	Instrumento, Variáveis e Técnica de Coleta de Dados.....	43
6.5	Análise dos dados.....	46
6.6	Aspectos Éticos.....	49
7	RESULTADOS.....	51
7.1	Artigo 1.....	51
7.2	Artigo 2.....	72
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
	REFERÊNCIAS.....	94
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA (PUÉRPERA).....	101

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP.....	115
ANEXO B – NORMAS DA REVISTA “CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA”	121
ANEXO C – NORMAS DA REVISTA “PUBLIC HEALTH”	130

1 INTRODUÇÃO

Em 2018, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que, aproximadamente, 830 mulheres morrem todos os dias por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto em todo o mundo e que 99% dos óbitos maternos evitáveis ocorrem em países em desenvolvimento, como o Brasil, fortalecendo as evidências de que existem grandes disparidades entre os países e dentro dos países, entre mulheres com baixas e altas rendas e entre populações rurais e urbanas (MARTINS; SILVA, 2018).

Compreendendo a magnitude do problema, desde 1996 a OMS e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) formularam um guia intitulado: “Maternidade Segura na Assistência ao Parto Normal: um guia prático”. O guia possui recomendações que auxiliam as equipes de cuidado na implantação e implementação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento, de maneira a obter condutas adequadas e seguras, evitando o uso desnecessário e liberal de tecnologias e procedimentos prejudiciais à mulher durante o pré-parto, parto, nascimento ou puerpério (OMS, 1996; PEDRAZA, 2016).

Em 2018 esse documento foi atualizado, fundamentado em uma minuciosa revisão de estudos internacionais conduzidos nos últimos 10 anos, com alto grau evidências científicas. Também foram utilizados protocolos de assistência e a participação de uma comissão externa de avaliadores renomados juntamente com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), onde foi publicado um guia com as novas recomendações da OMS para os cuidados durante o trabalho de parto e parto intitulado: *Intrapartum care for a positive childbirth experience* (WHO, 2018).

Dessa forma, as boas práticas de atenção ao parto e nascimento instituídas pela OMS têm como objetivo direcionar ações de humanização da assistência à parturiente, filho e família, contribuindo significativamente para a redução dos óbitos maternos evitáveis. Estas foram classificadas em quatro categorias: A) práticas recomendadas e demonstradamente úteis que devem ser estimuladas; B) práticas não recomendadas, prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C) práticas recomendadas apenas em contextos específicos e que devem ser utilizadas com cautela e D) práticas recomendadas apenas em protocolos de pesquisa (OMS, 1996; CARVALHO *et al.*, 2015; WHO, 2018; BITTENCOURT *et al.*, 2021).

Especificamente nas categorias A- práticas recomendadas e que devem ser estimuladas, B- práticas não recomendadas e que devem ser eliminadas e C – práticas recomendadas apenas em contextos específicos, o presente estudo tem como foco a ausência

do acompanhante em tempo integral, seus possíveis desdobramentos e efeito na ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto (IDPP).

Como forma de solidificar a implementação da presença do acompanhante na maternidade como prática recomendada pela OMS desde 1996, foi instituída no Brasil a Lei do Acompanhante nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que obriga os serviços de saúde, da rede pública ou conveniada, a permitir a presença de 1 (um) acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005; CARVALHO *et al.*, 2015; LEAL *et al.*, 2019).

Estudos apontam que a presença do acompanhante pode otimizar a fisiologia do parto, reduzir o período de internação, o número de cesarianas e a ocorrência de intervenções obstétricas consideradas desnecessárias ou sem indicação clínica, garantindo uma assistência segura e respeitosa (SOUZA, 2015; BRASIL, 2017; DODOU *et al.*, 2017; JARDIM; MODERNA, 2018; MONGUILHOTT *et al.*, 2018).

Uma revisão integrativa realizada por Gomes *et al.*, 2019 corroborou que o acompanhante oferece um maior apoio psicológico e emocional à parturiente, auxiliando na realização de exercícios físicos, caminhadas, alimentação, higiene, massagens, entre outras ações que proporcionam maior conforto à mulher, amenizando sentimentos de medo, solidão, vergonha, insegurança e até mesmo a dor. A presença do acompanhante também é capaz de fortalecer o vínculo familiar e aumentar a valorização da mulher, motivando-a a protagonizar o momento do parto com mais confiança e autonomia (ANJOS; GOLVEIA, 2019; ASHISH *et al.*, 2019).

Entre os aspectos que potencialmente poderiam explicar a dificuldade de implementação das boas práticas de atenção ao parto recomendadas pela OMS, destacam-se as inadequações estruturais das maternidades, dificuldade de consolidação das políticas públicas destinadas à saúde da mulher, gestão e práticas de cuidados tradicionalistas, medicalizante e utilização de IDPP, sem evidência científica, como o uso liberal e rotineiro de infusão intravenosa de fluidos (venóclise), administração de ocitócitos para indução ou aceleração do parto, amniotomia (para mulheres admitidas com bolsa íntegra) e episiotomia, além da predominância de posição litotômica no momento do parto, manobra de Kristeller, entre outras (ANDRADE *et al.*, 2016; PEDRAZA, 2016; BRASIL, 2017; WHO, 2018; GUTIÉRREZ; FLORES; GENAO, 2019).

Embora haja ampla divulgação deste documento, algumas condutas ainda persistem, como a intensa medicalização, o alto índice de partos cesáreos, a ausência do acompanhante durante os períodos clínicos do parto e a realização liberal de intervenções

desnecessárias, sem indicação clínica e potencialmente prejudiciais à mulher durante o parto (LEAL *et al.*, 2014; BRASIL, 2017; BITTENCOURT *et al.*, 2016).

As boas práticas de atenção ao parto são reiteradas pela política pública do Ministério da Saúde (MS) denominada Rede Cegonha (RC), implantada pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. O objetivo da RC é otimizar a qualidade da assistência destinada à mulher e a implementação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito da mulher à livre escolha do acompanhante (BRASIL, 2011).

A RC possui quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção à Criança; Transporte e Regulação (BRASIL, 2011). A temática deste estudo centra-se no componente Parto e Nascimento, buscando identificar o cumprimento da diretriz que garante o direito à presença do acompanhante, a redução de IDPP realizadas sem comprovação científica e a influência da ausência do acompanhante na maternidade em tempo integral na ocorrência de iatrogenias.

Por fim, desde a década de 1990, a presença e apoio contínuo do acompanhante durante o parto tem sido documentado como benéfico à saúde materna proporcionando um melhor enfrentamento do momento de parturição. Uma ação simples e sem prejuízo conhecido para mulheres e crianças, tornou-se uma prática obrigatória e amparada por lei no Brasil, onde seu ritmo de implementação vem ocorrendo paulatinamente após a RC (DINIZ *et al.*, 2014; BITTENCOURT *et al.*, 2016; LEAL *et al.*, 2017; GOMES *et al.*, 2019; LEAL *et al.*, 2019; TOMASI *et al.*, 2021).

Bruggeman *et al.* (2015) afirmam que as razões da ausência do acompanhante estão relacionadas, principalmente, à resistência dos profissionais e das instituições à implementação da Lei do Acompanhante, juntamente com a inadequação da estrutura organizacional e escassez de recursos humano e insumos. Também foi identificada a ausência de informações às mulheres antes do parto sobre o acompanhante, sugerindo uma lacuna no processo de trabalho dos profissionais que assistem a essa população.

Assim, considerando a carência de dados acerca da ausência do acompanhante em tempo integral na maternidade e o seu efeito na ocorrência de IDPP, este estudo contribuiu para esclarecer o quanto esse direito pode refletir como um regulador de qualidade profissional da assistência à saúde da mulher no país.

A produção acadêmica acerca da temática aponta que ainda não há um consenso na literatura nacional e internacional sobre o efeito da ausência do acompanhante na maternidade e a ocorrência de IDPP, justificando assim este trabalho para o entendimento e

consolidação das políticas de atenção à saúde da mulher, com baixa adesão às boas práticas de assistência obstétrica.

Neste sentido, esta pesquisa centra-se em responder a dois questionamentos principais:

- Qual a proporção de mulheres sem acompanhante em tempo integral nas maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha e a diferença entre as macrorregiões?
- Qual o efeito da ausência do acompanhante na ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto?

2 JUSTIFICATIVA

Apesar dos avanços na melhoria da atenção à saúde da mulher no Brasil, por meio da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), da Lei do Acompanhante Nº 11.108, de 07 de abril de 2005, do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e da implantação da RC, a consolidação das boas práticas de atenção ao parto permanece um desafio, principalmente no que diz respeito à ausência do acompanhante na maternidade em tempo integral e a ocorrência de intervenções desnecessárias e rotineiras, consideradas danosas no pré-parto e parto (ANDRADE *et al.*, 2016; BITTENCOURT *et al.*, 2016; LEAL *et al.*, 2019).

O estudo nacional “Nascer no Brasil”, realizado entre 2011 e 2012, examinou 266 hospitais de médio e grande porte na rede pública, privada e mista (privados conveniados pelo Sistema Único de Saúde - SUS), que tiveram 500 ou mais partos em 2007, onde foi constatado que 18,8% das mulheres se beneficiaram da presença contínua do acompanhante durante o período da internação. Este número se reduz ainda mais quando levado em consideração a presença do acompanhante especificamente no momento do parto. Acrescido a isto, menos de 6% dos partos vaginais ocorreu sem intervenção desnecessária (LEAL *et al.*, 2014).

O estudo ainda relata a ocorrência de boas práticas de atenção ao parto, entre elas: alimentação durante o trabalho de parto, uso de procedimentos não farmacológicos para alívio da dor e utilização do partograma (LEAL; GAMA, 2014). Entretanto, não se obteve informações detalhadas relacionadas à presença do acompanhante, prática esta recomendada pela OMS e que deve ser estimulada, levando-nos a questionar se a ausência do acompanhante na maternidade pode influenciar na ocorrência de IDPP.

Cabe ressaltar ainda, que o estudo supracitado realizado em âmbito nacional foi conduzido em 2011, não contemplando os efeitos da RC, uma vez que esta proposta ainda estava em processo de implantação no país. Dessa forma, reitera-se a importância da realização desta pesquisa para identificar possíveis mudanças no cenário nacional após a implantação da RC, sob a perspectiva da presença do acompanhante.

Na pesquisa realizada por Leal *et al.* (2014), foram incluídos os hospitais com 500 ou mais partos em 2007. Já o presente estudo avaliou estabelecimentos que tiveram 500 ou mais partos e em região de saúde com Plano de Ação Regional aprovado na RC (PAR-RC), independentemente da liberação de recursos; menos de 500 partos e em região de saúde com

PAR-RC independente da liberação de recursos, caracterizando-se como diferencial demonstrativamente útil entre as duas pesquisas.

Este cenário nos convida a olhar para o campo de práticas de saúde acerca do direito da presença do acompanhante de livre escolha em tempo integral, levando em consideração as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres, a conduta das maternidades e o processo de trabalho dos profissionais atuantes nos serviços. Além disso, a violação desse direito garantido por lei no Brasil pode contribuir para o aumento do número de cesarianas, menor satisfação materna, prevalência de medicalização e a ocorrência intervenções rotineiras e desnecessárias no pré-parto e parto (LEAL *et al.*, 2019; BITTENCOURT *et al.*, 2021).

No Brasil, uma a cada quatro mulheres sofre algum tipo de IDPP (DINIZ *et al.*, 2014). Considerando a carência no conhecimento sobre os motivos que levam à ausência do acompanhante em tempo integral em maternidades, bem como o efeito desta na ocorrência de IDPP, o presente estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Avaliação das Práticas de Cuidado ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha”, onde houve a avaliação de 606 estabelecimentos de saúde públicos ou conveniados com o SUS, que realizaram parto em 2015 e estivessem vinculados à RC. Esta pesquisa obteve representatividade nacional, distribuída por populações e macrorregiões geográficas.

Portanto, este estudo poderá fomentar mudanças positivas na consolidação do modelo de atenção à saúde das instituições que realizam partos no âmbito da RC. Também poderá servir como base para a implementação de um conjunto de procedimentos recomendados internacionalmente e considerados benéficos e protetores à saúde das mulheres, com ênfase na sua utilidade para os órgãos gestores tomadores de decisão, sob o aspecto da presença do acompanhante.

3 OBJETO DE ESTUDO

- ✓ Ausência do acompanhante em tempo integral em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha e sua relação com as intervenções desnecessárias no pré-parto e parto.

4 OBJETIVOS DA TESE

4.1 Objetivo Geral

- ✓ Analisar a ausência do acompanhante em tempo integral e seu efeito na ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha

4.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar as características sociodemográficas e obstétricas das parturientes sem acompanhante em tempo integral nas maternidades vinculadas à Rede Cegonha, no Brasil.
- ✓ Comparar as características sociodemográficas e clínicas de mulheres sem acompanhante entre as macrorregiões do Brasil;
- ✓ Conhecer os motivos da ausência do acompanhante nas maternidades;
- ✓ Estimar a proporção de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto, estratificadas por macrorregião brasileira;

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Contexto histórico das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil

Desde meados da década de 1970, alguns programas verticais de atenção à saúde materno-infantil foram implementados no Brasil, entre eles podemos destacar: o Programa de Saúde Materno Infantil, em 1975 e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco, em 1978. Como advertem Cassiano *et al.* (2014), nessa fase as políticas voltadas para a saúde reprodutiva foram fortemente direcionadas para o excesso da intervenção médica sobre o corpo feminino, sobretudo ao excesso de cesarianas como processo de parturição.

Com o advento da democracia brasileira, no início da década de 80, o movimento feminista interveio no debate nacional sobre o planejamento familiar. A partir de então, as políticas de atenção à saúde materna obtiveram destaque significativo no processo de construção de novas políticas públicas. Isso resultou na consolidação de leis e programas de saúde que se intensificaram em toda a década de 1990 e se estenderam até os anos 2000 (BRASIL, 2004).

5.1.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

Em 1984, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), estabelecendo, sobretudo, um rompimento conceitual dos princípios norteadores da política de saúde da mulher e os critérios para eleição de prioridades neste campo. A proposta do programa considerava a necessidade de articulação das ações de pré-natal, assistência ao parto e puerpério, sendo caracterizado como o início de uma série de mudanças expressivas que ocorreram na reorientação do modelo assistencial médico-privatista vigente (BRASIL, 1984).

O PAISM também apontava para situações da contemporaneidade, como a descentralização, hierarquização e regionalização de atenção à saúde (BRASIL, 1984). Todavia, ainda perduram questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto no resultado dos indicadores de saúde materna. Apesar do cuidado prestado no pré-natal, parto e puerpério terem estado sempre presente nas ações realizadas pelos serviços de saúde, as lacunas acerca das questões que envolvem a prática da humanização destinada às mulheres na maternidade ainda permanecem (ANDRADE *et al.*, 2016; BRASIL, 2017).

Em 2003, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) veio consolidar os avanços do PAISM, de 1984, redefinindo as ações voltadas para a saúde da

mulher e ampliando o leque de condutas e possibilidades, até então focadas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2004).

Entre os objetivos desta política, destacam-se, a garantia dos direitos legais das mulheres, a redução da morbimortalidade materna no Brasil, especialmente por causas evitáveis, e a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, respeitando a diversidade dos 5.570 municípios, dos 26 estados e do Distrito Federal, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas locais de saúde e tipos de gestão (BRASIL, 2004; DINIZ *et al.*, 2014; IBGE, 2019).

Ainda no âmbito da PNAISM, é necessário destacar alguns aspectos essenciais na execução dessas ações, como: a humanização do atendimento, no sentido de “aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica o estabelecimento de relações entre sujeitos, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero” e a necessidade de considerar as especificidades geográficas para aplicação da política. (CASSIANO *et al.*, 2014).

5.1.2 O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)

Ao longo dos anos, observou-se a enorme fragmentação das ações e da assistência destinada ao cuidado da mulher no momento de parturição, uma separação entre a técnica e a humanização, fazendo dos serviços de saúde um lócus de tensão entre parturientes, acompanhantes e profissionais, e não um espaço de transformação social e política, como determinam os princípios do SUS (POSSATI *et al.*, 2017).

Nesse contexto, no ano de 2000, o MS instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), por meio da Portaria N° 569, de 01 de junho de 2000, com o objetivo de garantir um número mínimo de consultas no período gestacional, promover a qualidade do atendimento na parturição, reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna no país, priorizando a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, e a desincorporação de IDPP consideradas danosas (BRASIL, 2005; JARDIM; MODERNA, 2018; GOMES *et al.*, 2019).

Considerando que a humanização se caracteriza como uma ferramenta de práticas inclusivas na assistência obstétrica e neonatal, o PHPN ressalta a importância das unidades de saúde em receber com dignidade a mulher, seus familiares e acompanhantes e o recém-nascido, isto requer atitude ética e solidária dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que

rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher (BRASIL, 2001a; POSSATI *et al.*, 2017; JARDIM; MODERNA, 2018).

Outro fator de suma importância diz respeito ao fato de que toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério, devendo essa prática ser realizada de forma humanizada e segura, por meio da adoção de medidas e procedimentos cientificamente considerados benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas rotineira que, embora tradicionalmente realizadas, poder ser prejudiciais à mulher e ao recém-nascido, acarretando maiores riscos para ambos (BRASIL, 2001b; ANDRADE *et al.*, 2016; BARROS *et al.*, 2018).

Após a implantação do PHPN, verificou-se que o programa não alcançou as expectativas esperadas, pois apresentou dificuldades no acesso aos serviços de saúde, escassez de leitos, deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais. Além disso, mulheres ainda relataram a incerteza de vagas nos hospitais e a preocupação com fato de algumas maternidades não permitir a presença de seus familiares ou acompanhante durante a internação, mesmo estes critérios fazendo parte dos componentes obrigatórios do Programa (GONÇALVES, 2015).

Em 2001, o MS edita o manual Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher, definindo-se a humanização no trabalho de parto e parto como sendo uma prática que requer o olhar atento do observador, o vínculo e sintonia da relação profissional de saúde-mulher-acompanhante, reconhecendo que a mulher é protagonista do seu processo de parturição (BRASIL, 2001a).

5.1.3 Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON)

Nesse contexto, o MS lançou a Portaria N° 1.067, de 04 de junho de 2005, instituindo a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON), considerando o fato de que a atenção obstétrica e neonatal humanizada e de qualidade é um direito da mulher e do recém-nascido. Além disso, a portaria reitera, como princípio básico para sua estruturação, que toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005; LEAL *et al.*, 2014).

A atenção com qualidade e humanizada se dá por meio do acesso a serviços de saúde de qualidade e da adoção de condutas acolhedoras e respeitosas. Além disso, depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos cientificamente comprovados como benéficos, evitando-se IDPP e estabelecendo relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se

com a mulher, familiares e acompanhantes as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2005; WHO, 2018).

A PNAON ressalta ainda a importância de ações e procedimentos considerados essenciais na atenção ao parto humanizado, como acolher e escutar a mulher e seus acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito e compartilhando as decisões sobre as condutas a serem tomadas, garantir a visita do pai ou de familiares sem restrição de horário, garantir o direito a acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto, segundo demanda da mulher (SOARES *et al.*, 2017). Nesse contexto, as políticas em atenção à saúde da mulher seguem avançando em uma sequência cronológica de desafios e conquistas.

5.2 A Rede Cegonha como estratégia de fortalecimento das Boas Práticas de Atenção ao Parto no Brasil

Em 1990, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Brasil atingia 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Após duas décadas de esforços intensos, em 2012, esse indicador reduziu 56%, de 140 para 62 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos e em 2018 para 59 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. (BRASIL, 2011; 2017; ROMA, 2019).

Nesse sentido, tem-se questionado o modelo de atenção ao parto no Brasil como objetivo de atingir padrões aceitáveis, aproximando-se das taxas alcançadas em outros países. Atualmente, esse modelo vem sendo construído com base na experiência dos profissionais que trabalham nesse campo e nas iniciativas da humanização de atenção ao parto e ao nascimento em instituições de saúde que se tornaram referência no país (BRASIL, 2017).

Seis anos após a elaboração da PNAISM, a Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011 instituiu, no âmbito do SUS, a RC. Trata-se de uma importante estratégia do MS que tem como objetivo a substituição do modelo de atenção fragmentada e pouco resolutiva para um modelo de cuidado humanizado destinado à da mulher, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses, garantindo o acesso, acolhimento e resolutividade, capaz de reduzir os índices de mortalidade materno-infantil (BRASIL, 2011; LIMA, 2015).

Atualmente, a RC desenvolve ações em 5.488 municípios do país, alcançando 2,6 milhões de gestantes. Desde o lançamento da Rede, foram investidos mais de R\$ 3,1 bilhões para o desenvolvimento das ações voltadas para a saúde da mulher e do bebê. Somente em

2015 foram realizadas 18,9 milhões de consultas pré-natais pelo SUS, o que representa aumento de 93% em relação a 2003 (BRASIL, 2017).

Para delimitar seu campo de atuação prioritário, a RC consta como uma das dez mais importantes prioridades do MS, partindo do princípio de que o Brasil não alcançou o objetivo do milênio de reduzir em 75% os óbitos maternos de 1990 a 2015. Alguns aspectos poderiam explicar esses resultados como, inadequações estruturais das maternidades, processos de trabalho defasado dos profissionais e gestão inadequada dos serviços de saúde, considerando que o cuidado ainda está centrado em um modelo biomédico, medicalizante e tecnocrático (BRASIL, 2017; PEDRAZA, 2016; GOMES *et al.*, 2019).

Entretanto, atualmente o Brasil apresenta valores de mortalidade materna abaixo da meta global de menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. Em 2018, em reunião da Comissão Nacional de Combate à Mortalidade Materna, o Brasil assumiu a meta de reduzir 51,7% da RMM até 2030, correspondendo a 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (ROMA, 2019).

Ao lançar o Programa RC, o MS teve como meta garantir atendimento de qualidade, com melhoria do acesso aos serviços de saúde destinados à mulher e bebê, vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e a implementação de boas práticas, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha (BRASIL, 2015; LIMA, 2015). Para isso, o programa sistematizou o modelo de assistência em quatro componentes estruturais. Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, a saber:

- Pré-Natal: captação precoce da gestante para realizar o pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS), acolhimento com classificação de risco, acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno, realização de exames de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno, prevenção e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis/Vírus da Imunodeficiência Humana/ *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (IST/HIV/AIDS) e apoio ao deslocamento das gestantes para consultas pré-natal e local de parto;
- Parto e Nascimento: suficiência de leitos obstétricos e neonatais, ambiência adequada das maternidades, práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas segundo recomendações da OMS, garantia do acompanhante de livre escolha durante o acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, acolhimento com classificação de risco e implementação de Colegiado Gestor nas maternidades;
- Puerpério e atenção integral à saúde da criança: promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, acompanhamento da puérpera e da criança na atenção

básica, busca ativa de crianças vulneráveis, programas educativos à saúde sexual e reprodutiva, prevenção e tratamento das IST/HIV/AIDS e Hepatites;

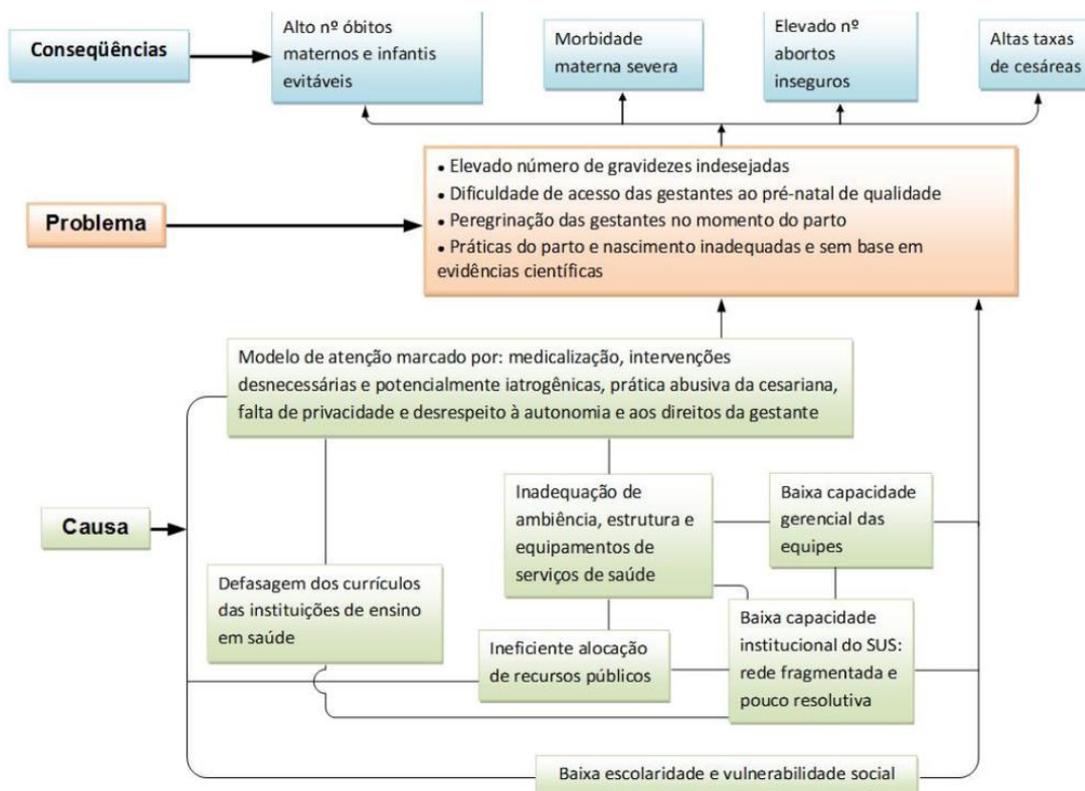
- Sistema logístico, transporte sanitário e regulação: atenção às situações de urgência, acesso e transporte seguro das mulheres e recém-nascidos, implantação do modelo “Vaga Sempre” com plano de vinculação da gestante ao local do parto e regulação de leitos obstétricos e neonatal.

Intensificando o conhecimento acerca das ações que estruturam a categoria “Parto e Nascimento”, verifica-se que o Programa destaca com grande ênfase, a presença do acompanhante em todos os momentos da mulher na maternidade. Além disso, essa recomendação é um direito instituído por meio da “Lei do Acompanhante” Nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005).

Além disso, esta prática também está inserida, obrigatoriamente, no eixo integrante das “Boas práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”, Categoria A (práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas) e que a operacionalização fatural desta conduta pode influenciar positivamente as ações dos profissionais de saúde que assistem à mulher e à criança no parto e nascimento (OMS, 1996; BRASIL, 2011; PEDRAZA, 2016; GOMES *et al.*, 2019).

Considerando o complexo mecanismo de funcionamento, operacionalização e monitoramento da RC, Cavalcanti *et al.* (2013) propuseram um Modelo Lógico (ML) para explicitar a arquitetura da Rede, de forma prática e clara para auxiliar o processo de comunicação e divulgação do Programa, podendo inclusive ser utilizado na organização dos trabalhos de avaliação como uma elogiável ferramenta de gestão.

Figura 1 - Modelo Lógico da Rede Cegonha



Fonte: Cavalcanti *et al.* (2013).

Percebe-se que a RC pode ser considerada como uma junção dos programas anteriormente implantados, acrescido de ações para o atendimento das necessidades de saúde atuais da mulher e da criança. Consolida-se aqui, os esforços do MS para garantir a assistência ao parto humanizado e a capacitação de profissionais para exercerem suas funções de forma humanizada e eficiente. No entanto, mesmo diante dos grandes avanços decorridos da criação desta política, percebe-se que a adoção da prática do acompanhante em tempo integral e a redução de IDPP permanecem um desafio (DINIZ *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2017).

Este resultado decorre de estudos regionais e nacionais que analisaram a presença do acompanhante nas maternidades, onde revelam uma baixa adesão a esta prática, seja por fatores contextuais relacionados aos municípios e regiões geográficas, seja por fatores relacionados aos serviços de saúde como a estrutura inadequada das maternidades para permanência do acompanhante em tempo integral, processo de trabalho dos profissionais resistentes à aceitação desta recomendação ou simplesmente fatores relacionados à parturiente, como não dispor de acompanhante ou não desejar a presença de outrem durante o processo de parturição (LEAL *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2017; SOARES *et al.*, 2017).

5.3 Inserção do acompanhante em tempo integral na maternidade: desafios e benefícios.

Apesar dos avanços na melhoria da atenção à saúde da mulher no Brasil, por meio da “Lei do acompanhante” nº 11.108, de 07 de abril de 2005 e da implantação da RC, a adequação do grau de implantação das boas práticas de atenção ao parto permanece um desafio, onde Bittencourt *et al.* (2021) observaram que 30% das maternidades de todo o país foram classificadas com grau de implantação não adequado para as boas práticas de atenção ao parto e nascimento. A presença do acompanhante em tempo integral por sua vez, foi avaliada como não adequado para 8,4% das maternidades brasileiras, alcançando 19,8% na região Norte.

Um estudo nacional, realizado entre 2011 e 2012, mostrou que menos de 20% das mulheres se beneficiaram da presença contínua do acompanhante durante todo o período da internação, sendo esse ainda um privilégio das usuárias do sistema privado e que tiveram cesarianas. Este número se reduz ainda mais quando levado em consideração a presença deste nas maternidades em tempo integral (LEAL *et al.*, 2014; BITTENCOURT *et al.*, 2016).

Já no estudo realizado por Andrade (2016) com 603 puérperas, 95% das mulheres foram acompanhadas. Acrescido a isto, 87% das mulheres sofreram algum tipo de intervenção obstétrica durante o parto. Ressalta-se que os resultados deste último se refere a uma pesquisa local com dados obtidos após a implantação da RC.

Leal *et al.* (2014) ainda avaliaram a incidência da realização de boas práticas durante o trabalho de parto e parto, por regiões geográficas, como: alimentação durante o trabalho de parto, uso de procedimentos não farmacológicos para alívio da dor, utilização do partograma e movimentação durante o trabalho de parto. Entretanto, não foi investigado sobre as boas práticas relacionadas à presença do acompanhante de livre escolha em tempo integral na maternidade, prática esta que pode intervir positivamente para a não realização de IDPP.

Entre os desafios encontrados para a implementação integral da Lei do Acompanhante, Jardim e Moderna (2018) abordam que o cuidado produzido nas maternidades tende a ser atravessado por um julgamento moral, muitas vezes relacionado a gênero, raça/cor, social ou econômica. Esse mesmo sentimento de valores parece contemplar um dos fatores relacionados a não permissão para a presença do acompanhante, principalmente em casos de acompanhantes homens, sob a alegação de tirar a privacidade das outras parturientes.

Goiabeira *et al.*, (2021) verificaram que, apesar dos avanços ocorridos após seis anos de implantação da RC, o direito à presença do acompanhante em tempo integral nas

maternidades ainda não é cumprido em absoluto, apontando para a ocorrência de iniquidades sociais entre as macrorregiões brasileiras, onde mulheres acima de 35 anos, pretas autodeclaradas, de menor escolaridade e solteiras foram menos acompanhadas nas regiões Sudeste e Centro-Oeste.

Entre os fatores relacionados à ausência do acompanhante nas maternidades Goiabeira *et al.*, (2021) aponta que o principal motivo das puérperas não terem tido acompanhante se deu por estas não dispor de alguém para acompanhá-las, desconhecimento do direito ao acompanhante, não permissão de acompanhante na maternidade, não permissão de acompanhante homem ou até mesmo ter que pagar alguém para acompanhá-la.

Outro motivo para a não adesão ao direito do acompanhante diz respeito às condições de ambiência inadequadas. As maternidades devem estar estruturadas de acordo com o preconizado pela Resolução RDC nº36, de 3 de junho de 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), adequando o ambiente com espaços integrados que possibilitem o melhor fluxo, de modo a favorecer o trabalho dos profissionais, proporcionando conforto e privacidade para as mulheres e seus acompanhantes de maneira contínua (BRASIL, 2014; LEAL *et al.*, 2017).

Esses resultados sugerem que o cuidado produzido nas maternidades tende a ser atravessado por uma hierarquia socioeconômica e cultural, acrescido às inadequações estruturais da instituição ou fatores relacionados à mulher, como não dispor ou não desejar a presença de acompanhante (LEAL *et al.*, 2017; GOIABEIRA *et al.*, 2021).

Vários estudos nacionais e internacionais têm referido que a presença de um acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto interfere positivamente na evolução fisiológica do parto, culminando na redução do período de internação e de recuperação e o número de cesáreas (SHAHSHAHAN *et al.*, 2014; ANDRADE, 2016; BRASIL, 2017; AFULANI *et al.*, 2018; ANJOS; GOLVEIA, 2019; GOMES *et al.*, 2019; TOMASI *et al.*, 2021).

Uma revisão integrativa realizada por Gomes *et al.*, 2019 evidenciou que algumas atividades realizadas pelos acompanhantes proporcionaram benefícios notórios durante o processo de parturição, e principalmente a mudança positiva na conduta profissional, tornando-as mais humanas, respeitadas e menos rotineiras e rudimentares. Além disso, o apoio emocional, o conforto físico e o suporte de comunicação dispensado pelos acompanhantes amenizaram sentimentos como medo, solidão, vergonha, insegurança e até mesmo a dor.

Um estudo internacional realizado em uma maternidade no Irã buscou identificar o efeito da presença de maridos sobre o nível de ansiedade de suas esposas durante o parto, comparando-o entre os seguintes grupos: mulheres sem acompanhante, mulheres acompanhadas por doulas e mulheres acompanhadas pelos maridos em tempo integral, constatando que os maridos forneceram maior suporte físico e emocional, por meio do afeto, cuidado e carinho com suas esposas durante o parto, diminuindo consideravelmente o nível de ansiedade da mãe (HAHSHAHAN *et al.*, 2014).

A presença do acompanhante também é capaz de fortalecer o vínculo familiar e aumentar a valorização da mulher, motivando-a a protagonizar o momento do parto com mais autonomia e confiança. Além disso, estudos de Monguilhott *et al.* (2018), Anjos e Golveia (2019) e Ashish *et al.* (2019), este último realizado em seis maternidades no Nepal, avaliaram a influência do acompanhante na adoção de boas práticas de atenção ao parto e verificaram que os acompanhantes auxiliaram na realização de exercícios físicos, caminhadas, massagens, acompanharam as mulheres no banho, auxiliaram na alimentação, entre outras atividades. Essas práticas contribuíram para a redução da dor e da duração do trabalho de parto, bem como possíveis complicações, IDPP e cesarianas.

Monguilhott *et al.* (2018) ainda buscaram analisar se a presença do acompanhante favorece a realização de boas práticas no parto na região Sul do Brasil. De maneira geral, a maioria das mulheres não tiveram acesso às boas práticas, e a presença do acompanhante esteve associada à algumas práticas benéficas como: maior oferta de líquidos e alimentos, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, analgesia peridural, redução da manobra de Kristeller, entre outras. Todavia, ressaltou-se que práticas não recomendadas ou rotineiras continuam sendo implementadas, independente da presença do acompanhante.

O MS reconhece os benefícios da presença do acompanhante e enfatiza a importância da implementação desta prática em todos os ambientes hospitalares que realizam parto no país, nos setores públicos e privados. Todavia, mesmo com a implantação das políticas públicas destinadas ao cuidado da mulher no processo de parturição, a “Lei do Acompanhante” ainda não conseguiu garantir a efetiva presença do acompanhante na maternidade em tempo integral em sua totalidade (BRASIL, 2011; 2014; 2017).

Estudos relacionados ao cumprimento da Lei do Acompanhante reforçam essa problemática, onde existe uma lacuna na conduta dos profissionais que atendem à gestante desde o pré-natal, havendo falhas de informação entre paciente-família-profissional acerca dessa determinação legal e seus benefícios. Outro obstáculo citado foi a resistência da equipe de saúde, principalmente dos profissionais médicos, para permitir a presença do

acompanhante sob a justificativa de que estes não conhecem as etapas do processo de parturição, ficam nervosos, agitados e acabam dificultando a assistência destinada à mulher. Alguns profissionais ainda relataram que a presença do acompanhante remete a impressão de estarem sendo vigiados, analisados, sentindo-se ameaçados e coagidos, fato que aumenta a resistência (SOARES *et al.*, 2017; ANJOS; GOLVEIA, 2019; TOMASI *et al.*, 2021).

Lopes *et al.* (2019) corroboram que a decisão final sobre a presença do acompanhante no processo de parturição depende da autorização do profissional médico, podendo ser considerado como facilitador ou dificultador, contribuindo ou impedindo a inserção do acompanhante nos diferentes momentos do trabalho de parto e parto. Por outro lado, mulheres que tiveram seus partos assistidos por enfermeiras obstetras/obstetrizes foram mais acompanhadas. O apoio da equipe de enfermagem tem se destacado como facilitador desse processo, indicando que o posicionamento desses profissionais contribui para a efetivação desse direito.

Apesar de todos os benefícios comprovados cientificamente acerca da presença do acompanhante na atenção ao parto, essa prática só será efetivada em sua totalidade a partir da mobilização dos gestores para tomada de decisões destinadas à otimização deste indicador de qualidade, bem como a conscientização dos profissionais para atuar de maneira unificada, respeitando o direito conquistado pelas mulheres e garantindo um cuidado humanizado e respeitoso (SOARES *et al.*, 2017; ASHISH *et al.*, 2019).

Diante do exposto e devido a poucas investigações de desfechos desfavoráveis ao parto relacionados à ausência do acompanhante, torna-se indispensável e relevante verificar quais situações justificam o não comparecimento deste na maternidade e se esta ausência está associada ou pode propiciar a ocorrência de IDPP.

5.4 Intervenções desnecessárias no pré-parto e parto: para onde caminha a saúde materna no Brasil?

A atenção ao parto e nascimento é marcada pela intensa medicalização, intervenções desnecessárias, rotineiras, potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva de cesarianas. Ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares e acompanhantes, a falta de privacidade e o desrespeito à autonomia da mulher. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais (CARVALHO *et al.*, 2012; ANDRADE *et al.*, 2016; ANJOS; GOLVEIA, 2019).

Em 1985, a OMS e a OPAS realizaram uma reunião em que obtiveram como produto inúmeras recomendações de práticas consideradas adequadas ao parto e nascimento, baseadas em evidências científicas. Esse documento orienta para condutas seguras, evitando o uso desnecessário de tecnologias e procedimentos prejudiciais à mulher. Nesse contexto, em 1996 a OMS elaborou um documento intitulado: Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, sendo considerada uma das ações com maior impacto na redução da morbimortalidade materna e neonatal. (OMS, 1996; BITTENCOURT *et al.*, 2016; PEDRAZA, 2016).

Esse documento classificou as boas práticas com base no que se deve e o que não se deve fazer no momento da parturição e formulou quatro categorias: A) práticas demonstrativamente úteis e que devem ser estimuladas; B) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C) práticas com pouca evidência e que devem ser utilizadas com cautela e D) práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996; CARVALHO *et al.*, 2015).

Em 2018 a OMS atualizou este documento, embasando-o em uma extensa revisão de pesquisas realizadas nos últimos 10 anos, com alto grau evidências científicas, onde foi publicado o guia: Modelo de Cuidados Intraparto da OMS, contendo as novas recomendações para os cuidados durante o trabalho de parto e parto. As práticas foram classificadas como: recomendadas, não recomendadas, recomendadas apenas em contextos específicos e recomendadas apenas em protocolos de pesquisa (WHO, 2018).

Intensificando o conhecimento acerca das práticas recomendadas e que devem ser implementadas, destaca-se o respeito à privacidade e a escolha da mãe sobre o local de parto, uso de técnicas de relaxamento, musicoterapia, realização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, movimentação e posição vertical para o parto, oferta de líquidos e alimentos por via oral durante o trabalho de parto, respeito à escolha da mulher sobre seu acompanhante em tempo integral na maternidade, entre outras (WHO, 2018).

No que diz respeito à categoria de práticas não recomendadas, ou seja, intervenções que não devem ser implementadas de maneira rotineira, estão o manejo ativo para acelerar ou prevenir prolongamento no trabalho de parto e parto, como cateterização venosa profilática e infusão de líquidos (venóclise), amniotomia, uso de drogas uterotônicas (ocitócitos) e episiotomia, além da padronização da posição de litotomia, pressão no fundo do útero durante o parto (manobra de Kristeller), entre outras (OMS, 1996; LEAL *et al.*, 2014; ALMEIDA *et al.*, 2017; WHO, 2018).

Já a categoria de práticas recomendadas apenas em contextos específicos diz respeito às intervenções aplicáveis em manejos obstétricos em condição, configuração ou população especificada na referida recomendação, com causas e contextos bem definidos, e só deve ser implementada nesses termos, visando reduzir riscos ou tratar complicações maternas e perinatais (WHO, 2018).

Algumas situações específicas podem respaldar a realização de intervenções obstétricas medicalizante e/ou parto instrumental. Em casos de falha ou progresso lento confirmado do primeiro e segundo estágio do trabalho de parto com membranas íntegras, recomenda-se realizar a indução do parto por meio de amniotomia, associada ou não à ocitocina. Já em casos de ruptura prematura de membranas com ausência de trabalho de parto espontâneo, recomenda-se o uso de indutores dentro das primeiras 24 horas após a ruptura. Nesses casos, a não indução do parto poderá desencadear sofrimento fetal e óbito. Outras causas podem incluir pré-eclâmpsia em mulheres com ≥ 37 semanas, eclâmpsia, comprometimento fetal agudo, corioamionite, pós datismo (idade gestacional ≥ 41 semanas), restrição de crescimento fetal, entre outras (BRASIL, 2017; FIOCRUZ, 2021).

Dados de um estudo multinacional realizado com mulheres que pariram em 2013, em países de alta renda em todo o mundo (Holanda, Bélgica, Alemanha, Finlândia, Islândia, Irlanda, Inglaterra, Suécia, Noruega, Dinamarca, Malta, Estados Unidos e Chile) foram usados para descrever variações na ocorrência de intervenções entre esses países e seus desfechos no parto. Os resultados mostram que as taxas de indução do parto são mais frequentes em mulheres nulíparas, variando de 13,8% na Suécia a 35,9% na Irlanda, e entre múltíparas de 8,2% na Suécia a 28,1% em Malta. (SEIJMONSBERGEN-SCHERMERS *et al.*, 2020).

Uma revisão sistemática incluindo 36 estudos objetivou comparar os benefícios e prejuízos entre a indução eletiva do parto e o manejo expectante da gravidez, onde verificou-se a indução eletiva do parto na 41^a semana de gestação ou mais tarde esteve associada a uma redução da necessidade de parto cesáreo, menor risco de sofrimento fetal e menor presença de líquido amniótico com mecônio. (CAUGHEY *et al.*, 2009).

Outro estudo internacional conduzido na França teve como objetivo avaliar a frequência e os determinantes do uso indevido de ruptura prematura de membrana (amniotomia) e/ou administração de ocitocina para induzir ou acelerar o parto. Os resultados evidenciaram que essa intervenção foi desnecessária e sem indicação clínica em quase um terço das mulheres que pariram de maneira espontânea, sendo realizada sem critérios especificados e registrados. Esta prática ocorreu principalmente em maternidades pequenas e

privadas, sem unidade de apoio ao parto fisiológico capaz de promover uma assistência adequada. (GIRAULT *et al.*, 2021).

A episiotomia por sua vez, teve seu uso introduzido nas maternidades de maneira liberal na prática clínica, sem critérios ou evidências científicas sobre seus benefícios. Inclusive, estudos observaram que não há justificativa para a manutenção desta intervenção de maneira rotineira, uma vez que esta não protege o assoalho pélvico, causa maior dor, sangramento e complicações materna. Assim, em virtude da insuficiência de resultados que comprovem sua efetividade, a episiotomia tornou-se, em âmbito mundial, um procedimento restrito, onde sua indicação apresenta inúmeras controvérsias. (CORRÊA JÚNIOR; PASSINI JÚNIOR, 2016).

Apesar do seu uso ser útil em algumas situações, não há uma definição padronizada e concreta acerca de sua indicação específica. Sua prática deve ser conduzida de maneira seletiva e depende, muitas vezes, da opinião do obstetra baseada no cenário clínico no momento do parto. Quando realizada, sua aplicabilidade deve ser predominantemente para: abreviar o período expulsivo (em casos de suspeita de sofrimento fetal), reduzir risco de laceração perineal iminente, principalmente aquelas de terceiro ou quarto grau, parto operatório com fórceps, distócia de ombro, macrosomia fetal, primiparidade, medida do corpo perineal curta (espaço entre o ânus e a vagina), rigidez perineal, parto vaginal pélvico, entre outras. (ACOG, 2018; FEBRASGO 2018; THAKUR *et al.*, 2020).

Um estudo de coorte prospectivo realizado com 200 mulheres submetidas ao parto vaginal em maternidades na Índia, buscou comparar os desfechos da prática de episiotomia seletiva com episiotomia de rotina. As parturientes foram divididas em dois grupos de 100 cada, por randomização simples. O grupo de estudo foi aquele que não recebeu episiotomia, a menos que fosse inevitável (episiotomia seletiva) e o grupo controle foi aquele em que houve episiotomia em todas as participantes (liberal). Foi verificado que a taxa de trauma perineal no grupo de estudo foi de 62% enquanto no grupo controle foi de 100% (THAKUR *et al.*, 2020).

Shalini *et al.* (2016) em seu estudo, enfatizam a ocorrência de uma maior taxa de laceração perineal grave, dor pós-parto, incontinências e complicações subsequentes em mulheres que foram submetidas a episiotomia de rotina, sem qualquer indicação clínica. Também mostrou que a incidência de traumas perineais de 3º e 4º graus em mulheres nulíparas foi significativamente menor naquelas que foram submetidas a episiotomia em comparação com aquelas que não foram.

Jiang *et al.* (2017) defendem que a episiotomia não deve ser vista como um tabu, devendo ser realizada à luz de critérios clínicos bem definidos, onde os benefícios esperados

devem ser capazes de superar riscos potenciais. Dessa forma, a episiotomia seletiva quando bem justificada e embasada, com técnica correta, pode proteger contra laceração perineal e vaginal. Entretanto, esses dados são conflitantes, uma vez que uma episiotomia mal conduzida também pode provocar traumas perineais graves. A falha na indicação desta intervenção, quando houver situação clínica em que é evidente a sua necessidade, torna-se igualmente prejudicial. Além disso, esta prática não deve ser executada sem a autorização da parturiente, após devidos esclarecimentos que justifiquem sua realização.

Seijmonsbergen-Schermers *et al.* (2020), em seu estudo multinacional, constataram que a realização de episiotomia ocorre com mais frequência em mulheres nulíparas, variando de 6,1% na Suécia a 67,5% na Bélgica em comparação com 1,5% a 30,2% entre mulheres múltíparas, nos mesmos países. Esses resultados sugerem que intervir no processo de gravidez e parto é mais comum em alguns países, sobretudo aqueles com alta renda populacional, sem que isso seja necessariamente justificado por diferenças nas características individuais da população.

Segundo os mesmos autores, os fatores que podem estar atrelados às decisões de intervenção no parto incluem aspectos econômicos, psicológicos, organizacionais e culturais, tendo em vista que as diferenças nos serviços de saúde entre os países são influenciadas por questões financeiras dependentes de reembolso dos planos de saúde, sugerindo que os incentivos financeiros desempenham um papel importante para a qualidade do cuidado no parto e nascimento.

Ainda em relação às boas práticas obstétricas, a OMS reforça a recomendação de que a instituição ou profissional de saúde não deve impor nenhuma posição durante o trabalho de parto e parto à mulher, e sim estimular a liberdade de movimentação e posição, incluindo as verticais, respeitando o desejo da mulher e priorizando o seu conforto. Ressalta ainda que as posições verticais e laterais podem proporcionar maiores benefícios na melhoria dos resultados perinatais, reduzindo complicações obstétricas (WHO, 2018).

De acordo com as melhores evidências científicas nacionais e internacionais, a posição supina e litotomia no momento do parto devem ser evitadas, pois estão associadas ao aumento da necessidade de instrumentalização de partos vaginais, traumatismo perineal grave, parto comparativamente mais longo, aumento da dor perineal, frequência cardíaca fetal anormal e maior perda sanguínea. Além disso, tende a comprimir grandes vasos, prolongando o trabalho de parto e o período expulsivo, repercutindo negativamente sobre os resultados perinatais. Assim, as parturientes devem ser desencorajadas a adotar a posição litotômica e estimuladas a escolher uma posição que lhes seja mais confortável, entre elas posição de

cócoras, lateral e quatro apoios (CARVALHO *et al.*, 2015; ANDRADE, 2016; BRASIL, 2017; WHO, 2018; HUANG *et al.*, 2019).

Por outro lado, um estudo realizado por Rocha *et al.* (2020) enfatizam que quando as mulheres dão à luz na posição verticalizada, especialmente nas posições agachadas e sentadas, há um maior risco de traumas perineais de segundo grau e um aumento de perda sanguínea superior a 500 ml, devendo o profissional de saúde estar atento para evitar complicações e intervir em quaisquer emergências. Apesar desses resultados, houve uma redução significativa dos partos assistidos e menor frequência de episiotomia

Côrtes *et al.* (2018) mostram que há maiores benefícios físicos e psicológicos quando as mulheres adotam posições verticais no parto, incluindo menor duração do trabalho de parto, redução da dor e de intervenções obstétricas. Entretanto, em razão da baixa qualidade metodológica dos estudos disponíveis, ainda não é possível estimar os riscos e benefícios das diferentes posições no parto, sendo responsabilidade de mulher decidir pela posição que queira assumir no parto.

Uma revisão sistemática com metanálise, utilizando 26 estudos com alto nível de evidência científica classificado pelo Sistema *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE), corrobora os resultados encontrados por Côrtes *et al.* (2018), concluindo que não houve diferença estatística significativa entre posições verticalizadas em relação as posições horizontais. Apesar desses resultados, a OMS afirma que posições verticalizadas no parto normal, apresentaram menores índices de lacerações perineais graves e orienta que esta prática deve ser estimulada pelos profissionais no momento do parto, no intuito de evitar comprometimentos perineais graves. Entretanto, não é possível afirmar com afinco a eficácia desta intervenção em detrimento das posições horizontais, no que tange a preservação da integridade perineal. (ROCHA *et al.*, 2020).

No Brasil, apesar da implantação do modelo de assistência humanizada e das recomendações da OMS acerca da autonomia da mulher no momento do parto, a posição de litotomia continua sendo utilizada no período expulsivo pela maioria das parturientes. Esses dados são apresentados pela pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada em 2012, onde 91,7% das mulheres pariram em posição litotômica, caracterizando-se como uma prática rotineira em maternidades brasileiras (LEAL *et al.*, 2014).

Outra intervenção não recomendada pela OMS e várias outras sociedades obstétricas internacionais é a manobra de Kristeller, devido seu alto potencial danoso para desfechos materno e fetais desfavoráveis. Além disso, não foi encontrado na literatura estudos que comprovem os benefícios desta prática (WHO, 2018).

Um estudo observacional prospectivo realizado no Egito com 8.097 mulheres teve como objetivo verificar a prevalência, benefícios e desfechos materno-fetais ocasionados pelo uso da manobra de Kristeller no segundo estágio do trabalho de parto de mulheres submetidas ao parto normal. Foi constatado que, apesar da redução da duração do segundo estágio em mulheres primíparas, houve um aumento significativo do risco de ruptura uterina, lacerações perineais de 3º e 4º grau, dispareunia e incontinência urinária seis meses após o parto (MOIETY *et al.*, 2014).

Em 2017, uma revisão realizada pela Cochrane identificou cinco ensaios clínicos randomizados que utilizaram a manobra de Kristeller. Em um deles, conduzido com 295 puérperas, foi evidenciado a ocorrência de rupturas uterinas, vaginal, perineal e anal nas mulheres que sofreram pressão manual do fundo do útero. Em outro estudo, realizado com 1.158 nulíparas na África do Sul, as mulheres relataram intensa dor e desconforto durante a intervenção. Assim, a revisão concluiu que não há evidências suficientes para o uso rotineiro da manobra de Kristeller por meio de qualquer método. Tampouco há indicação clínica do seu uso em contextos específicos, como primiparidade, exaustão materna, macrossomia fetal, entre outros (HOFMEYR *et al.*, 2017).

Abasian Kasegari *et al.* (2020) identificaram que o uso da manobra de Kristeller ocorre com mais frequência em países de renda média e baixa, podendo estar atrelada à fatores socioeconômicos, regionais ou até mesmo de processo de trabalho, como práticas de cuidado arcaicas e profissionais de saúde desatualizados. Ao passo que não foram encontradas publicações que forneçam evidências da aplicabilidade dessa intervenção em países considerados de alta renda, como Reino Unido ou Austrália. Além disso, Estados Unidos e União Europeia decidiram contra o uso dessa prática, desencorajando ainda mais sua utilização em alguns países.

Uma revisão sistemática e metanálise analisou 76 estudos, relatando dados de 22 países, identificando altas taxas de efeitos adversos após a aplicação da manobra de Kristeller, como lesão perineal grave, hipóxia neonatal, distócia de ombro, fraturas neonatais, pontuações de Apgar mais baixas e taxas mais altas de admissão em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Além disso, a técnica pode ocasionar hipotensão severa à parturiente, ocasionada pela compressão da veia cava no momento da pressão exercida no fundo do útero, em direção à coluna materna (FARRINGTON *et al.*, 2021).

Segundo o mesmo autor, diretrizes locais e nacionais inconsistentes e sem evidência científica podem estar contribuindo para o uso generalizado da manobra de Kristeller. São necessários esforços dos gestores, legisladores locais e profissionais de saúde

para eliminar essa prática desnecessária e potencialmente prejudicial, por meio de políticas públicas relevantes, capacitação de profissionais, uso de auditoria e otimização de recursos financeiros, garantindo que as diretrizes locais se alinhem com as diretrizes internacionais recomendadas pela OMS para garantir um cuidado materno de qualidade.

E por fim, a categoria das recomendações implementadas apenas no contexto rigoroso de pesquisa, indicando que existem incertezas importantes sobre o uso de determinada prática. Nesses casos, a intervenção ainda pode ser realizada em grande escala, desde que assuma a forma de pesquisa capaz de abordar questões não respondidas e incertezas relacionadas à sua eficácia, aceitabilidade e viabilidade (WHO, 2018).

A OMS ressalta ainda que as recomendações de Boas Práticas de Atenção ao Parto devem ser adotadas por todos os estabelecimentos de saúde que realizam parto e que a não aplicabilidade de práticas cientificamente comprovadas como benéficas à vida da mulher e bebê se caracteriza como negligência e iatrogenia no cuidado, podendo colocar em risco a vida de ambos (ANDRADE, 2016; WHO, 2018).

Embora haja ampla divulgação deste documento, algumas práticas ainda persistem, como a intensa medicalização, o alto índice de partos cesáreos, a ausência do acompanhante durante os períodos clínicos do parto e a utilização de tecnologias potencialmente prejudiciais à mulher (ANDRADE *et al.*, 2016; BITTENCOURT *et al.*, 2016; ALMEIDA *et al.*, 2017; BRASIL, 2017).

Um estudo nacional realizado entre 2011 e 2012 por Leal *et al.* (2014) examinou 266 hospitais de médio e grande porte na rede pública, privada e mista (privados conveniados pelo SUS), onde foi possível verificar a ocorrência de práticas inadequadas por regiões geográficas no Brasil, obtendo-se os seguintes resultados: maiores índices de cateterização venosa periférica ocorreu na região Sudeste (76,0%), manobras de Kristeller e realização de episiotomia predominantemente altas na região Centro-Oeste com 45,5% e 69,2% respectivamente. Além disso, uma a cada quatro mulheres sofre algum tipo de intervenção obstétrica durante o parto. Todavia, o estudo não explicitou os fatores associados à realização destas práticas, levando-nos a questionar se essas intervenções foram realizadas com ou sem a presença do acompanhante.

Neste mesmo estudo, constatou que menos de 6% das mulheres tiveram a chance de vivenciar um parto sem intervenções obstétricas, onde 53,5% sofreram episiotomia, 74% fizeram uso de cateter venoso periférico e 36,1% sofreram manobra de Kristeller. Verificou-se também que 52% dos nascimentos ocorreu por cesariana (LEAL *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2017).

Esses procedimentos, quando utilizados sem indicação clínica, causam dor e sofrimento à mulher, além de não ser recomendado pela OMS. Acredita-se que a maioria das mulheres não vêm tendo seus direitos respeitados durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Muitas até o desconhecem, dificultando a identificação de situações de violação. Esse resultado reflete um retrato histórico da assistência ao parto praticada no Brasil e da necessidade de um esforço conjunto para mudar essa realidade (LEAL *et al.*, 2014; JARDIM; MODERNA, 2018; GOMES *et al.*, 2019).

Atualmente, um estudo realizado por Bittencourt *et al.* (2021) verificou o grau de implantação das boas práticas de atenção ao parto no Brasil e constatou que as maternidades ainda se encontram com alto percentual de inadequação para as IDPP: litotomia (86,3%), amniotomia (87,1%), episiotomia (55,6%), venóclise (63,5%), Kristeller (18,5%) e uso de drogas uterotônicas (4,3%), mostrando que o Brasil tem avançado timidamente para a redução dessas práticas em comparação aos estudos realizados antes da RC. Apesar dos avanços, ainda persiste no país um modelo de cuidado baseado em intervenções que deveriam ser eliminadas, pois além de expor as parturientes de baixo risco a desfechos materno desfavoráveis, aumentam os gastos e desperdício de recurso hospitalar.

Segundo os mesmos autores, as regiões com maior desenvolvimento social e econômico, como Sul e Sudeste, mostraram uma maior adequação na estrutura física das maternidades e no processo de trabalho dos profissionais quando comparado com regiões mais pobres – Norte, Nordeste e Centro-Oeste, apontando para iniquidades sociais na atenção ao parto entre as regiões.

A OMS tem divulgado que uma proporção substancial de mulheres grávidas saudáveis continua sofrendo intervenções obstétricas e de maneira rotineira, intervenções estas que somente deveriam ser realizadas sob indicação clínica recomendada em contextos específicos, como o uso de fluidos intravenosos e indutores do parto, realização de amniotomia, episiotomia e cesariana. Outras, como imobilização no leito, posição de litotomia no parto e manobras de Kristeller não têm indicação para serem realizadas sob hipótese alguma, pois não há evidências claras de que eles sejam benéficas ou otimizem o parto. Pelo contrário, estas se caracterizam como potencialmente prejudiciais e danosas, podendo repercutir negativamente sobre os resultados perinatais (CARVALHO *et al.*, 2015; ANDRADE, 2016; WHO, 2018).

6 ASPECTOS METODOLÓGICOS

6.1 Delineamento do estudo

Este estudo representa um recorte da pesquisa intitulada “Avaliação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha”, que teve como objetivo avaliar o grau de implantação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento em maternidades vinculadas à RC, sendo realizado em parceria da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) com a Escola Nacional de Saúde Pública Prof. Sérgio Arouca (ENSP) - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sob a coordenação do Ministério da Saúde.

O presente estudo, oriundo desta pesquisa avaliativa maior, trata-se de um estudo transversal analítico, que buscou analisar a ausência do acompanhante em tempo integral e seu efeito na ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto (IDPP) em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha, no Brasil.

6.2 Local e Período de estudo

O estudo ocorreu em âmbito nacional, no período de dezembro de 2016 a outubro de 2017.

Quanto à sua organização político-administrativa, o Brasil possui 26 Unidades Federativas (UF) e o Distrito Federal. Possui cinco Regiões (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste) e 5.570 municípios. O estudo foi desenvolvido com dados das Regiões, das UF e Distrito Federal e dos municípios brasileiros (IBGE, 2019).

O Brasil é um país com dimensões continentais e desigualdades igualmente extensas. Esta heterogeneidade aplica-se aos aspectos geográficos, físicos, humanos, culturais, socioeconômicos e de saúde, sobretudo materno-infantil (MATOS, 2019).

Segundo o IBGE (2019), as regiões brasileiras apresentam a seguinte estrutura geográfica, populacional, econômica e de saúde materna:

A região Norte é a maior região do país em área territorial, com 3.869.638 km², com uma população de 17,92 milhões de habitantes, taxa de analfabetismo de 9,5%, Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 223,538 bilhões e RMM por 100 mil nascidos vivos de 76,0, sendo essa a maior do Brasil, seguido da região Nordeste. (estimativa 2017 - IBGE).

A região Nordeste é a segunda maior região do Brasil em quantitativo populacional, atrás somente do Sudeste. Possui uma área de 1.554.291,6 km², população de

57,36 milhões de habitantes, PIB de aproximadamente R\$ 555,325 bilhões, taxa de analfabetismo (16,6%) e RMM de 75,3 por 100 mil nascidos vivos (estimativa 2017 - IBGE).

A região Centro-Oeste por sua vez, é a segunda maior do país em área territorial, com 1.606.403,5 km², população 15,85 milhões de habitantes, taxa de analfabetismo de 6,5%, PIB de R\$ 396,411 bilhões e RMM por 100 mil nascidos vivos de 65,9 (estimativa 2017 - IBGE).

A região Sudeste é conhecida pelas altas concentrações demográficas, urbanísticas e econômicas, captando consigo a maior parte da população brasileira. Possui uma área territorial de 924.620,7 km², população de 86,93 milhões de habitantes e o maior PIB do país, em torno de R\$ 2,295 trilhões. A taxa de analfabetismo é a segunda menor do país (4,7%) e a RMM é de 54,3 por 100 mil nascidos vivos (estimativa 2017 - IBGE).

A região Sul é a menor das regiões brasileiras, mas a terceira mais povoada. Possui uma área de 576.774,3 km², população 29,64 milhões de habitantes e um PIB de R\$ 672,049 bilhões. Cabe salientar que a região possui a menor taxa de analfabetismo (4,2) e RMM (43,7 por 100 mil nascidos vivos) do país. (estimativa 2017 - IBGE).

Com base no exposto, observa-se que, no ano de 2015, o Brasil ainda apresentou a RMM com estimativas abaixo dos padrões mínimos exigidos pela OMS, sendo o único Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que não foi alcançado pelo país. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram tendências decrescentes para a RMM. As menores taxas foram observadas na Região Sul, seguida da Região Sudeste, e as maiores taxas foram observadas nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2018).

6.3 População e amostra

As unidades de análise foram puérperas de todas as regiões do Brasil que pariram nos estabelecimentos hospitalares avaliados, públicos e mistos (privados conveniadas com o SUS) pactuadas pelo Plano de Ação Regional da Rede Cegonha (PAR-RC), considerando dados sociodemográficos macrorregionais, dados inerentes às características individuais e obstétricas das puérperas e da prática assistencial dos profissionais nas maternidades.

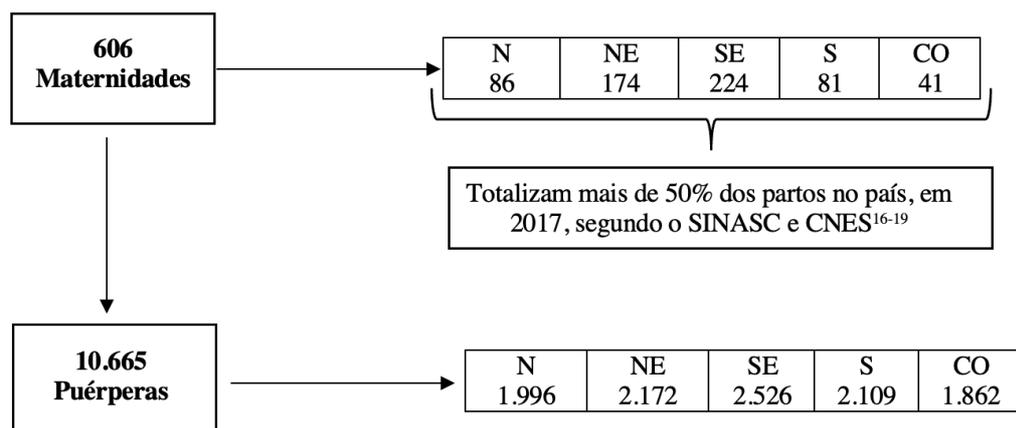
A amostra de puérperas foi estratificada por macrorregião geográfica. O tamanho da amostra foi calculado com base em uma taxa de parto vaginal de 50%, para detectar diferenças de 5%, com nível de significância de 5% e poder de 80%, totalizando um mínimo de 1.800 puérperas para cada macrorregião, acrescido de 10% para eventuais perdas (VILELA *et al.* 2021).

Para cada região, o número de puérperas amostradas por hospital foi proporcional ao seu tamanho (partos/ano) de modo que mais puérperas foram amostradas nos hospitais maiores e menos puérperas nos hospitais menores. Foi definido um número fixo de dias de coleta de dados para cada região, sendo estabelecido um mínimo de 3 (três) puérperas por hospital, obrigatoriamente.

Foi definido um número fixo de dias de coleta de dados de acordo com o volume de partos nas maternidades elegíveis, sendo de 4 (quatro) dias na região Norte, 2 (dois) dias nas regiões Nordeste e Sudeste, 5 (cinco) dias na região Sul e 7 (sete) dias na região Centro-Oeste.

Foram entrevistadas 10.665 puérperas de todas as regiões do Brasil, que pariram nos estabelecimentos elegíveis. Destas, foram avaliadas 1.996 na região Norte, 2.172 na região Nordeste, 2.526 no Sudeste, 2.109 na região Sul e 1.862 no Centro-Oeste. O plano amostral gerou uma super-representação das regiões Norte, Sul e Centro-Oeste, sendo necessária a correção por meio de um procedimento de calibragem. Dos 606 estabelecimentos selecionados, obteve-se uma representatividade nacional, onde 86 estavam localizados no Norte, 174 no Nordeste, 224 no Sudeste, 81 no Sul e 41 no Centro-Oeste.

Figura 2 - Distribuição amostral das maternidades vinculadas à Rede Cegonha e das puérperas avaliadas, por macrorregião.



N= Norte, NE= Nordeste, SE= Sudeste, S= Sul, CO= Centro-Oeste.

Fonte: A autora (2021).

6.3.1 Critérios de inclusão

Foram elegíveis todos os 606 estabelecimentos de saúde públicos ou conveniados com o SUS que, em 2015, estivessem contratualizados com o PAR-RC e preenchiam os seguintes critérios: realizaram 500 ou mais partos e em região de saúde com PAR-RC independentemente da liberação de recursos (N=581); ou menos de 500 partos, e em região de saúde com PAR-RC, independente da liberação de recursos (N=25). Esse conjunto de estabelecimentos hospitalares foi responsável por mais de 50% dos partos realizados no país, em 2017 (SINASC, 2017; VILELA *et al.*, 2021).

Os estabelecimentos foram identificados pelo *linkage* entre o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Para a seleção das puérperas, foram incluídas apenas aquelas cujos partos ocorreram nas maternidades avaliadas. Foi facultado às puérperas a escolha pela participação no estudo. Em caso de desistência, procedeu-se com o preenchimento do formulário de desistência da puérpera e armazenado em dispositivo digital (*tablet*).

6.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos estabelecimentos com ausência de partos, mas com liberação de recursos (sem obstetrícia), com um quantitativo de 25 instituições.

Também foram excluídas puérperas em situação de instabilidade clínica, como: uso oxigenioterapia, sedação, unidades intermediárias ou em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), transtorno mental, deficiência auditiva, internadas por motivo de aborto ou que não compreendiam o idioma português. Recusas representaram 0.8% do total das puérperas elegíveis (n=89). O instrumento de coleta de dados relacionado às puérperas não foi aplicado, nesses termos.

6.4 Instrumento, Variáveis e Técnica de Coleta de Dados

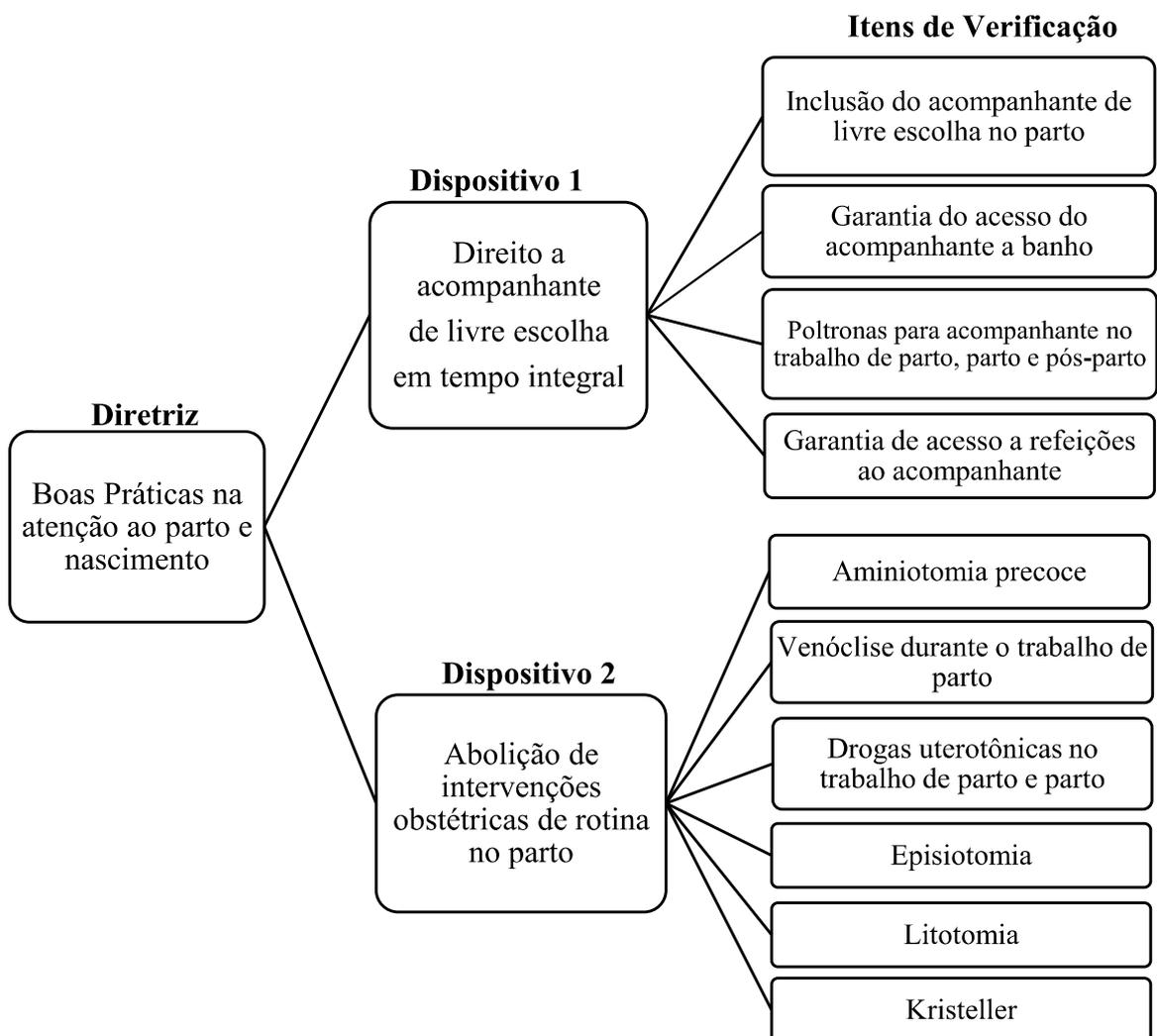
As maternidades selecionadas foram distribuídas entre dois consórcios: um coordenado pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), responsável pelos estabelecimentos de saúde localizados nas Regiões Norte e Nordeste e pela ENSP/FIOCRUZ, responsável pelas avaliações nos estabelecimentos das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

A entrevista foi realizada *in loco*, face a face com a puérpera, nas primeiras 24 horas imediatas após o parto, utilizando formulário eletrônico, na plataforma web *Research Electronic Data Capture* (REDCap - 2017). Também foram extraídos dados do prontuário da

mulher. Todo o trabalho de campo foi conduzido por profissionais de saúde treinados e com experiência em maternidades. O questionário destinado a puérpera foi construído fundamentado nos documentos e diretrizes do MS tendo como base a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), a Política Nacional da Rede Cegonha (BRASIL, 2011), as normas das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento (OMS, 1996), Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana (BRASIL, 2015) e das Diretrizes de Atenção à Gestante: parto normal (BRASIL, 2016).

A partir dos documentos supracitados, foi elaborado um quadro organizacional para avaliação das variáveis em estudo, ordenando-as em diretrizes, dispositivos e itens de verificação (Figura 3).

Figura 3 - Fluxograma das diretrizes, dispositivos e itens de verificação dos instrumentos fundamentados nos protocolos ministeriais nacionais.



Para este estudo, o termo internação refere-se aos diferentes momentos do tempo em que a mulher teve ou não acompanhante, considerados como pré-parto, parto e/ou pós-parto imediato. As variáveis incluídas foram:

- **Sociodemográficas:** macrorregião, idade materna (≤ 19 anos, 20 a 35 anos, >35 anos), cor da pele autorreferida (branca, preta, parda, amarela/ocidental, indígena), escolaridade (≤ 4 anos, 5-9 anos, 10-12 anos, ≥ 13 anos), situação conjugal atual (solteira, casada/união estável, separada/divorciada/viúva), idade paterna (≤ 19 anos, 20 a 50 anos, >50 anos), gestação planejada (não, sim).
- **Obstétricas:** tipo de gestação (única, gemelar), tipo de parto (vaginal, fórceps, cesariana), paridade (primípara, múltipara), peso do bebê ao nascer (recém-nascido de baixo peso: <2.500 g, recém-nascido de peso adequado: ≤ 2.500 a 3.999 g; recém-nascido com macrossomia fetal: ≥ 4.000 g), idade gestacional no momento do parto (<37 sem, entre 37-41 sem, >41 sem) e quantidade de consultas pré-natal (adequado: pelo menos uma consulta no 1º trimestre, duas consultas no 2º trimestre; três consultas no 3º trimestre).
- **Assistência à saúde:** a maternidade permitiu a presença do acompanhante (não, sim), a gestante teve acompanhante durante a internação (não, sim), acompanhante em tempo integral (pré-parto, parto e pós-parto) (não, sim), momento em que não foi permitida a presença do acompanhante (somente no pré-parto, somente no parto, somente no pós-parto, pré-parto e parto, pré-parto e pós-parto, parto e pós-parto, pré-parto, parto e pós-parto), acompanhante no período noturno (não, sim), quem foi o acompanhante (pai da criança/companheiro (a), amiga, mãe, irmã, doula, outra pessoa), motivo relatado pela puérpera por não ter tido acompanhante (a maternidade proibiu, proibição de acompanhante homem, acompanhante somente para adolescentes, somente acompanhante maior de 18 anos, desconhecimento do direito, não quis ter acompanhante, não tinha acompanhante, era necessário pagar para ter acompanhante, outro motivo), foi colocado soro na veia no trabalho de parto (não, sim), romperam sua bolsa depois que você chegou no hospital (não, sim), na hora do parto alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê (não, sim), cortaram o seu períneo (vagina) no parto (não, sim), qual foi a posição que você ficou para ter o bebê (litotomia, deitada de lado, reclinada, sentada, de cócoras, em pé, de quatro apoios), há registro de uso de misoprostol para indução do trabalho de parto no prontuário (não, sim), há registro de uso de ocitocina para a indução ou aceleração do trabalho de parto no prontuário (não, sim), profissional que realizou o parto (médico obstetra, enfermeiro obstetra, obstetriz, sem assistência de profissional).

Todos os estabelecimentos foram previamente informados sobre as visitas, pactuando-se datas e horário. Todas as instituições receberam, antecipadamente, uma relação

de documentos que deveriam ser disponibilizados à equipe de pesquisadores no momento da coleta de campo.

A realização da entrevista com a puérpera ocorreu em horário adequado à rotina da enfermagem, de acordo com os horários de visita, de exames, de higiene pessoal das puérperas e horário de refeições.

Foram selecionadas todas as puérperas que preencheram os critérios de inclusão e deram à luz às 00:00 h do primeiro dia de avaliação na maternidade até às 23:59 h do penúltimo dia de avaliação, a depender da quantidade de dias estabelecido para coleta de dados em cada região. Por exemplo: na região Norte, com base no cálculo amostral, definiu-se 4 dias para realização do processo. Dessa forma, o período de inclusão das puérperas se deu das 00:00 h do primeiro dia até às 23:59 h do terceiro dia. O último dia (4º dia) era destinado para entrevistar as puérperas que pariram na madrugada do 3º dia e complementar dados faltantes, e assim sucessivamente.

6.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados no *software Stata*®, versão 16.0, utilizando análises bivariadas e multivariadas, calculando-se frequências absolutas e relativas. Todas as análises foram calibradas para garantir que a distribuição das puérperas amostradas correspondesse à distribuição de partos ocorridos nos 606 hospitais, no ano de 2017.

As proporções de todas as variáveis foram comparadas entre grupos de mulheres com e sem acompanhante, por macrorregião brasileira, utilizando o teste Qui-quadrado de Wald, com intervalo de confiança (IC) de 95% e valor de $p < 0,05$, ajustadas para o efeito do cluster como estratégia metodológica para reduzir possíveis vieses de aferição que pudessem interferir nas estimativas de variância. Dessa forma, sempre que uma prevalência não estiver incluída no IC das demais, elas serão diferentes.

Para a análise de inferência causal foi utilizado um Modelo Teórico por meio da construção de um Gráfico Acíclico Direcionado (*Directed Acyclic Graph - DAG*)²³⁻²⁴, no *software DAGitty* versão 3.0. A partir desse modelo foi possível representar graficamente o efeito da exposição (ausência do acompanhante) na ocorrência do desfecho (IDPP).

Os DAGs correspondem a diagramas causais, cujo a direção do efeito se faz por meio de setas unidirecionais para apontar a direção de causalidade. Desse modo, não existe caminho da exposição para o desfecho que retorne à exposição, não sendo possível formar um circuito fechado ou cíclico (HERNAN et al., 2002).

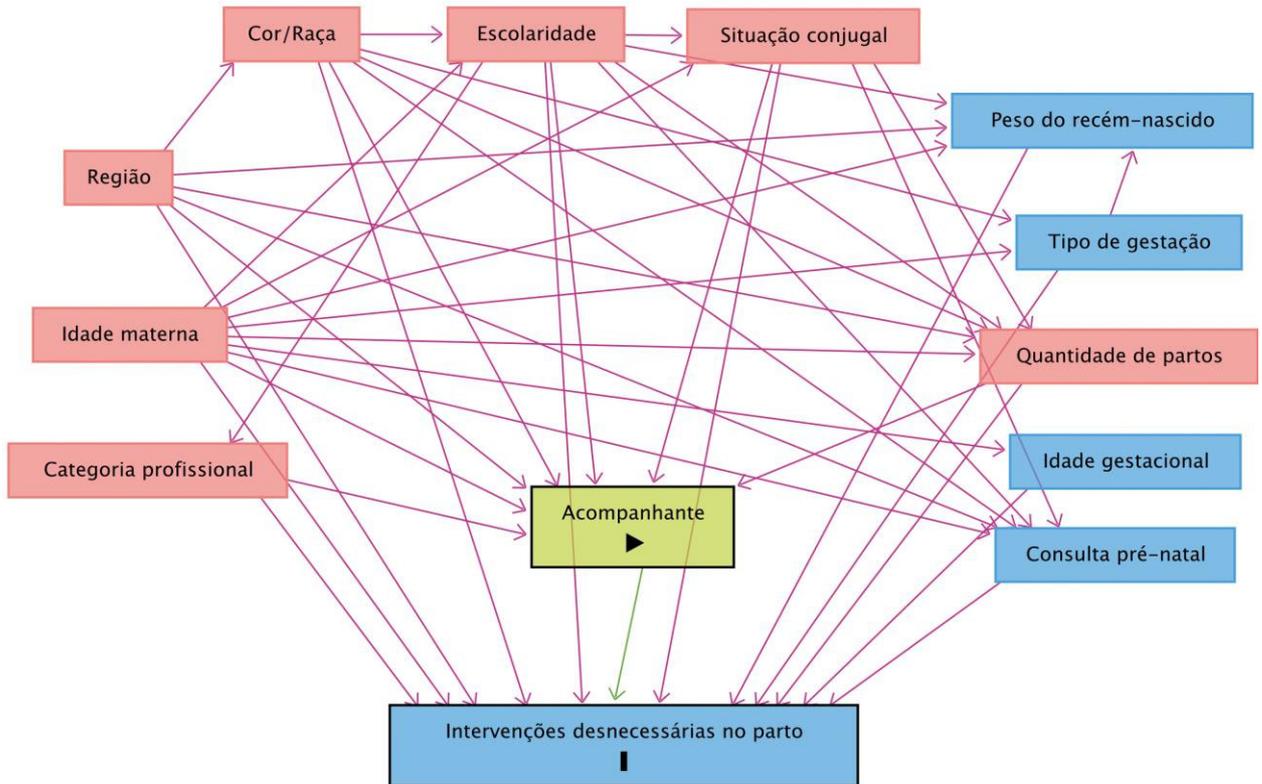
A interpretação do Modelo Teórico ocorre da seguinte maneira: os nós (retângulos) e setas vermelhas representam variáveis confundidoras, consideradas causas comuns à exposição e ao desfecho e/ou seus antecedentes, em um determinado caminho não causal, denominado caminho pela "porta de trás", sendo necessário realizar ajustes para essas variáveis. Esse ajuste bloqueia o fluxo de associações espúrias que fluem pela porta de trás, evitando erros de estimativa (SILVA et al., 2020).

Os nós azuis são ancestrais do desfecho e representam variáveis colisoras. Estas não devem ser adicionadas ao modelo de ajuste, sob risco de introduzir viés de colisão (seleção) por meio de falsas associações entre a exposição e desfecho. Já as setas verdes apontam caminhos causais da exposição ao desfecho ou mediadas pelas covariáveis (HERNÁN; ROBINS, 2016; SILVA et al., 2020).

Para a construção do DAG faz-se necessário um embasamento teórico robusto, permitindo ao pesquisador estabelecer possíveis relações causais entre as variáveis analisadas. Para esta pesquisa, alguns estudos apontam algumas variáveis como confundidoras, ou seja, causas comuns tanto da exposição quanto do desfecho, destacando-se que mulheres entre 18 e 35 anos (LEAL *et al.*, 2014; ANDRADE *et al.*, 2016), pretas (LEAL *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2017), com baixa escolaridade (MARRERO *et al.*, 2020; GOIABEIRA *et al.*, 2021; TOMASI *et al.*, 2021), múltiparas (DINIZ *et al.*, 2014; BRITO E ALVES *et al.*, 2021), solteiras (DINIZ *et al.*, 2014; GAMA *et al.*, 2021; GOIABEIRA *et al.*, 2021), que pariram nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (LEAL *et al.*, 2014; BRITO E ALVES *et al.*, 2021), cujo parto foi realizado por profissional médico (ANDRADE *et al.*, 2016; LOPES *et al.*, 2019), foram menos acompanhadas e também sofreram mais IDPP.

Após a construção do Modelo Teórico, foi identificada a necessidade de ajuste para as seguintes variáveis: macrorregião, idade materna, cor da pele autorreferida, escolaridade, situação conjugal atual, quantidade de partos (primípara ou múltipara) e categoria do profissional que realizou o parto.

Figura 4. Modelo teórico do efeito da ausência do acompanhante na ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha.



Fonte: A autora (2021).

Nota: nós e setas vermelhas representam variáveis confundidoras para ajuste, nós e setas azuis representam variáveis colisoras e nó e seta verde aponta um caminho causal da exposição ao desfecho.

Para realizar o balanceamento dos grupos exposto (mulheres sem acompanhante) e não exposto (mulheres com acompanhante) para adquirir permutabilidade entre os indivíduos, pressuposto importante para a inferência causal no intuito de minimizar viés de seleção e conferir maior consistência nos resultados, estimou-se o modelo preditivo da exposição em modelo de regressão logística múltipla, utilizando o pareamento por escores de propensão e a ponderação pelo inverso da probabilidade de exposição (pacote *teffects ipw*).

O pareamento por escore de propensão tem como objetivo corrigir diferenças indesejadas entre os grupos, priorizando aqueles que, eventualmente, estejam sub-representados, atribuindo-lhes maiores pesos na tentativa de reduzir o viés originado nas variáveis observadas e equilibrar os grupos (SILVA et al., 2020). A partir dessas estimativas, cada puérpera que não teve acompanhante foi pareada com uma puérpera que teve acompanhante mais próximo no escore de propensão, controlando assim os fatores de

confundimento e evitando que as variáveis de ajuste variassem de forma significativa (HERNÁN *et al.*, 2002).

Posteriormente, estimou-se o modelo explicativo utilizando o coeficiente de regressão para analisar o efeito da exposição no desfecho, ponderado pelo inverso da probabilidade de exposição. Essas estimativas buscam uma maior semelhança de causalidade, pois pretendem comparar o indivíduo com ele mesmo em situações diferentes, ou seja, esse mesmo indivíduo sendo analisado tanto no grupo de expostos como no grupo de não expostos em um mesmo momento. Os dados observados (factuais) contribuem para estimar aqueles não observados (contrafactuais), buscando-se obter estimativas com menores diferenças (viés de confundimento), reduzindo a ocorrência de ajustes desnecessários e danosos (HERNÁN; ROBINS, 2016).

Após a obtenção da estimativa do efeito causal, foi verificado se o balanceamento entre os grupos foi alcançado por meio da rotina *tebalance summ*. Considera-se que houve equilíbrio efetivo quando se atinge boa permutabilidade entre as variáveis preditoras do desfecho entre os grupos, obtendo-se uma diferença padronizada iguais ou próximas a 0 (zero) e taxas de razão de variância iguais ou próximas a 1 (um). Por meio dessas estimativas de causalidade, estudos observacionais são tratados como experimentais, aproximando-se ao equilíbrio produzido por randomização condicional (SILVA *et al.*, 2020).

Foram estimados os coeficientes de regressão (Coef.) brutos e ajustados e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%). O nível de significância adotado foi de 5%.

6.6 Aspectos Éticos

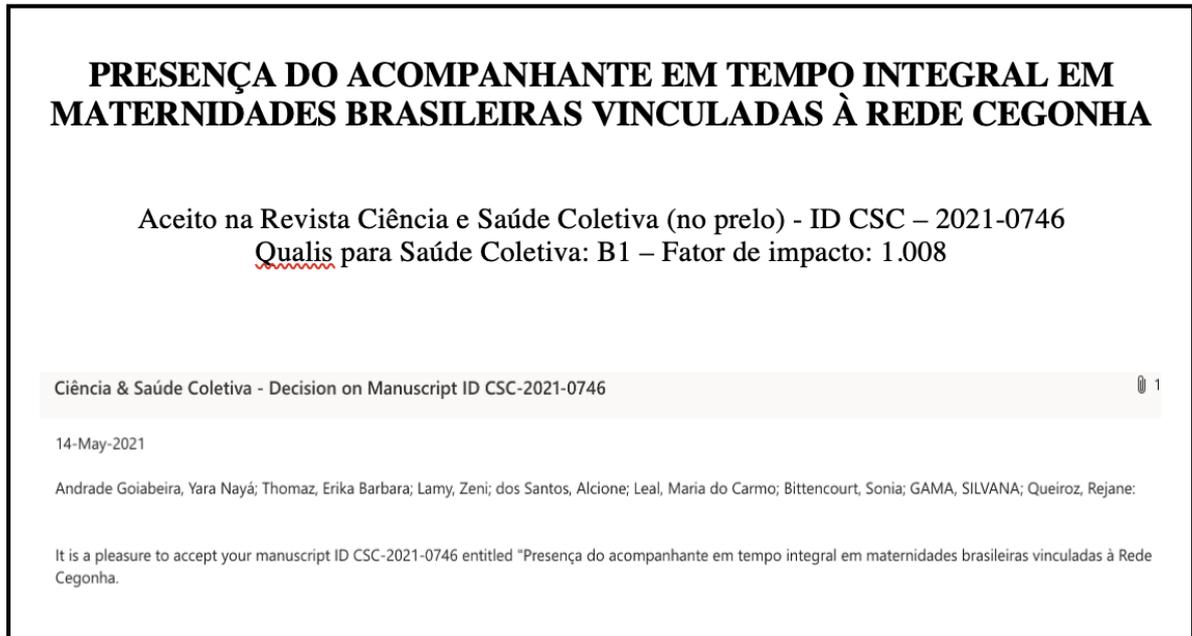
Para fins legais, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, sob parecer de N° 1.866.931 e CAAE 56389713.5.3001.5240, em 14 de dezembro de 2016. Todas as mulheres entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Por se tratar de pesquisa utilizando técnicas de entrevista e observação *in loco*, não houve riscos biológicos para os participantes. Todavia, potenciais riscos decorrentes de relações hierárquicas entre os envolvidos foram minimizados na medida em que a confidencialidade e sigilo dos dados foram garantidos. Não houve penalidades ou prejuízos às usuárias devido às suas opiniões.

Há vários potenciais benefícios decorrentes deste estudo, especialmente no que se refere à produção de dados sobre a qualidade da prática assistencial dos profissionais destinada às mulheres e acompanhantes em maternidades públicas e mistas do país, vinculadas ao SUS.

7 RESULTADOS

7.1 Artigo 1



Título:

Presença do acompanhante em tempo integral em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha

Presence of a full-time companion in Brazilian maternities linked to the Rede Cegonha

Yara Nayá Lopes de Andrade Goiabeira¹
 Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz¹
 Zeni Carvalho Lamy¹
 Alcione Miranda dos Santos¹
 Maria do Carmo Leal²
 Sônia Duarte de Azevedo Bittencourt²
 Silvana Granado Nogueira da Gama²
 Rejane Christine de Sousa Queiroz¹

¹ Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão - UFMA. São Luís -MA, Brasil.

² Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

Resumo

Objetivou-se estimar a proporção de mulheres com acompanhante em tempo integral em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha (RC) e compará-las entre as macrorregiões no Brasil. **Método:** Estudo de abrangência nacional, realizado no período de dezembro/2016 a outubro/2017. Participaram do estudo 10.665 puérperas de todas as regiões do Brasil, que pariram em uma das 606 maternidades com plano de ação regional aprovado na RC. Foram estimadas proporções e respectivos intervalos de confiança a 95%, ajustados para o efeito do cluster, comparando-se as macrorregiões pelo teste Qui-quadrado de Wald. **Resultado:** A presença do acompanhante em tempo integral ocorreu em 71,2% das maternidades, sendo maior entre puérperas com idade de 20-35 anos, de cor parda, com maior escolaridade, casadas e assistidas em parto vaginal. Quase 30% das puérperas não tiveram acompanhante em tempo integral. Nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, mulheres pretas autodeclaradas, de menor escolaridade e solteiras foram menos acompanhadas. O momento do parto teve menor presença do acompanhante (29,2%). **Conclusão:** Apesar dos avanços, este direito ainda não é cumprido integralmente, apontando para a ocorrência de iniquidades sociais entre as macrorregiões brasileiras.

Palavras-chave: Saúde Materna; Serviços de Saúde Materno-Infantil; Maternidades; Política de Saúde; Iniquidade Social.

Abstract

The objective was to estimate the proportion of women with a full-time companion in Brazilian maternities linked to the Rede Cegonha (RC) and to compare them between the macro-regions in Brazil. **Method:** A nationwide study, carried out from December/2016 to October/2017. 10,665 puerperal women from all regions of Brazil participated in the study, who gave birth at one of 606 maternity hospitals with a regional action plan approved by RC.

Proportions and respective 95% confidence intervals were estimated, adjusted for the cluster effect, by comparing the macro-regions using the Wald's chi-square test. **Result:** The presence of a full-time companion occurred in 71.2% of maternities, being higher among women aged 20-35 years, brown, with higher education, married and assisted in vaginal delivery. Almost 30% puerperal women did not have a full-time companion. In the Southeast and Midwest regions, self-declared black women, with less schooling and unmarried women were less accompanied. The moment of delivery had less presence of the companion (29.2%). **Conclusion:** Despite the advances, this right is still not fully fulfilled, pointing to the occurrence of social inequities among Brazilian macro-regions.

Keywords: Maternal Health; Maternal-Child Health Services; Hospitals, Maternity; Health Policy; Social Inequity.

Introdução

Em 2011, o Brasil instituiu a Estratégia Rede Cegonha (RC) com o intuito de implantar ações capazes de assegurar uma rede de cuidados materno e infantil pautado em um modelo de atenção ao parto e nascimento baseado nas evidências científicas disponíveis. A partir daí, buscou-se instituir as boas práticas segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Assim, a RC organizou-se em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico¹⁻⁵.

Especificamente na categoria parto e nascimento, destaca-se a importância de garantir às parturientes a presença do acompanhante de livre escolha em tempo integral (pré-parto, parto e pós-parto imediato) na maternidade. Trata-se de um direito instituído pela Lei do Acompanhante Nº 11.108, de 7 de abril de 2005 e considerada como benéfica à saúde materna, conferindo apoio emocional, otimização da fisiologia do parto, redução do período de internação e do número de cesáreas. Ressalta-se ainda que essa ação pode evitar abusos e

intervenções desnecessárias no pré-parto e parto, funcionando como um controle de qualidade da assistência profissional^{2-3, 6-10}.

A OMS classificou a presença do acompanhante em tempo integral como demonstrativamente útil e que deve ser estimulada. Embora haja ampla divulgação dessas informações, a ausência do acompanhante ainda persiste em alguns estabelecimentos hospitalares que realizam parto^{1-3, 7-8, 11}.

Um estudo nacional de base hospitalar “Nascer no Brasil”, conduzido entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, examinou 266 hospitais na rede pública, privada e mista, onde foi constatado que menos de 20% das mulheres se beneficiaram da presença do acompanhante em tempo integral^{3, 6}, resultado este que fere as Boas Práticas instituídas pela OMS e o direito estabelecido pela Lei do Acompanhante, que deveria ser cumprido em sua totalidade. Todavia, este estudo não contemplou os dados provenientes de estabelecimentos em regiões de saúde com Plano de Ação Regional aprovado na Rede Cegonha (PAR-RC), uma vez que a RC ainda estava em processo de implantação no país à época^{6, 9, 12}.

Considerando que este direito ainda não estava implantado em sua totalidade, o presente estudo destaca-se pela necessidade de identificar possíveis mudanças no cenário nacional após a implantação da RC sob a perspectiva da presença do acompanhante em tempo integral, objetivando estimar a proporção de mulheres com acompanhante em tempo integral em maternidades vinculadas à Rede Cegonha e compará-las entre as macrorregiões no Brasil.

Método

Estudo de corte transversal, com abordagem quantitativa realizado em âmbito nacional. O período de dezembro de 2016 a outubro de 2017 compreendeu o segundo ciclo avaliativo dos serviços hospitalares localizados em região de saúde com plano de ação da RC. Este é um recorte da pesquisa intitulada “Avaliação Práticas de Cuidado ao Parto e

Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha”, financiada pelo Ministério da Saúde (MS) e realizada em parceria da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) ³.

Foram elegíveis todos os 606 estabelecimentos de saúde públicos ou conveniados com o SUS que, em 2015, estavam localizados em regiões de saúde com PAR-RC que preenchiam os seguintes critérios: realizaram 500 ou mais partos e em região de saúde com PAR-RC independentemente da liberação de recursos (N=581); ou menos de 500 partos, e em região de saúde com PAR-RC e liberação de recursos (N=25). Esse conjunto de estabelecimentos hospitalares foi responsável por 61,2% dos partos do SUS em 2017 (SINASC) e por mais de 50% dos partos realizados no país ¹³⁻¹⁶. Destes, 86 estabelecimentos estavam localizados no Norte, 174 no Nordeste, 224 no Sudeste, 81 no Sul e 41 no Centro-Oeste.

Essas informações foram obtidas por meio do *linkage* entre o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹³⁻¹⁶.

Foram entrevistadas 10.665 puérperas de todas as regiões do Brasil, cujo parto tivesse ocorrido no estabelecimento selecionado desde às 00:00 horas do primeiro dia de permanência da equipe no local até às 23:59 horas do último dia de avaliação estipulado para aquela maternidade.

Em todas as regiões, o número de puérperas selecionadas por hospital foi proporcional ao seu tamanho (partos/ano). Assim, foi definido um número fixo de dias de coleta de dados de acordo com o volume de partos nos estabelecimentos de saúde elegíveis, sendo de quatro dias na região Norte, dois dias nas regiões Nordeste e Sudeste, cinco dias na região Sul e sete dias na região Centro-Oeste. A amostragem incluiu todas as puérperas

elegíveis ao longo de vários dias de coleta em todos os estabelecimentos que atendiam aos critérios de inclusão, reduzindo a probabilidade de viés de seleção.

Foram avaliadas 1.996 na região Norte, 2.172 na região Nordeste, 2.526 no Sudeste, 2.109 na região Sul e 1.862 no Centro-Oeste. O plano amostral gerou uma super-representação das regiões Norte, Sul e Centro-Oeste, que foi corrigida por meio de um procedimento de calibragem ⁴⁻⁵.

A amostra de puérperas foi estratificada por macrorregião geográfica. O tamanho amostral mínimo de puérpera em cada região foi calculado com base em uma taxa de parto vaginal de 50%, para detectar diferenças de 5%, com nível de significância de 5% e poder de 80%, totalizando um mínimo de 1.800 puérperas para cada macrorregião, acrescido de 10% para eventuais perdas. Mais informações sobre o desenho amostral encontram-se detalhadas em Vilela et al. ⁵.

Não foram incluídas mulheres em situação de instabilidade clínica, como: uso oxigenioterapia, sedação, unidades intermediárias ou em UTI, transtorno mental, deficiência auditiva, internadas por motivo de aborto ou que não compreendiam o idioma português. Recusas representaram 0.8% do total das puérperas elegíveis (n=89).

A coleta de dados foi realizada *in loco* imediatamente após o parto, por equipe de campo formada por profissionais de saúde treinados e com experiência em maternidades, reduzindo possíveis vieses de memória. Foi utilizado formulário eletrônico, na plataforma *web* – REDCap (*Research Electronic Data Capture*). O questionário destinado à puérpera foi construído fundamentado nos documentos e diretrizes do MS ^{1-2,17-20}.

Para este estudo, o termo internação refere-se aos diferentes momentos do tempo em que a mulher teve ou não acompanhante, considerados como pré-parto, parto e/ou pós-parto. As variáveis incluídas neste estudo foram: idade materna (≤ 19 anos, 20 a 35 anos, >35 anos), cor da pele autorreferida (branca, preta, parda, amarela/ocidental, indígena), escolaridade (≤ 4

anos, 5-9 anos, 10-12 anos, ≥ 13 anos), situação conjugal atual (solteira, casada/união estável, separada/divorciada/viúva), idade paterna (≤ 19 anos, 20 a 50 anos, >50 anos), gestação planejada (não, sim), tipo de gestação (única, gemelar), tipo de parto (vaginal, fórceps, cesariana), a maternidade permitiu a presença do acompanhante (não, sim), a gestante teve acompanhante durante a internação (não, sim), acompanhante em tempo integral (pré-parto, parto e pós-parto) (não, sim), momento em que não foi permitida a presença do acompanhante (somente no pré-parto, somente no parto, somente no pós-parto, pré-parto e parto, pré-parto e pós-parto, parto e pós-parto, pré-parto, parto e pós-parto), acompanhante no período noturno (não, sim), quem foi o acompanhante (pai da criança/companheiro (a), amiga, mãe, irmã, doula, outra pessoa), motivo relatado pela puérpera por não ter tido acompanhante (a maternidade proibiu, proibição de acompanhante homem, acompanhante somente para adolescentes, somente acompanhante maior de 18 anos, desconhecimento do direito, não quis ter acompanhante, não tinha acompanhante, era necessário pagar para ter acompanhante, outro motivo).

O desfecho de interesse foi obtido pela resposta positiva da puérpera à pergunta: Você teve acompanhante em tempo integral (pré-parto, parto e pós-parto) nesta maternidade? (sim, não).

A análise dos dados foi realizada no software Stata®, versão 14.0, utilizando análises bivariadas e calculando frequências absolutas e relativas. Todas as análises foram calibradas para garantir que a distribuição das puérperas amostradas correspondesse à distribuição de partos ocorridos nos 606 hospitais no ano de 2017⁴⁻⁵.

Para a análise dos dados, as proporções e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%) de todas as variáveis foram comparadas entre as macrorregiões por meio do teste Qui-quadrado de Wald, considerando alpha de 5%, ajustadas para o efeito do cluster como estratégia metodológica para reduzir possíveis erros nas estimativas de variância.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – UFMA e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, CAAE 56389713.5.3001.5240, em 14 de dezembro de 2016. Todas as pessoas entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A maioria dos partos ocorreu na região Sudeste 2.512 (23,7%). As puérperas acompanhadas com mais frequência pertenciam à faixa etária de 20 a 35 anos (n=7.292, 68,5%), cor da pele parda (n= 6.000, 57,9%), exceto na região Sul, possuíam de 10 a 12 anos de estudo (n=5.956, 56,2%), estavam casadas/união estável/vivendo com companheiro (n=8.491, 78,2%) e pariram de parto vaginal (=5.851, 55,3%) (Tabela 1).

Cabe destacar que as puérperas eram mais jovens no Norte (24,1%) e Nordeste (23,6%); o Sudeste obteve maior proporção de mães solteiras (25,2%) e a proporção de cesarianas no país permaneceu alta (42,9%), principalmente nas regiões Norte e Centro-Oeste.

Quase todas as mulheres (n=10.017; 94,1%) relataram que a maternidade permitiu a presença do acompanhante em algum momento da internação (pré-parto, parto ou pós-parto), ao passo que 71,2% (n=7.503) destas tiveram acompanhante em tempo integral, com maior proporção na região Sul (81,3%) e menor na região Centro-Oeste (62,0%) e Norte (69,1 %) (Tabela 2).

Considerando apenas as puérperas que não tiveram acompanhante em tempo integral (n=3.131, 28,6%), o momento do parto foi o mais relatado por não ter sido permitida a presença do acompanhante (29,2%), com predominância nas regiões Norte e Nordeste. No período noturno, 169 puérperas (9,6%) relataram que a maternidade não permitiu a presença do acompanhante. Durante a internação, estiveram presente em maior frequência o companheiro (43,7), seguido da mãe (33,2%).

Ao considerar apenas mulheres que não tiveram acompanhantes, o motivo mais relatado foi não dispor de alguém para acompanhá-las, sendo maior na região Sul (33,3%), seguido do Sudeste (30,6%). Enquanto nas regiões Norte e Nordeste, ocorreu devido à proibição da presença de acompanhante pela maternidade, com 28,8% e 27,7%, respectivamente (Tabela 2).

A tabela 3 apresenta as características sociodemográficas e obstétricas de puérperas com e sem acompanhante, comparadas por macrorregião e para o país. A maioria das mulheres que tiveram acompanhante em todo o país pertencia à faixa etária de 20 a 35 anos e cor da pele parda, escolaridade entre 10 a 12 anos de estudo, com companheiro e que realizaram parto vaginal ($p < 0,05$).

No entanto, mulheres acima de 35 anos, pretas autodeclaradas, com escolaridade ≤ 4 anos e separada/divorciada/viúva foram menos acompanhadas nas regiões Centro-Oeste e Sudeste.

Discussão

As análises realizadas por região geográfica apontam para um aumento da presença do acompanhante em tempo integral em maternidades de todo o país após a implantação da RC, quando comparado ao estudo “Nascer no Brasil” realizado em 2011, onde apenas 18,8% das mulheres tiveram acompanhante de maneira contínua ⁶. Mulheres de cor parda, com maior escolaridade, casadas e que pariram de parto vaginal foram acompanhadas com maior frequência. No entanto, nas regiões Sudeste e Centro-Oeste mulheres que se autodeclararam pretas, de baixa escolaridade, solteiras ou sem companheiro foram menos acompanhadas. O momento do parto foi relatado como o principal período em que não foi permitida a presença do acompanhante, com predominância nas regiões Norte e Nordeste.

Como limitação, houve a não inclusão do setor privado e a restrição da amostra às puérperas de estabelecimentos com PAR-RC, o que pode significar que extrapolações para o Brasil devem ser analisadas com certo cuidado, pois é possível que nas maternidades não

incluídas a proporção de acompanhantes seja menor devido aos poucos recursos financeiros – haja vista que os estabelecimentos vinculados à RC tiveram maiores investimentos para adequação da estrutura e mudanças no processo de trabalho. Entretanto, os estabelecimentos de saúde vinculados à RC foram responsáveis por 61,2% dos partos do SUS em 2017, no Brasil ⁵.

Acredita-se que a inclusão de maternidades privadas neste estudo possibilitaria o alcance de resultados mais satisfatórios acerca da presença do acompanhante em tempo integral na maternidade, devido ao maior monitoramento e cumprimento efetivo das normas e direitos destinados ao usuário nesses serviços de saúde.

Ressalta-se como aspectos positivos os resultados de abrangência nacional, com representatividade por macrorregiões, obtidos após implantação da RC e das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, o que permitiu observar a implementação desta política de direito ao acompanhante em tempo integral nas maternidades.

Quando comparados à pesquisa “Nascer no Brasil” ^{3,6}, onde a maioria de mulheres sem acompanhante eram pretas, de menor escolaridade e solteiras registradas nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, o presente estudo notou uma redução dessas características na região Nordeste, o aumento no Sudeste e manteve-se alta no Centro-Oeste.

Resultados de estudos internacionais conduzidos no Equador ²¹, Quênia ²², Israel e Síria ²³ destacam que mulheres brancas, alfabetizadas, ricas e empregadas foram mais acompanhadas, apontando para uma discriminação social na assistência ao parto, sugerindo dois tipos de iniquidades: a racial e a educacional, em maior ou menor proporção, a depender do nível de desenvolvimento regional. No Brasil, esses dados ferem os princípios de equidade na assistência à saúde, muitas vezes ligado às hierarquias sociais, incluindo dimensões como raça/cor, etnia, escolaridade, estado civil, classe social e outros ²⁴.

Destaca-se que a pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada há nove anos, mostrou que as mulheres submetidas ao parto cesáreo foram mais acompanhadas em algum momento da internação⁶⁻⁷. Todavia, o presente estudo aponta para uma inversão desses resultados após a implantação da RC, onde mulheres que pariram de parto vaginal foram mais acompanhadas, sugerindo uma melhoria no modelo de assistência ao parto vaginal de forma humanizada, promovendo autonomia, tomada de decisão e empoderamento da mulher para o parto^{3-4, 8-10, 12, 21, 24-25}.

Embora tenha ocorrido um grande avanço relacionado à presença do acompanhante em tempo integral em todas as regiões do país, um estudo nacional conduzido por Bittencourt et al.⁴ avaliou o grau de implantação das boas práticas após a implantação da RC, onde a presença do acompanhante foi avaliada como não adequada para 8,4% das maternidades brasileiras, com restrições estruturais e de processo de trabalho observadas em 30% das instituições. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo conduzido em três países árabes²⁶ e no Quênia²², apontando as barreiras estruturais e organizacionais como os maiores desafios para o cumprimento de boas práticas em relação ao acompanhante.

Em todo caso, no presente estudo 5,7% das mulheres que não tiveram acompanhante alegaram motivos pessoais, o que não torna os estabelecimentos hospitalares responsáveis pelo não cumprimento da referida política. Entende-se, portanto, que as boas práticas na assistência ao parto e nascimento encontram-se em diferentes estágios de implantação com variação entre as macrorregiões.

A pesquisa ainda observou que a presença do acompanhante reduz ainda mais especificamente no momento no parto, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, corroborando os resultados de outros estudos^{3,6,28} que justificam essa conduta devido às barreiras estruturais da instituição e a resistência da equipe assistencial^{4,29}. É necessário que os profissionais sejam

conscientizados sobre os benefícios dessa recomendação da OMS e que a equipe gestora incentive a implementação desta prática baseada em evidências.

A presença do acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto confere um maior suporte emocional à mulher, otimizando a fisiologia do parto, reduzindo o número de cesárias e o período de recuperação da puérpera. Ressalta-se, ainda, que essa conduta garante a segurança e qualidade da assistência profissional, reduzindo violências e práticas inadequadas ao parto ^{3-4, 6, 8, 22, 26}.

Já o principal motivo das puérperas não terem tido acompanhante nas regiões Sul e Sudeste se deu por não dispor de alguém para acompanhá-la, enquanto nas regiões Norte e Nordeste justificou-se pela proibição de acompanhante na maternidade. Resultados semelhantes ^{4,8-9,28} abordam que o cuidado produzido nas maternidades tende a ser atravessado por uma hierarquia socioeconômica e cultural, acrescido às inadequações estruturais da instituição ou fatores relacionados à mulher, como não dispor ou não desejar a presença de acompanhante.

Conclusão

O Brasil avançou em relação às boas práticas de atenção ao parto voltado para a presença do acompanhante em tempo integral após a implantação da RC em 2011, aumentando a presença do acompanhante em tempo integral de 18,8% (2011) para 71,2% (2017) em todo o país, em aproximadamente seis anos.

De maneira geral, as regiões Sul e Sudeste, regiões com maior desenvolvimento socioeconômico, apresentam resultados mais satisfatórios, quando comparados com as demais regiões. Entretanto, as condições socioeconômicas, culturais e a desigualdade, marcantes no Norte e Nordeste, apontam para a ocorrência de iniquidades sociais entre as macrorregiões brasileiras relacionadas a usufruir o direito da presença do acompanhante em tempo integral.

Apesar dos avanços, desafios ainda permanecem para garantir que as instituições cumpram esse direito garantido por lei em sua totalidade, sendo necessário reforçar os princípios da equidade, integralidade, universalidade e humanização. Sugere-se que sejam criados protocolos de registro de acompanhante em todos os momentos da internação para o parto, treinamento dos profissionais e adequação estrutural e organizacional dos serviços de saúde.

Reitera-se que políticas públicas bem conduzidas e implementadas servem como intervenções de abordagem pró-equidade, com maiores esforços em áreas de maior vulnerabilidade social, podendo contribuir com o cenário da atenção ao parto e nascimento no Brasil, com ênfase na sua utilidade para os órgãos gestores tomadores de decisão.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Relatório de Grupo Técnico. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1996.
2. Brasil. *Manual prático para implementação da Rede Cegonha*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
3. Leal MC, Bittencourt SDA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva L. BRAA, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Nakamura-Pereira M, Torres JÁ, Gama SGN, Domingues RMSM, Vilela MEA. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saude Publica* 2019; 35 (7): e00223018.
4. Bittencourt SDA, Vilela MEA, Oliveira MC, Santos AM, Silva CKRT, Domingues R, Reis AC, Santos GL. Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha: Avaliação do grau de implantação das ações. *Cien Saude Colet* [internet] (2020/Jul). [Acessado em 11 nov. 2020]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/atencao-ao-parto-e-nascimento-em-maternidades-da-rede-cegonha-avaliacao-do-grau-de-implantacao-das-acoas/17663>.
5. Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EB, Gomes MASM, Bittencourt SDA, Gama SGN, Silva LBA, Lamy Z. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: Os caminhos metodológicos. *Cien Saude Colet* [internet] (2020/Jul). [Citado em 11 nov. 2020]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-da-atencao-ao-parto-e-nascimento-nas-maternidades-da-rede-cegonha-os-caminhos-metodologicos/17658>.
6. Diniz CSG, D’Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, Lansky S, Teixeira NZF, Rance S, Sandall J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30 (Supl. 30): S140-S141.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais*

de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] - Brasília, 2017. [acessado em 10 de abril de 2018]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.

8. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bra. Saúde Matern Infant*. 2016; 16 (1): 29-37.
9. Leal AC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carm CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saude Publica* 2017; 33 (Supl. 1): e00078816.
10. Barros TCX, Castro TM, Rodrigues DP, Moreira PGS, Soares ES, Viana APS. Assistência à Mulher para a Humanização do Parto e Nascimento. *Rev Enferm UFPE* 2018; 12 (2): 554-8.
11. Carvalho EMP, Gottens, LBD, Pires MRGM. Adesão às boas práticas de atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. *Rev Es. Enferm USP* 2015; 49 (6): 890-8.
12. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica* 2014; (Supl. 30): S17-S47.
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC*. 2015.
14. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC*. 2017.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*. 2015.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*. 2017.
17. Brasil. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Dispõe sobre o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* 2005; 08 abr. [acesso em 22 de abril de 2018]; n. 67, seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana*. 2015. [acessado em 8 de julho de 2019]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf.
19. Brasil. Ministério da Saúde. *Humanização do parto e do nascimento*. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: 2014 [acessado em 29 de março de 2019]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação*. Brasília: 2018 [acessado em 29 de março de 2019]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Sau_de_da_Crianca_PNAISC.pdf
21. Gutiérrez JP, Flores RL, Genao BA. Social inequality in sexual and reproductive health in Ecuador: an analysis of gaps by levels of provincial poverty 2009-2015. *Int J Equity Health* 2019; 18 (1): 49.

22. Afulani P, Kusi C, Kirumbi L, Walker D. Companionship during facility-based childbirth: results from a mixed-methods study with recently delivered women and providers in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2018; 18(1):150.
23. Abdulrahim S, Bousmah M. Regional Inequalities in Maternal and Neonatal Health Services in Iraq and Syria from 2000 to 2011. *Int J Health Serv* 2019; 49 (3): 623-641.
24. D’Orsi E, Bruggemann OM, Diniz CS, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, Ângulo-Tuesta A, Rattner D, Domingues RMSM. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saude Publica* 2014; (Supl. 30): S154-S168.
25. Gama SGN, Viellas EF, Schilithz AOC, Filha MMT, Carvalho ML, Gomes KRO, Costa MCO, Leal MC. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad Saude Publica*. Rio de Janeiro, 2014.
26. Bittencourt SDA, Domingues RM, Reis LG, Ramos MM, Leal MC. Adequacy of public maternal care services in Brazil. *Reprod Health* 2016; 120 (120): 257.
27. Kabakian-Khasholian T, El-Nemer A, Bashour H. Perceptions about labor companionship at public teaching hospitals in three Arab countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2015; 129(3), 223–226.
28. Soares RS, Lima ACLS, Sampaio J, Melo Neto AJM, Gomes LB, Freitas WMF. Fatores relacionados à presença do acompanhante e uma maternidade da Paraíba 2015/2016. *Rev Uningá* 2017; 53 (2): 67-72.
29. Anjos AM, Gouveia HG. Presença do acompanhante durante o processo de parturição e nascimento: análise prática. *Rev Enferm UERJ*. Rio de Janeiro, 2019.

Parto Vaginal	1.036	52,6	50,4-54,9	1.170	54,6	52,4-56,7	1.460	57,1	55,0-59,1	1.187	56,6	54,3-58,7	998	52,4	49,7-55,1	5.851	55,3	54,1-56,4
Parto a Fórceps	1	<0,01	<0,01-0,4	6	0,3	0,1-0,7	29	1,1	0,7-1,7	17	0,8	0,5-1,3	2	0,1	<0,01-0,4	55	0,6	0,4-0,8
Cesariana	938	46,3	44,1-48,6	974	44,2	42,0-46,4	1.002	40,4	38,4-42,5	877	41,3	39,1-43,5	839	46,4	43,7-49,0	4.630	42,9	41,9-44,1
Sem informação	20	1,0	0,6-1,5	22	0,9	0,6-1,4	33	1,4	1,0-2,0	28	1,3	0,9-2,0	23	1,1	0,8-1,7	126	1,2	0,9-1,4

^aN (Norte), NE (Nordeste), SE (Sudeste), S (Sul), CO (Centro-Oeste).

Tabela 2 - Distribuição da ausência do acompanhante em tempo integral em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha. Brasil, 2016-2017.

	N' (n=1.996)			NE' (n=2.172)			SE' (n=2.526)			S' (n=2.109)			CO' (n=1.862)			TOTAL (n=10.665)			P-valor
	f	%	IC95%	f	%	IC95%	f	%	IC95%	f	%	IC95%	f	%	IC95%	f	%	IC95%	
A maternidade permitiu a presença de acompanhante																			
Não	120	5,8	4,9-7,0	173	7,5	6,4-8,7	112	4,4	3,6-5,3	39	1,9	1,4-2,6	183	9,9	8,1-12,1	627	5,7	5,2-6,2	<0,01
Sim	1.874	94,1	93,0-95,1	1.994	92,2	91,0-93,3	2.412	95,5	94,6-96,3	2.069	98,0	97,3-98,6	1.668	89,6	87,4-91,4	10.017	94,1	93,6-94,6	
Sem informação	1	<0,01	<0,01-0,4	5	0,3	0,1-0,8	2	<0,01	<0,01-0,3	1	<0,01	<0,01-0,9	11	0,5	0,3-0,9	20	0,2	<0,01-0,3	
Total	1.995	13,7	13,5-13,8	2.172	31,1	30,7-31,4	2.526	36,5	36,1-36,9	2.109	11,1	10,9-11,2	1.862	7,6	7,4-7,9	10.664	100,0	100,0	
A gestante teve acompanhante durante a internação																			
Não/Não se aplica	200	9,7	8,5-11,1	278	12,2	10,9-13,7	298	11,6	10,4-13,0	142	6,7	5,7-7,9	338	17,4	15,3-19,7	1.256	11,4	10,8-12,2	<0,01
Sim	1.793	90,2	88,8-91,5	1.892	87,7	86,2-89,0	2.225	88,4	86,2-89,0	1.967	93,3	92,1-94,3	1.524	82,6	80,3-84,7	9.401	88,5	87,8-89,2	
Sem informação	1	<0,01	<0,01-0,4	2	0,1	<0,01-0,5	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	3	<0,01	<0,01-0,2	
Total	1.994	13,7	13,5-13,8	2.172	31,1	30,7-31,5	2.523	35,6	36,1-36,9	2.109	11,1	10,9-11,2	1.862	7,6	7,5-7,9	10.660	100,0	100,0	
Presença do acompanhante em tempo integral																			
Não/Não se aplica	642	30,7	28,7-32,8	665	29,1	27,2-31,2	700	28,3	26,5-30,2	396	18,6	16,9-20,3	738	37,8	35,2-40,5	3.131	28,6	27,5-29,6	<0,01
Sim	1.347	69,1	67,0-71,0	1.511	70,6	68,5-72,5	1.815	71,5	69,6-73,3	1.710	81,3	79,6-83,0	1.120	62,0	59,3-64,6	7.503	71,2	70,2-72,2	
Sem informação	4	0,2	<0,01-0,6	6	0,3	0,1-0,6	5	0,2	<0,01-0,5	2	<0,01	<0,01-0,3	4	0,2	<0,01-0,6	21	0,2	0,1-0,3	
Total	1.993	13,7	13,5-13,8	2.172	31,1	30,7-31,5	2.520	36,5	36,1-36,8	2.108	11,1	10,9-11,2	1.862	7,7	7,5-7,9	10.665	100,0	100,0	
Momento em que não foi permitida a presença do acompanhante																			
Somente no pré-parto	22	5,0	3,3-7,6	43	11,3	8,4-15,1	56	14,8	11,4-19,0	41	16,9	12,6-22,3	41	11,9	8,6-16,0	203	11,9	10,3-13,8	0,09
Somente no parto	172	40,9	35,9-45,8	142	39,8	34,6-45,3	53	15,2	11,4-19,8	44	20,4	15,5-26,3	127	31,8	26,0-38,2	538	29,2	26,8-31,7	
Somente no pós-parto	53	12,3	9,5-15,9	22	5,8	3,8-8,7	174	44,9	39,6-50,4	48	20,3	15,5-26,0	39	10,2	7,4-13,8	336	22,1	20,0-24,3	
Pré Parto e Parto	31	6,5	4,5-9,1	18	4,6	2,8-7,3	10	3,4	1,7-6,3	8	3,7	1,8-7,4	12	3,8	2,0-7,1	79	4,3	3,3-5,6	
Pré Parto e Pós Parto	40	9,7	7,1-13,1	6	1,9	0,8-4,2	57	14,7	11,2-19,0	39	17,1	12,7-22,7	19	4,6	2,9-7,2	161	9,1	7,6-10,8	
Parto e Pós Parto	55	11,8	9,1-15,1	74	22,4	18,0-27,6	18	5,2	3,1-8,3	34	12,7	9,1-17,3	100	23,6	19,4-28,5	281	14,0	12,2-16,0	
Pré Parto, Parto e Pós Parto	61	13,8	10,8-17,6	59	14,2	11,0-18,1	8	1,8	0,9-3,7	20	8,9	5,8-13,5	52	14,1	10,7-18,4	200	9,4	8,1-10,9	
Total	434	17,3	16,8-17,9	364	30,9	30,0-31,8	376	34,8	33,8-35,9	234	7,6	7,3-7,8	390	9,4	8,8-10,0	1.789	100,0	100,0	
Acompanhante no turno da noite																			
Não	48	11,0	8,3-14,4	5	1,5	0,6-3,8	72	17,5	14,0-21,7	17	6,1	3,8-9,7	27	5,9	4,0-8,5	169	9,6	8,1-11,2	<0,01
Sim	390	89,0	85,6-91,7	366	98,5	96,2-99,4	322	82,5	78,3-86,0	235	93,9	90,3-96,2	369	94,1	91,5-96,0	1.682	90,4	88,8-91,9	
Total	438	16,9	16,4-17,5	371	30,7	29,8-31,6	394	35,4	34,4-36,4	252	7,8	7,5-8,0	396	9,2	8,7-9,8	1.851	100,0	100,0	
Acompanhante																			
Pai da criança/Companheiro(a)	483	27,7	25,6-29,9	394	21,1	19,2-23,0	1.306	58,2	56,0-60,4	1.514	76,2	74,1-78,2	684	45,8	42,9-48,7	4.381	43,7	42,6-44,8	<0,01
Amiga	164	8,9	7,7-10,3	233	12,2	10,7-13,9	111	5,2	4,2-6,2	75	3,8	3,0-4,7	111	7,6	6,2-9,2	694	7,9	7,2-8,5	<0,01
Mãe	639	35,5	33,2-37,8	755	39,5	37,2-41,8	625	28,3	26,3-30,3	571	28,3	26,3-30,5	528	34,4	31,8-37,0	3.118	33,2	33,1-34,3	<0,01
Irmã	291	16,1	14,4-17,9	326	18,0	16,2-19,9	261	11,8	10,5-13,3	167	8,3	7,1-9,6	197	12,3	10,7-14,1	1.242	13,9	13,1-14,8	<0,01
Doula	1	<0,01	<0,01-0,3	7	0,3	0,1-0,7	8	0,4	0,2-0,8	3	0,1	<0,01-0,4	2	0,1	<0,01-0,4	21	0,3	0,2-0,4	0,16
Outra pessoa	540	30,3	28,1-32,5	667	35,2	33,0-37,5	464	20,6	18,9-22,5	364	18,4	16,7-20,3	373	23,9	21,7-26,3	2.408	26,5	25,4-27,5	<0,01
Sem informação	3	0,2	<0,01-0,6	4	0,2	<0,01-0,5	5	0,2	<0,01-0,5	1	<0,01	<0,01-0,3	5	0,4	0,1-0,9	18	0,2	0,1-0,3	0,42
Total	1.793	13,9	13,8-14,1	1.892	30,8	30,4-31,2	2.224	36,4	36,0-36,8	1.967	11,7	11,5-11,8	1.524	7,2	7,0-7,3	9.400	100,0	100,0	

Motivo para ausência do acompanhante																			
A maternidade não permitiu	66	35,4	28,7-42,6	88	30,3	25,0-36,3	46	15,6	11,7-20,4	14	10,1	6,0-16,6	77	25,0	18,5-32,7	291	23,4	20,8-26,3	<0,01
Não permissão de acompanhante homem	52	25,2	19,6-31,9	55	19,9	15,4-25,3	22	7,4	4,9-11,1	7	5,0	2,3-10,3	38	11,4	8,1-15,7	174	13,9	11,9-16,2	<0,01
Acompanhante apenas para adolescentes	14	7,4	4,3-12,3	5	1,4	0,6-3,4	7	2,3	1,1-4,8	0	0,0	0,00	3	0,8	0,2-2,4	29	2,3	1,5-3,4	<0,01
Apenas acompanhante maior de 18 anos	5	3,0	1,2-7,1	7	2,4	1,1-5,1	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	11	3,0	1,7-5,5	23	1,5	0,9-2,4	<0,01
A gestante não sabia que poderia ter acompanhante	5	3,2	1,3-7,5	16	5,9	3,5-9,8	26	8,7	5,8-2,9	4	3,5	1,3-8,9	18	5,0	3,2-8,0	69	6,4	4,9-8,3	0,18
Não quis ter acompanhante	10	5,0	2,6-9,2	18	5,9	3,7-9,4	30	9,4	6,6-13,4	23	17,5	11,7-25,4	41	11,6	8,4-15,6	122	8,5	7,0-10,4	<0,01
Não tinha quem a acompanhasse	41	20,5	15,4-26,8	47	17,6	13,3-22,8	100	34,8	29,2-40,7	53	36,0	28,4-44,4	96	27,2	22,1-33,0	337	26,7	23,9-29,7	<0,01
Tinha que pagar para ter acompanhante	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	0,1	<0,01-2,8	0	0,0	0,0	2	<0,01	0,1-1,7	3	0,2	<0,01-0,9	<0,01
Outro motivo	32	15,1	10,8-20,8	74	27,9	22,5-33,9	87	28,8	23,7-34,5	55	38,4	30,6-46,9	84	26,8	20,3-46,9	332	27,3	24,4-30,4	<0,01
Sem informação	4	2,0	0,7-5,2	8	4,0	1,9-8,3	8	2,4	1,2-4,9	3	2,1	0,7-6,4	9	2,5	1,3-4,8	32	2,9	1,9-4,4	0,92
Total	200	11,7	11,3-12,1	273	32,7	31,6-33,8	299	37,6	36,5-38,7	141	6,5	6,2-6,8	327	11,5	10,5-12,5	1.240	100,0	100,0	

¹N (Norte), NE (Nordeste), SE (Sudeste), S (Sul), CO (Centro-Oeste).

Tabela 3 - Características sociodemográficas e obstétricas de puérperas com e sem acompanhante, que pariram em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha, comparadas por macrorregião. Brasil, 2016-2017.

	N ¹ (n=1.872)				NE ¹ (n=1.992)				SE ¹ (n=2.409)				S ¹ (n=2.069)				CO ¹ (n=1.668)				TOTAL (n=10.010)			
	f	Sim (%)	IC 95%	P valor	f	Sim (%)	IC 95%	P valor	f	Sim (%)	IC 95%	P valor	f	Sim (%)	IC 95%	P valor	f	Sim (%)	IC 95%	P valor	f	Sim (%)	IC 95%	P valor
Idade materna (em anos)				<0,01				<0,01				<0,01				<0,01				0,01				<0,01
≤19	452	98,0	96,2-99,0		478	97,9	96,1-98,8		438	95,7	93,4-97,2		392	98,4	96,5-99,2		325	94,8	91,9-96,6		2.085	97,0	96,1-97,7	
20 a 35	1.267	95,4	94,1-96,4		1.318	94,7	93,3-95,8		1.666	92,5	91,1-93,8		1.409	94,5	93,2-95,6		1.180	92,2	90,5-93,6		6.84	93,8	93,1-94,4	
>35	153	94,1	88,5-97,5		196	92,0	87,3-95,0		305	87,8	83,5-91,1		268	93,8	89,9-96,3		163	87,0	81,0-91,3		1.085	90,3	88,1-92,2	
Cor da pele materna				0,85				<0,01				<0,01				0,32				0,45				0,02
Branca	217	95,8	92,0-97,9		317	95,7	92,7-97,4		709	92,7	90,4-94,5		1.328	95,9	94,7-96,9		294	93,4	89,5-95,9		2.865	94,4	93,3-95,3	
Preta	155	96,8	92,9-98,6		300	93,2	89,5-95,7		359	92,1	88,9-94,3		206	93,0	88,3-95,8		205	89,0	84,1-92,5		1.225	92,7	91,0-94,2	
Parda	1.431	96,1	94,9-97,0		1.291	95,4	94,1-96,4		1.291	92,3	90,6-93,7		509	94,9	92,7-96,4		1.070	92,6	90,9-94,0		5.592	94,2	93,4-94,9	
Amarela/Oriental	31	94,1	79,1-98,5		42	94,9	81,3-98,7		27	96,8	80,1-99,6		12	82,3	37,4-97,3		61	92,1	82,2-96,7		173	94,2	88,9-97,1	
Indígena	28	89,1	73,6-96,0		19	100,0	100,0		6	86,9	43,2-98,3		6	66,9	26,9-91,7		18	84,0	60,2-94,8		77	92,2	85,1-96,1	
Sem informação	10	90,3	53,9-98,7		21	100,0	100,0		17	100,0	100,0		8	92,5	58,8-99,1		20	94,1	75,4-98,8		76	97,7	93,5-99,2	
Escolaridade Materna (em anos)				0,33				<0,01				<0,01				<0,01				<0,01				<0,01
≤4	113	92,3	86,1-95,9		170	92,5	87,3-95,6		80	85,7	75,6-92,0		95	89,9	82,4-94,4		63	80,4	68,4-88,6		521	90,1	86,8-92,6	
5-9	624	96,0	94,2-97,3		687	93,3	91,1-95,0		677	88,6	85,8-91,0		714	92,8	90,6-94,5		498	91,0	88,2-93,2		3.200	91,9	90,7-93,0	
10-12	972	96,5	95,1-97,5		1.038	96,5	95,1-97,5		1.486	94,4	93,0-95,4		1.136	96,7	95,4-97,6		982	93,2	91,5-94,6		5.614	95,4	94,7-96,0	
≥13	151	96,3	91,9-98,4		92	100,0	100,0		159	95,6	90,5-98,0		123	99,1	93,8-99,9		124	94,9	89,6-97,6		649	97,0	95,0-98,3	
Sem informação	11	72,5	40,2-91,2		5	81,8	32,8-97,6		7	76,6	38,6-94,4		1	100,0	100,0		1	100,0	100,0		25	77,6	57,0-90,0	
Situação conjugal materna atual				<0,01				0,39				0,09				<0,01				0,02				<0,01
Solteira	334	96,2	93,5-97,8		330	94,8	91,8-96,8		593	89,8	87,0-92,1		304	94,0	90,3-96,4		292	88,6	84,5-91,7		1.853	92,2	90,7-93,5	
Casada/ União estável	1.513	95,9	94,8-96,8		1.602	95,5	94,4-96,4		1.776	93,5	92,1-94,6		1.74	95,4	94,3-96,3		1.352	93,0	91,5-94,2		7.983	94,7	94,0-95,2	

Separada/ Divorciada/ Outra	20	91,2	72,3-98,0	47	86,4	72,5-93,9	34	90,6	73,5-97,1	24	92,9	74,9-98,3	24	92,4	73,5-98,1	149	89,2	81,9- 93,8
Sem informação	3	100,0	100,0	13	92,5	61,4-99,0	5	82,3	34,0-97,7	1	100,0	100,0	1	100,0	100,0	22	91,0	69,6- 97,8
Idade paterna (em anos)			0,13															
≤19	146	96,7	92,1-98,6	160	97,6	93,3-99,1	151	95,9	91,1-98,2	137	98,8	95,4-99,7	97	91,8	84,8-95,7	691	96,7	94,8- 97,9
20 a 50	1.604	96,3	95,2-97,1	1.746	95,2	94,0-96,1	2.175	92,8	91,5-93,8	1.875	95,1	94,0-96,0	1.513	92,7	91,3-93,9	8.913	94,2	93,6- 94,8
>50	57	86,2	75,1-92,8	48	100,0	100,0	37	78,4	60,1-89,7	36	92,3	78,4-97,5	31	82,6	65,7-92,2	209	89,0	82,6- 93,2
Gestação planejada			0,51															
Não	1.279	95,7	94,4-96,7	1.243	94,4	92,9-95,6	1.574	91,6	90,1-93,0	1.220	94,6	93,2-95,8	1.083	92,3	90,5-93,7	6.399	93,4	92,7- 94,1
Sim	590	96,5	94,7-97,7	745	96,4	94,8-97,5	834	94,1	92,2-95,6	844	95,9	94,3-97,0	577	92,0	89,4-94,0	3.590	95,2	94,3- 96,0
Sem informação	3	73,4	19,9-96,8	2	100,0	100,0	1	100,0	100,0	5	100,0	100,0	7	100,0	100,0	18	96,6	78,5- 99,5
Tipo de gestação			0,91															
Única	1.856	95,9	94,9-96,7	1.972	95,3	94,2-96,1	2.379	92,5	91,3-93,5	2.042	95,1	94,0-96,0	1.647	92,2	90,8-93,4	9.896	94,1	93,5- 94,6
Gemelar	16	96,4	77,8-99,5	20	85,6	62,9-95,4	29	93,5	77,2-98,4	27	100,0	100,0	21	91,4	71,2-97,9	113	92,7	84,9- 96,6
Não sabe/ quis informar							1	100,0	100,0							1	100,0	100,0
Tipo de parto			0,39															
Vaginal	968	95,5	94,0-96,6	1.072	94,8	93,2-6,0	1.393	91,7	90,1-93,1	1.171	94,9	93,5-96,1	897	91,4	89,4-93,0	5.501	93,5	92,7- 94,2
Fórceps	1	100,0	100,0	5	100,0	100,0	28	97,6	84,3-99,7	17	100,0	100,0	2	100,0	100,0	53	98,4	89,1- 99,8
Cesariana	886	96,4	94,9	895	95,8	94,3-97,0	956	93,4	91,5-94,9	854	95,2	93,5-96,5	747	93,2	91,1-94,8	4.338	94,8	94,0- 95,5
Não sabe/ quis informar	16	96,4	97,5	20	85,6	62,9-95,4	30	93,7	77,8-98,4	27	100,0	0,0	22	91,7	72,0-97,9	115	92,8	85,1- 96,7

¹N (Norte), NE (Nordeste), SE (Sudeste), S (Sul), CO (Centro-Oeste)

7.2 Artigo 2

Ausência do acompanhante e ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha, no Brasil.

Absence of a companion and occurrence of unnecessary interventions in pre-partum and delivery in Brazilian maternity hospitals linked to *Rede Cegonha*, in Brazil.

A ser submetido na *Revista Public Health*

Qualis para Saúde Coletiva: A2 – Fator de impacto: 2.427

Y. N. A. Goiabeira^a, E. B. A. F. Thomaz^a, R. C. S. Queiroz^a.

^a Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão – UFMA. São Luís – MA, Brasil.

Corresponding author

Yara Nayá Lopes de Andrade Goiabeira. E-mail: yara_naya@hotmail.com. Endereço: Av. da Universidade, N/N. Dom Afonso Felipe Gregory. Imperatriz – MA. Brasil. CEP: 65915-240.

Y. N. L. A. Goiabeira^a

E. B. A. F. Thomaz^a

R. C. S. Queiroz^a

^a Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão - UFMA. São Luís -MA, Brasil.

Resumo

Objetivo: Analisar o efeito da ausência do acompanhante na ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha.

Desenho de Estudo: Estudo seccional.

Método: Estudo transversal realizado em todas as maternidades vinculadas à Rede Cegonha, do Sistema Único de Saúde do Brasil. Foram incluídas todas as puérperas que pariram por via vaginal. A exposição foi a ausência de acompanhante em tempo integral e o desfecho foi a ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto. Para análise, um modelo teórico foi desenvolvido usando Gráfico Acíclico Direcionado. Utilizou-se o pareamento por escore de propensão e a ponderação pelo inverso da probabilidade de exposição para balancear os grupos e estimar o efeito causal, por meio de coeficientes de regressão (CR) ajustados e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%) ($\alpha=5\%$).

Resultado: 90,2% das mulheres que pariram por via vaginal sofreram algum tipo de intervenção. Mulheres assistidas por médicos durante o parto tiveram menos acompanhante (76,3%). As regiões Norte, Nordeste e Sudeste tiveram maior ocorrência de intervenções em mulheres sem acompanhante. As intervenções do tipo venóclise (Coef= -0,07; IC 95% -0,14 – -0,01), episiotomia (Coef= -0,06; IC 95% -0,10 – -0,01) e litotomia (Coef= -0,11; IC 95% -0,17 – -0,06) ocorreram com maior frequência em puérperas sem acompanhante.

Conclusão: a presença do acompanhante pode ser considerada como um regulador da qualidade profissional na assistência ao parto no país, tornando-a menos tecnicista e medicalizante, contribuindo para a redução de intervenções obstétricas no pré-parto e parto consideradas desnecessárias e/ou prejudiciais.

Palavras-chave: Assistência ao parto; Boas Práticas; Acompanhante de Paciente, Política de saúde; Iniquidade Social.

Abstract

Objective: To analyze the effect of the absence of a companion on the occurrence of unnecessary interventions during childbirth in Brazilian maternity hospitals linked to *Rede Cegonha*.

Study design: Cross-sectional study.

Method: Cross-sectional study carried out in all maternity hospitals linked to *Rede Cegonha*, of the Brazilian Unified Health System (*SUS – Sistema Único de Saúde*). We included all mothers who gave birth vaginally. Exposure was the absence of a companion and the outcome was the occurrence of unnecessary interventions in pre-partum and delivery. For analysis, we

developed a theoretical model using Directed Acyclic Graph. Pairing by propensity score and weighting by the inverse probability of exposure were used to balance the groups and estimate the causal effect, through adjusted regression coefficients (RC) and respective 95% confidence intervals (95%CI) ($\alpha=5\%$).

Result: 90.2% of women who gave birth vaginally suffered some type of intervention. Women assisted by a medical professional during childbirth had fewer companions (76.3%). The North, Northeast, and Southeast regions had a higher occurrence of interventions in unaccompanied women. Interventions such as venoclysis (Coef = -0,07; CI 95% -0,14 – -0,01), episiotomy (Coef= -0,06; CI 95% -0,10 – -0,01) and lithotomy (Coef= -0,11; CI 95% -0,17 – -0,06) occurred more frequently in unaccompanied postpartum women.

Conclusion: the presence of a companion in the maternity hospital can be considered as a regulator of professional quality in childbirth care in the country, making it less technical and medicalizing, contributing to the reduction of obstetrical interventions in prepartum and childbirth considered unnecessary and/or harmful.

Keywords: Delivery care; Best practices; Patient Companion; Health Policy; Social Iniquity.

Introdução

Desde 1996 a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou um guia prático contendo recomendações obstétricas para implementação de boas práticas de atenção ao parto intitulado “Maternidade Segura na Assistência ao Parto Normal”. Entre as práticas consideradas benéficas destaca-se a presença do acompanhante em tempo integral e seus benefícios, como apoio emocional e psicológico à mulher, otimização da fisiologia do parto, redução do período de internação, auxílio na realização de exercícios físicos, alimentação, massagens e demais ações que proporcionam maior conforto à mulher¹⁻⁶.

Com base nas recomendações da OMS²⁻³, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2011, a Estratégia Rede Cegonha (RC), com o objetivo de implementar uma rede de cuidados pautado em um modelo humanizado de atenção obstétrica, destacando-se a necessidade de executar as práticas baseadas em evidências, com ênfase na presença do acompanhante em tempo integral na maternidade como conduta garantida por lei, no Brasil^{4,7-12}.

Em 2018 esse guia foi atualizado, fundamentado em estudos com alto grau evidências científicas, definindo-o *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. As práticas foram reorganizadas e classificadas em: recomendadas e que devem ser estimuladas, como a presença do acompanhante em tempo integral; não recomendadas e que devem ser eliminadas, como a manobra de Kristeller e a posição litotômica no parto; recomendadas apenas em

contextos específicos e sob indicação clínica, como a infusão de fluidos intravenosos no trabalho de parto (venóclise), amniotomia, uso de ocitócitos para induzir ou acelerar o trabalho de parto e parto e episiotomia; e aquelas práticas recomendadas apenas em protocolos de pesquisa^{3,5}.

Apesar da ampla divulgação das recomendações da OMS, uma pesquisa de base hospitalar, “Nascer no Brasil”, conduzida entre 2011 e 2012, incluiu 266 hospitais na rede pública, privada e mista, constatou que apenas 18,8% das mulheres tiveram acompanhante em tempo integral, e que menos de 6% dos partos vaginais ocorreram sem qualquer intervenção desnecessária no pré-parto e parto (IDPP). No entanto, este estudo ocorreu antes da implantação da RC no país^{8,12}.

Alguns estudos sugerem que a presença do acompanhante em tempo integral pode funcionar como um controle de qualidade da assistência profissional, evitando abusos e condutas desnecessárias no pré-parto e parto^{8,13-15}.

Considerando a necessidade de mudança no paradigma assistencial de parto que perpetua atos imprudentes, negligentes, discriminatórios e violentos, busca-se investigar se o acompanhante exerce efeitos nos processos de parturição após a implantação da RC. Este estudo objetivou analisar o efeito da ausência do acompanhante na ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha. A hipótese é que mulheres sem acompanhante são mais expostas às intervenções rotineiras e desnecessárias no pré-parto e parto.

Método

Desenho de estudo

Estudo nacional de corte seccional realizado no período de dezembro de 2016 a outubro de 2017. Este é um recorte de uma pesquisa nacional intitulada “Avaliação das Práticas de Cuidado ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha”¹⁵.

População e amostra do estudo

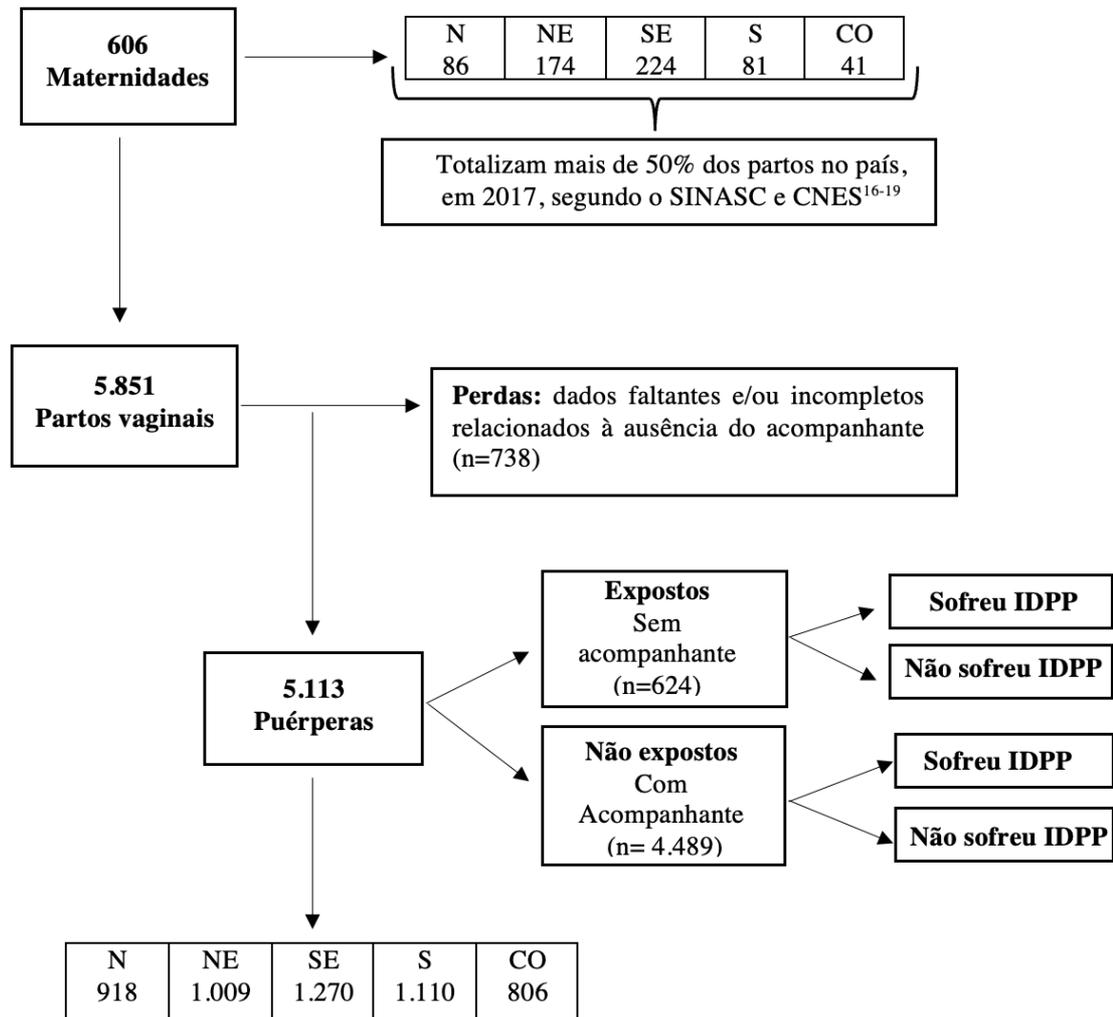
Foram incluídos 606 estabelecimentos de saúde públicos ou conveniados com o SUS que, em 2015, realizaram partos em regiões de saúde com PAR-RC. Destes, 86 estabelecimentos estavam localizados na região Norte, 174 no Nordeste, 224 no Sudeste, 81 no Sul e 41 no Centro-Oeste. Estes estabelecimentos hospitalares foram responsáveis por mais de 50% dos partos do país, em 2017 (SINASC)^{16,17}, de acordo com informações obtidas

por meio do *linkage* entre o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁵⁻¹⁹.

O tamanho amostral mínimo de puérperas em cada região foi calculado com base em uma taxa de parto vaginal de 50%, para detectar diferenças de 5%, com nível de significância de 5% e poder de 80%, acrescido de 10% para eventuais perdas¹⁵. Foram incluídas todas as puérperas que atendiam aos critérios de inclusão e que pariram nas maternidades avaliadas durante o período de coleta (quatro dias na região Norte, dois dias nas regiões Nordeste e Sudeste, cinco dias no Sul e sete dias na região Centro-Oeste), reduzindo a probabilidade de viés de seleção. Em todas as regiões, o número de puérperas entrevistadas por hospital foi proporcional ao seu tamanho (partos/ano).

Foram elegíveis 5.851 puérperas de todas as regiões do Brasil, que pariram por via vaginal no período de coleta estabelecido (55,3%), cujo parto tivesse ocorrido no estabelecimento selecionado. Após a exclusão de puérperas com informações faltantes e/ou incompletas (n= 738), foram avaliadas 918 na região Norte, 1.009 na região Nordeste, 1.270 no Sudeste, 1.110 na região Sul e 806 no Centro-Oeste, totalizando 5.113 mulheres na amostra final (**Figura 1**).

Figura 1 - Distribuição amostral de inclusão de participantes e padronização dos grupos (exposto e não exposto) para avaliação do efeito causal na ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto.



N= Norte, NE= Nordeste, SE= Sudeste, S= Sul, CO= Centro-Oeste
IDPP = intervenção desnecessária no pré-parto e parto

Fonte: Autora (2021).

Instrumento e técnica de coleta dos dados

Os instrumentos foram um questionário de entrevista com a puérpera e um formulário de extração de dados do prontuário da mãe e do recém-nascido. Para isso, foi utilizado um formulário eletrônico na plataforma web – REDCap (*Research Electronic Data Capture*), reduzindo erros de digitação. A entrevista foi realizada *in loco*, face a face com a puérpera, nas 24 horas imediatas após o parto, reduzindo possíveis vieses de memória.

Todo o trabalho de campo foi conduzido por profissionais de saúde treinados e com experiência no trabalho em maternidades. O questionário destinado a puérpera foi fundamentado nos documentos e diretrizes do MS^{2-4,9-10,20-21}. Informações detalhadas sobre o processo de coleta são encontradas em outros estudos^{15,22}.

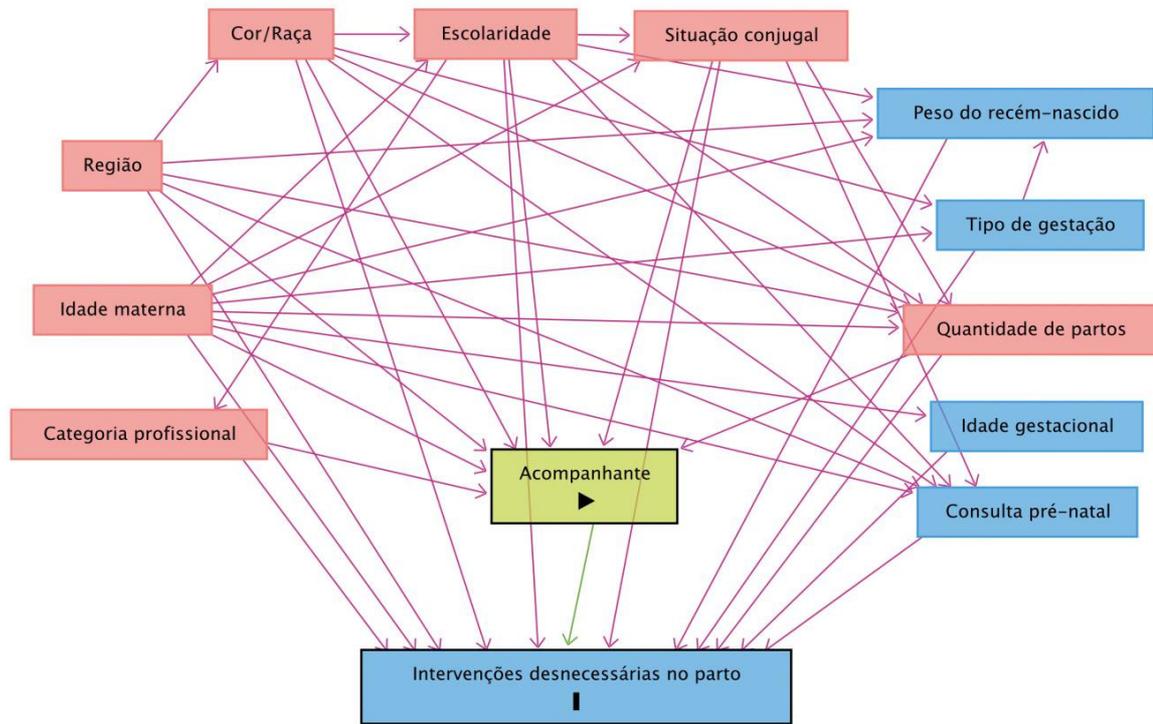
Modelo teórico e variáveis de estudo

O modelo teórico adotado para representar graficamente o efeito da ausência do acompanhante na ocorrência de IDPP foi construído utilizando Gráficos Acíclicos Direcionados (*Directed Acyclic Graph - DAG*), por meio do *software DAGitty* versão 3.0 disponível no website www.dagitty.net²³⁻²⁴.

A seleção das variáveis para compor o DAG foi fundamentada em pressupostos teóricos que permitem ao pesquisador estabelecer relações causais entre as variáveis. Entre as causas comuns tanto da exposição (ausência do acompanhante) quanto do desfecho (IDPP), consideradas como confundidoras, estudos têm observado que mulheres entre 18 e 35 anos^{1,8}, pretas^{8,11}, solteiras^{12,25-27} com baixa escolaridade²⁶⁻²⁷, multíparas^{12,28}, que pariram nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste^{7-8,12,27}, cujo parto foi realizado por profissional médico^{1,13,29}, foram menos acompanhadas e sofreram mais IDPP.

No entanto, em nenhum desses estudos foi analisado qualquer tipo de associação ou causalidade entre a ausência do acompanhante e a ocorrência de IDPP. O método de ajuste proposto pelo DAG bloqueia o fluxo de associações espúrias que fluem pela porta de trás, evitando erros de estimativa^{24,30-31}.

Figura 2 - Modelo teórico do efeito da ausência do acompanhante na ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto em maternidades brasileiras vinculadas à RC.



Fonte: Autora (2021).

Nota: Os nós (retângulos) e setas vermelhas representam variáveis confundidoras, consideradas causas comuns à exposição e ao desfecho e/ou seus antecedentes, em um determinado caminho não causal, denominado caminho pela "porta de trás". Há necessidade de ajuste para essas variáveis. Os nós azuis são ancestrais do desfecho e representam variáveis colisoras. Estas não devem ser adicionadas ao modelo de ajuste, sob risco de introduzir viés de colisão (seleção) por meio de falsas associações entre a exposição e desfecho. Já as setas verdes apontam caminhos causais da exposição ao desfecho ou mediadas pelas covariáveis^{23-24,30-31}.

Variável de exposição

Ausência do acompanhante em tempo integral na maternidade, aferida a partir da resposta da puérpera de não ter tido acompanhante no pré-parto, parto e pós parto imediato.

Variáveis desfecho

Resposta positiva da puérpera para a realização de pelo menos uma das IDPP, de acordo com a OMS²⁻³: infusão intravenosa de fluidos (não, sim), amniotomia precoce para mulheres admitidas com bolsa íntegra (não, sim), episiotomia (não, sim), uso de posição litotômica no momento do parto (não, sim) e manobra de Kristeller (não, sim). Também foram consideradas informações coletadas do prontuário sobre uso de indutores do parto: registro do uso de misoprostol (não, sim); e/ou registro do uso de ocitocina (não, sim).

Variáveis de ajuste (confundidores)

O modelo teórico DAG apontou a necessidade de ajuste para as variáveis: macrorregião (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), idade materna (≤ 19 anos, 20 a 35 anos, > 35 anos), cor da pele autorreferida (branca, preta, parda, amarela/ocidental, indígena), escolaridade (nenhum estudo, fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, \geq superior completo), situação conjugal atual (solteira, casada/união estável, separada/divorciada/viúva), quantidade de partos (primípara; múltipara) e categoria do profissional que realizou o parto (médico obstetra, enfermeiro obstetra, obstetrix, sem assistência de profissional).

Variáveis colisoras

As variáveis consideradas colisoras foram: tipo de gestação (única, gemelar), peso do bebê ao nascer (recém-nascido de baixo peso: < 2.500 g; recém-nascido de peso adequado: ≤ 2.500 a 3.999 g; recém-nascido com macrosomia fetal: ≥ 4.000 g), idade gestacional no momento do parto (< 37 sem, entre 37-41 sem, > 41 sem) e quantidade de consultas pré-natal (adequado: pelo menos uma consulta no 1º trimestre, duas consultas no 2º trimestre; três consultas no 3º trimestre).

Análise estatística dos dados

Foram calculadas as frequências absolutas, relativas e análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e obstétricas com a exposição, utilizando o teste Qui-quadrado de *Pearson*. Para a inferência causal, utilizou-se modelo estrutural marginal comparando os grupos expostos e não expostos.

Primeiramente, estimou-se o modelo preditivo da exposição em modelo de regressão logística múltipla, utilizando dois procedimentos realizados pelo pacote *teffects ipw*: o pareamento por escores de propensão e a ponderação pelo inverso da probabilidade de exposição. Essa técnica permitiu balancear os grupos e adquirir permutabilidade entre os indivíduos, pressuposto importante para a inferência causal no intuito de minimizar viés de seleção e conferir maior consistência nos resultados³⁰⁻³².

O pareamento por escore de propensão permite corrigir diferenças indesejadas entre os grupos, priorizando aqueles que, eventualmente, estejam sub-representados, atribuindo-lhes maiores pesos na tentativa de reduzir o viés originado nas variáveis observadas e equilibrar os grupos. Dessa forma, quanto menor a probabilidade de pertencer a um grupo, maior o peso, e vice-versa^{23-24,32}. A partir dessas estimativas, cada puérpera que não teve

acompanhante foi pareada com uma puérpera que teve acompanhante mais próximo no escore de propensão. Esse caminho permitiu controlar os fatores de confundimento, evitando que as variáveis de ajuste variassem de forma significativa, aproximando-os do equilíbrio produzido por randomização convencional³⁰⁻³².

Posteriormente, estimou-se o modelo explicativo por meio do coeficiente de regressão para analisar o efeito da exposição no desfecho, ponderado pelo inverso da probabilidade de exposição^{23,30}.

Após a obtenção da estimativa do efeito causal, foi verificado o balanceamento por meio da rotina *tebalance summ*, para investigar se o equilíbrio entre os grupos foi alcançado. Considera-se que houve balanceamento efetivo quando houve boa permutabilidade entre as variáveis preditoras do desfecho entre os grupos, obtendo-se uma diferença padronizada iguais ou próximas a 0 (zero) e taxas de razão de variância iguais ou próximas a 1 (um)³⁰⁻³². Foram estimados os coeficientes de regressão (Coef.) brutos e ajustados e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%). O nível de significância adotado foi de 5%. Todas as análises foram feitas no *software Stata*®, versão 16.0.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – UFMA e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, CAAE 56389713.5.3001.5240, em 14 de dezembro de 2016. Todas as pessoas entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Participaram do estudo 5.113 mulheres que pariram por via vaginal. A maioria das puérperas sem acompanhante pertencia à faixa etária entre 20 a 34 anos (67,8%), cor da pele parda (59,8%), com ensino médio completo (39,3%), vivendo com companheiro (78,8%), multíparas (90,3%), recém-nascido de peso adequado (87,0%), com pré-natal adequado (95,5%) e idade gestacional entre 37 e 41 semanas (88,6%). Mulheres que tiveram seu parto realizado por profissional médico foram menos acompanhadas (76,3%) do que aquelas que pariram com auxílio de enfermeiro(a) (30,3%), $p=0,02$ (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e obstétricas de puérperas com e sem acompanhante em tempo integral, que pariram em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. Brasil, 2016-2017.

Variáveis	Sem acompanhante (N= 624)			Com acompanhante (N= 4.489)			P valor
	F	%	IC 95%	F	%	IC 95%	
Idade materna (n=5.113)							0,18
≤ 19 anos	166	26,6	22,0-30,1	1.108	24,7	23,7-26,7	
20 a 34 anos	423	67,8	64,2-72,8	3.015	67,2	65,3-68,5	
≥ 35 anos	35	5,6	3,7-7,9	366	8,1	7,0-8,8	
Cor/raça* (n=5.071)							0,19
Branca	157	25,4	19,4-27,1	1.300	29,2	25,0-27,8	
Preta	71	11,5	9,0-14,9	548	12,3	12,3-14,7	
Parda	370	59,8	57,7-66,7	2.490	55,9	56,2-59,4	
Amarela/oriental	17	2,7	1,5-4,3	77	1,8	1,2-2,0	
Indígena	4	0,6	0,2-1,5	37	0,8	0,5-1,1	
Escolaridade* (n=5.103)							0,15
Nenhum estudo	2	0,3	<0,05-1,3	18	0,4	0,2-0,7	
Fundamental incompleto	155	24,9	19,9-27,7	1.208	27,0	25,9-28,9	
Fundamental completo	66	10,6	8,2-13,7	539	12,0	10,6-12,7	
Médio incompleto	127	20,4	16,8-24,4	824	18,4	17,2-19,9	
Médio completo	245	39,3	36,8-46,1	1.644	36,7	35,1-38,3	
≥ Superior completo	28	4,5	2,2-6,4	247	5,5	4,6-6,2	
Situação conjugal* (n=5.100)							0,94
Solteira	125	20,1	17,3-25,3	870	19,4	19,9-22,7	
Casada / União estável	491	78,8	73,5-81,6	3.546	79,2	75,9-78,8	
Separada / divorciada / viúva	7	1,1	0,5-2,5	61	1,4	1,0-1,8	
Quantidade de partos* (n= 3.043)							0,12
Primípara	36	9,7	7,6-15,2	205	7,7	7,0-9,5	
Múltipara	336	90,3	84,8-92,4	2.466	92,3	90,5-93,0	
Peso ao nascer* (n= 5.036)							0,25
RN de baixo peso (<2.500g)	59	9,8	7,9-13,7	332	7,5	7,0-8,8	
RN de peso adequado (2.500 a 3.999g)	524	87,0	82,7-89,4	3.938	88,8	87,7-89,8	
RN com excesso de peso (≥4.000g)	19	3,2	1,7-5,7	164	3,7	2,8-4,0	
Consultas pré-natal (n= 1.768)							0,60
Pré-natal inadequado	11	4,5	2,0-7,4	47	3,1	2,4-4,4	
Pré-natal adequado	236	95,5	92,6-98,0	1.474	96,9	95,6-97,6	
Idade gestacional no parto (n=1.945)							0,64
< 37 semanas	28	10,3	6,1-14,3	162	9,7	7,7-10,8	
37 a 41 semanas	242	88,6	83,7-92,5	1.495	89,4	88,2-91,5	
> 41 semanas	3	1,1	0,5-5,2	15	0,9	0,5-1,6	

Categoria profissional* (n=4.665)						0,02
Médico obstetra	432	76,3	71,2-79,7	2.803	68,4	64,4-67,8
Enfermeiro obstetra	124	21,9	18,7-27,0	1.241	30,3	30,8-34,2
Obstetriz	3	0,5	0,2-2,3	15	0,4	0,3-0,9
Sem assistência profissional	7	1,3	0,4-2,2	40	0,9	0,6-1,3

*Variável com dados faltantes

Das mulheres que pariram por via vaginal, 4.614 (90,2%) sofreram algum tipo de IDPP em maternidades vinculadas à RC. Apenas 499 mulheres (9,8%) não sofreram qualquer tipo de IDPP, independente da presença do acompanhante ($p < 0,01$) (dados não apresentados em tabela).

Na análise bivariada não ajustada para confundidores, as práticas de venóclise (62,6%), episiotomia (37,0%), manobras de Kristeller (23,4%) e litotomia (76,7%) ocorreram, significativamente, com maior frequência em mulheres sem acompanhante ($p \leq 0,01$). Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a maioria das IDPP foram realizadas em puérperas desacompanhadas ($p \leq 0,02$). Na região Sul, não houve grandes diferenças na ocorrência de IDPP relacionados à ausência ou presença do acompanhante (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de mulheres, com e sem acompanhante em tempo integral, que sofreram intervenções desnecessárias no pré-parto e parto em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha, por macrorregião. Brasil, 2016-2017.

	Norte (N=818)			Nordeste (N=871)			Sudeste (N=1.184)			Sul (N=1.023)			Centro-Oeste (N=720)			Brasil (N=4.616)								
	f	Sem ¹ (IC 95%)	Com ² (IC 95%)	P Valor	f	Sem ¹ (IC 95%)	Com ² (IC 95%)	P Valor	f	Sem ¹ (IC 95%)	Com ² (IC 95%)	P Valor	f	Sem ¹ (IC 95%)	Com ² (IC 95%)	P Valor	f	Sem ¹ (IC 95%)	Com ² (IC 95%)	P Valor				
Práticas recomendadas apenas em contextos específicos, mediante indicação clínica (WHO, 2018).																								
Indutores do parto*	276	37,6 (27,9-48,3)	33,7 (31,7-39,0)	0,69	268	44,0 (35,2-55,6)	29,4 (26,2-33,0)	<0,01	636	55,5 (47,7-63,8)	54,0 (50,2-56,7)	0,69	520	50,6 (39,0-61,4)	51,5 (48,2-54,9)	0,80	260	36,4 (28,8-47,1)	36,2 (31,0-39,6)	0,67	1.960	45,6 (44,0-54,0)	42,5 (40,8-44,3)	0,06
Venoclise*	342	44,3- (44,3-66,3)	40,8- (40,8-48,5)	0,12	410	50,0- (50,0-70,7)	45,0- (45,0-52,6)	0,09	729	56,9- (56,9-73,0)	60,9- (60,9-67,3)	0,80	588	58,3- (58,3-79,2)	54,9- (54,9-61,6)	0,12	382	51,8- (51,8-70,2)	46,7- (46,7-56,4)	0,06	2.451	58,0- (58,0-68,0)	53,6- (53,6-57,2)	0,01
Anniotomia*	309	28,1- (28,1-50,2)	37,2- (37,2-44,8)	0,77	321	35,7- (35,7-56,8)	34,8- (34,8-42,2)	0,18	522	40,5- (40,5-57,3)	42,6- (42,6-49,2)	0,50	450	42,5- (42,5-65,4)	41,4- (41,4-48,2)	0,11	276	31,0- (31,0-50,4)	34,8- (34,8-44,0)	0,85	1.878	41,6- (41,6-52,1)	40,7- (40,7-44,3)	0,12
Epistotomia*	193	30,9- (30,9-53,5)	20,0- (20,0-26,5)	0,01	221	23,0- (23,0-42,7)	21,9- (21,9-28,4)	0,17	375	31,8- (31,8-48,4)	29,3- (29,3-35,5)	0,07	244	15,7- (15,7-35,5)	22,7- (22,7-28,8)	0,79	199	35,4- (35,4-54,1)	20,6- (20,6-28,2)	<0,01	1.232	32,4- (32,4-42,4)	25,9- (25,9-29,1)	<0,01
Práticas não recomendadas (WHO, 2018).																								
Kristeller*	122	21,9- (21,9-43,3)	11,7- (11,7-17,1)	<0,01	144	26,3- (26,3-46,6)	12,0- (12,0-17,3)	<0,01	175	12,5- (12,5-24,4)	14,5- (14,5-17,2)	0,37	119	10,8- (10,8-29,1)	9,3- (9,3-13,5)	0,26	119	14,4- (14,4-30,5)	12,3- (12,3-18,3)	0,25	679	20,1- (20,1-28,6)	14,0- (14,0-15,4)	<0,01
Litotomia*	497	71,9- (71,9-88,9)	53,5- (53,5-60,9)	<0,01	553	69,7- (69,7-86,0)	59,3- (59,3-66,4)	0,02	741	75,5- (75,5-87,9)	55,4- (55,4-61,8)	0,88	612	50,4- (50,4-71,7)	57,3- (57,3-63,9)	0,88	391	68,7- (68,7-83,8)	43,5- (43,5-53,0)	<0,01	2.794	75,4- (75,4-83,2)	57,5- (57,5-61,1)	<0,01

*Variável com dados faltantes

¹: Sem a presença do acompanhante.

²: Com a presença do acompanhante.

Na tabela 3, observou-se que houve um bom balanceamento entre os grupos de mulheres com e sem acompanhante em tempo integral em relação a todas as variáveis de ajuste propostas pelo DAG, através dos critérios de elegibilidade: permutabilidade entre os indivíduos em relação às variáveis observadas, obtenção das estimativas de diferenças padronizadas iguais ou próximas a 0 (zero) e taxas de razão de variância iguais ou próximas a 1 (um).

Tabela 3 - Diferenças padronizadas e razão de variância no balanceamento dos grupos após pareamento por escores de propensão. Brasil, 2016-2017.

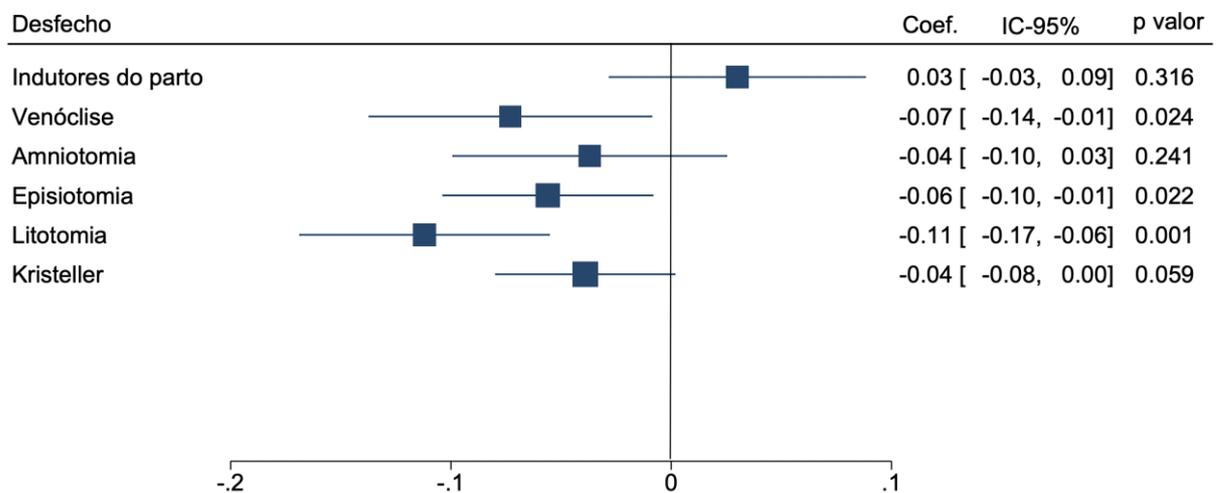
Variáveis	Ausência do acompanhante em tempo integral	
	Diferenças padronizadas	Razão de variância
Cor Materna		
Preta	-0,002	0,996
Parda	0,031	0,992
Amarela/Oriental	0,010	1,075
Indígena	0,026	1,200
Escolaridade materna		
Fundamental Incompleto	-0,023	0,981
Fundamental Completo	0,010	1,024
Médio Incompleto	-0,014	0,976
Médio Completo	0,011	1,007
Superior Completo	0,037	1,182
Idade materna		
20 a 34 anos	0,025	0,970
Maior que 35 anos	-0,015	0,966
Região		
Nordeste	0,028	1,050
Sudeste	0,007	1,008
Sul	-0,059	0,928
Centro-Oeste	0,008	1,016
Situação conjugal		
Casada/União Estável	0,032	0,946
Separada/Divorciada/Viúva	-0,025	0,833
Categoria Profissional		
Enfermeira Obstetra	-0,055	0,958
Obstetriz	-0,009	0,866
Sem assistência	-0,010	0,912
Quantidade de partos		
Múltipara	-0,006	1,020

Nota: Para estimação do efeito da exposição na população é necessário que as diferenças padronizadas sejam iguais ou próximas a 0 e taxas de razão de variância iguais ou próximas a 1.

Após o ajuste para confundidores, balanceamento entre os grupos expostos e não expostos por meio do pareamento por escore de propensão e a remoção das diferenças entre

os grupos em relação às variáveis de ajuste: idade materna, região, cor/raça, escolaridade, situação conjugal, paridade e categoria do profissional que realizou o parto, foi verificado que mulheres sem acompanhante em tempo integral sofreram mais IDPP do tipo venóclise (Coef= -0,07; IC 95% -0,14 – -0,01), episiotomia (Coef= -0,06; IC 95% -0,10 – -0,01) e litotomia (Coef= -0,11; IC 95% -0,17 – -0,06) do que mulheres que tiveram acompanhante em tempo integral, reforçando a hipótese deste estudo.

Figura 3 - Efeito da ausência do acompanhante em tempo integral na ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto em maternidades vinculadas à RC. Brasil, 2016-2017.



Fonte: Autora (2021).

Discussão

Este estudo mostrou que, mesmo após uma década de implantação da RC, 90,5% das puérperas que tiveram parto vaginal, sofreram algum tipo de intervenção obstétrica desnecessária. Mulheres que tiveram seu parto realizado por profissional médico tiveram menos acompanhante na maternidade. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a maioria das IDPP foram realizadas em puérperas sem acompanhante. Os resultados alcançados reforçam a hipótese deste estudo de que mulheres sem acompanhante são mais expostas às intervenções desnecessárias, uma vez que estas tiveram maior ocorrência de venóclise, episiotomia e litotomia.

Como limitação, houve a restrição da amostra às maternidades com PAR-RC, o que pode significar que extrapolações para o Brasil devem ser analisadas com cautela, pois é possível que nas maternidades públicas não incluídas a proporção de ausência do acompanhante e ocorrência de IDPP seja ainda maior, considerando que estabelecimentos que

aderiram à RC tiveram maiores investimentos para mudanças no processo de trabalho e adequação da estrutura física e insumos.

Outra possível limitação é o viés de confundimento por variável omitida. Apesar da utilização do modelo teórico (DAG), não podemos afirmar que todas as causas comuns da exposição e desfecho existentes foram controladas. Assim, se esse modelo não refletir a realidade, os ajustes realizados nas variáveis identificadas pelo critério da "porta de trás" podem ter sido insuficientes para excluir totalmente o confundimento. Contudo, consideramos essa possibilidade pequena tendo em vista que a seleção das variáveis foi realizada com fundamentação teórica ampla e consistente.

Destacam-se como pontos positivos os resultados de abrangência nacional e representatividade por macrorregiões, obtidos após implantação da RC, onde as maternidades vinculadas à RC foram responsáveis por mais de 50% dos partos no Brasil, em 2017¹⁵. Além disso, foi utilizado o pareamento por escore de propensão e ponderação pelo inverso da probabilidade de exposição, reduzindo viés de seleção e confundimento. Foram respeitados todos os pressupostos para avaliar causalidade de Hill, conferindo maior robustez aos resultados^{23-24,30-31}.

Diferindo de alguns estudos nacionais^{1,8,11-12,26} e internacionais^{25,28-29,33} onde a maioria das mulheres desacompanhadas na maternidade eram pretas, de menor escolaridade e solteiras, o presente estudo notou a predominância de outras características, onde a maior frequência de mulheres sem acompanhante eram pardas, casadas e com ensino médio completo. Esses resultados podem sugerir que houve uma modificação dos aspectos sociais na assistência ao parto ao longo dos anos, muitas vezes atrelado às dimensões como raça/cor, escolaridade, estado civil, classe social e outros.

Neste estudo, o profissional médico realizou mais de 70% dos partos onde as mulheres não tiveram acompanhante. Tradicionalmente, no país, a maioria dos partos são conduzidos por estes profissionais, dada a resistência em inserir a enfermeira obstétrica no cenário do parto. Resultado semelhante verificou que, mesmo após seis anos da implantação da RC, a participação de enfermeiras e obstetrias durante o parto vaginal nas maternidades do país ainda se encontra inadequada, com apenas 38,4%. Estudos na Europa³⁴, Venezuela³⁵ e Estados Unidos²⁸ apontam que partos realizados pela enfermagem têm menores taxas de intervenções rotineiras e desnecessárias no pré-parto e parto e maiores frequências de boas práticas, sobretudo a presença do acompanhante como principal apoiador no processo de parturição.

Uma pesquisa conduzida por Leal *et al.*, (2021)³⁶ aponta para a redução de 30% do total de IDPP, sobretudo para manobra de Kristeller (de 35% para 15%) e amniotomia (de 47,6% para 20%). Em nosso estudo, observamos que o modelo de atenção ao parto no país está em constante transformação, apontando para uma redução da ocorrência dessas práticas (9,5%). Apesar da sutil diferença, o cenário vem melhorando e avançando gradativamente ao longo dos anos após a implantação da RC.

Cabe ressaltar que a OMS definiu algumas intervenções recomendadas apenas em contextos específicos, mediante causas, condição e população bem definidos, onde os benefícios esperados devem ser capazes de superar riscos potenciais ou tratar complicações maternas e perinatais³. Nesse sentido, dados de um estudo multinacional realizado em 13 países de alta renda apontam que intervir no processo de gravidez e parto é mais comum em países de alta renda, destacando-se que 35,9% das mulheres nulíparas na Irlanda foram submetidas a indução do parto e 67,5% na Bélgica realizaram episiotomia, reduzindo a necessidade de parto cesáreo, menor risco de sofrimento fetal e prevenção de lacerações perineais graves³⁷.

Nesse mesmo sentido, Bittencourt *et al*²², ao avaliarem o grau de implantação das boas práticas de atenção ao parto no país, identificaram que as regiões com maior desenvolvimento social e econômico mostraram uma maior adequação, quando comparadas com regiões mais pobres. Com resultados semelhantes, o presente estudo observou que a maioria das IDPP realizadas em puérperas desacompanhadas se deu nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, sugerindo que baixas condições socioeconômicas podem favorecer a ocorrência de iniquidades sociais entre as macrorregiões brasileiras relacionadas à realização de IDPP em maternidades vinculadas à RC.

Estudos internacionais apontam que o manejo obstétrico ativo por meio de indução do parto (ocitócitos), realização de amniotomia e episiotomia, quando empregados de maneira seletiva, bem justificada, em situações específicas e sob técnica correta pode prevenir laceração perineal grave, sofrimento fetal, distócia de ombro no RN e complicações maternas e fetais. A falha na indicação destas intervenções, quando houver situação em que é evidente a sua necessidade, torna-se igualmente prejudicial³⁸⁻⁴².

Já o uso da posição de litotomia e manobra de Kristeller estão associadas ao aumento da necessidade de instrumentalização de partos vaginais, laceração perineal de 3º e 4º grau, aumento da dor perineal e maior perda sanguínea, repercutindo negativamente sobre os resultados perinatais. Desse modo, não há evidências suficientes para o uso rotineiro de ambas as práticas, tampouco indicação clínica em contextos específicos⁴³⁻⁴⁶.

Outros estudos^{5,8,12-14,25-26,47} corroboram a premissa de que a presença do acompanhante na maternidade contribui positivamente para o fortalecimento do vínculo familiar, redução da dor, do medo e da sensação de solidão vivenciados pela mulher no momento no parto. Além disso, os profissionais têm condutas mais humanas, afetivas empáticas e menos rotineiras, levando à redução de intervenções rotineiras e potencialmente prejudiciais à mulher.

Conclusão

Os resultados deste estudo possibilitaram verificar o efeito benéfico da presença do acompanhante na maternidade para a redução de intervenções do tipo venóclise, episiotomia e litotomia, práticas estas que não devem ser realizadas de maneira liberal, sendo recomendadas apenas em contextos específicos. Essa evidência indica que o modelo de atenção ao parto no país está em constante transformação, buscando naturalizar a realização das boas práticas de atenção ao parto e reduzir a ocorrência de intervenções sem indicação clínica específica consideradas prejudiciais e/ou ineficazes.

Apesar dos desafios no processo de melhoria da assistência ao parto em maternidades vinculadas à RC que ainda persistem, algumas iniciativas devem ser estimuladas como: o monitoramento e avaliação sistemática dos indicadores de saúde materna, atualização dos protocolos operacionais e do processo de trabalho de gestores e profissionais, encorajamento do protagonismo da enfermagem na assistência ao parto vaginal e um melhor gerenciamento das informações relacionadas ao cuidado das puérperas.

Reiteramos que a disseminação de conhecimento teórico-prático nos cursos de graduação e pós-graduação do país e que políticas públicas bem conduzidas e implementadas são necessários para um maior cumprimento das boas práticas de atenção ao parto sob a perspectiva do acompanhante, e para a eliminação de intervenções rotineiras consideradas prejudiciais/ineficazes, garantindo um cuidado pautado em evidências científicas.

Referências

1. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bra. Saúde Matern Infant.* 2016; **16**: 29-37.
2. Organização Mundial de Saúde. *Assistência ao parto normal: um guia prático.* Relatório de Grupo Técnico. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1996.
3. World Health Organization (WHO). *Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience.* Geneva: WHO; 2018

4. Brasil. *Manual prático para implementação da Rede Cegonha*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
5. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018; **26**: e3069. doi:10.1590/1518-8345.2450.3069.
6. World Health Organization. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Genebra: WHO; 2014.
7. Brito e Alves MTSS, Chagas DC, Santos AM, Simões VMF, Ayres BVS, Santos GL et al. Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. *Cien Saude Colet*. 2021; **26**: 837-46. doi: 10.1590/1413-81232021263.38982020.
8. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica* 2014; (Supl. 30): S17-S47.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Humanização do parto e do nascimento*. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: 2014 [acessado em 29 de março de 2020]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida - Brasília, 2017*. [acessado em 10 de abril de 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
11. Leal MC, Bittencourt SDA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva L. BRAA, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Nakamura-Pereira M, Torres JÁ, Gama SGN, Domingues RMSM, Vilela MEA. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saude Publica* 2019; **35**: e00223018.
12. Diniz CSG, D’Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, Lansky S, Teixeira NZF, Rance S, Sandall J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; **30**: S140-S141.
13. Kabakian-Khasholian T, El-Nemer A, Bashour H. Perceptions about labor companionship at public teaching hospitals in three Arab countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2015; **129**: 223–226.
14. Gomes IEM, Padoin SMM, Langendorf TF, Paula CC, Gomes CA, Ribeiro AC. Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. *Rev. Enferm. UFSM*. 2019; **9**: 1-18. doi:10.5902/2179769234170.
15. Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EB, Gomes MASM, Bittencourt SDA, Gama SGN, Silva LBA, Lamy Z. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: Os caminhos metodológicos. *Cien Saude Colet*; (2020/Jul). [Citado em 11 nov. 2020]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-da-atencao-ao-parto-e-nascimento-nas-maternidades-da-rede-cegonha-os-caminhos-metodologicos/17658>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC*. Brasília: MS; 2015.
17. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC*. Brasília: MS; 2017.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*. Brasília: MS; 2015.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*. 2017.
20. Brasil. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Dispõe sobre o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* 2005; 08 abr. [acesso em 22 de abril de 2018]; n. 67, seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação*. Brasília: 2018 [acessado em 29 de março de 2019]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf
22. Bittencourt SDA, Vilela MEA, Oliveira MC, Santos AM, Silva CKRT, Domingues R, Reis AC, Santos GL. Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha: Avaliação do grau de implantação das ações. *Cien Saude Colet* [internet] (2020/Jul). [Acessado em 11 nov. 2020]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/atencao-ao-parto-e-nascimento-em-maternidades-da-rede-cegonha-avaliacao-do-grau-de-implantacao-das-acoes/17663>.
23. Textor J, Hardt J, Knuppel S. A Graphical Tool for Analyzing Causal Diagrams. *Epidemiology*. 2011; **22**:745–745. doi:10.1097/EDE.0b013e318225ba48
24. Hernán MA, Hernández-Díaz S, Werler MM, Mitchell AA. Causal knowledge as a prerequisite for confounding evaluation: An application to birth defects epidemiology. *Am J Epidemiol* 2002; **155**:176–84. doi:10.1093/aje/155.2.176.
25. Shahshahan Z, Mehrabian F, Mashoori S. Effect of the presence of support person and routine intervention for women during childbirth in Isfahan, Iran: A randomized controlled trial. *Adv Biomed Res*. 2014; **3**: 155. .doi:10.4103/2277-9175.137865
26. Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AC, Delziovo CR, Wagner KJP, Boing AF. Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. *Epidemiol. Serv. Saude*. Brasília, 2021; **30**: e2020383. doi:10.1590/s1679-49742021000100014.
27. Goiabeira YNLA, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Santos AM, Leal MC, Bittencourt SDA et al. Presença do acompanhante em tempo integral em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha. *Cien Saude Colet*. 2021; **26**.
28. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, 2016; **24**:56-64. <https://doi.org/823-83510.1016/j.rhm.2016.04.004>.
29. Lopes GDC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019; **27**: e3139. doi:10.1590/1518-8345.2643-3139.
30. Hernán MA, Robins JM. Causal Inference. *Boca Rat Chapman Hall/CRC*. 2019; 310. doi:10.1017/9781316831762.008.
31. Rodrigues LS, Batista RF, Simões VM, Rodrigues MR, Barbieri MA, Bettiol H, et al. Does height catch-up in schoolchildren have an effect on bone mass in adolescents? Analysis in a Brazilian birth cohort. *J Pediatr*. 2019; **95**:607-13. doi:10.1016/j.jpeds.2018.05.015.
32. Austin PC. An introduction to propensity score methods for reducing the effects of confounding in observational studies. *Multivariate Behav Res* 2011; **46**:399–424. doi:10.1080/00273171.2011.568786.

33. Gutiérrez JP, Flores RL, Genao BA. Social inequality in sexual and reproductive health in Ecuador: an analysis of gaps by levels of provincial poverty 2009-2015. *Int J Equity Health* 2019; **18**: 49. doi:10.1186/s12939-019-0951-0.
34. Lukasse M, Schroll, A.-M., Karro H., Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys A, Ryding EL, Tabor A. (2015). Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **94**: 508-517. doi:10.1111/aogs.12593.
35. Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 2015; **20**:113-120.
36. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Vilela MEA, Brito e Alves MTSS, Neri MA, Queiroz RCS, Santos YRP, Silva AAM. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. *Cien Saude Colet*. 2021; **26**: 823-835. doi:10.1590/1413-81232021263.06642020.
37. Seijmonsbergen-Schermer AE, Van Den Akker T, Rydahl E, et al. Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study. *PLoS Med*. 2020; **17**: e1003103.
38. Thakur M, Bal H, Tambe V, Singireddy N. Evaluation of episiotomy in present day obstetric practice. *Med J DY Patil Vidyapeeth*, 2020; **13**: 529-534. doi:10.4103/mjdrdypu.mjdrdypu_338_19.
39. ACOG Practice Bulletin No. 198 Summary: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol*. 2018; **132**: 795-797.
40. Corrêa Junior MD, Passini Júnior R. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016; **38**: 301-7.
41. Girault A, Blondel B, Goffinet F, Le Ray C. Frequency and determinants of misuse of augmentation of labor in France: A population-based study. *PLoS One*. 2021; **16**: e0246729. doi:10.1371/journal.pone.0246729.
42. Singh S, Thakur T, Chandhiok N, Dhillon BS. O padrão de episiotomia usa suas complicações imediatas entre partos vaginais em 18 hospitais terciários na Índia. *Indian J Med Res*, 2016; **143**: 474-80. doi:10.4103/0971-5916.184304.
43. Hofmeyr GJ, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; **3**: CD006067. doi:10.1002/14651858.CD006067.pub3.
44. Moiety FM, Azzam AZ. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: a prospective analysis. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014; **40**: 946-53. doi: 10.1111/jog.12284.
45. Huang J, Zang Y, Ren LH, Li FJ, Lu H. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *Int J Nurs Sci*. 2019; **6**: 460-467. doi:10.1016/j.ijnss.2019.06.007.
46. Rocha BD, Zamberlan C, Pivetta HMF, Santos BZ, Antunes BS. Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. *Rev Esc Enferm USP*. 2020; **54**: e03610. doi:10.1590/S1980-220X2018027503610.
47. Afulani P, Kusi C, Kirumbi L, Walker D. Companionship during facility-based childbirth: results from a mixed-methods study with recently delivered women and providers in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2018; **18**:150. doi:10.1186/s12884-018-1806-1.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu conhecer a realidade do atual cenário de atenção ao parto no Brasil, sob a perspectiva da presença do acompanhante em tempo integral e sua influência nos desfechos obstétricos relacionados a ocorrência de intervenções desnecessárias no pré-parto e parto.

Os resultados apresentados mostram que a presença do acompanhante em tempo integral ocorreu em 71,2% das maternidades após a implantação da RC. Entretanto, esse direito garantido por lei ainda não está sendo cumprido em sua totalidade, sendo necessário reforçar os princípios da equidade, regionalização, universalidade e humanização, uma vez que, ao analisar a distribuição desta prática entre as macrorregiões, foi possível observar que regiões com maior desenvolvimento socioeconômico como Sul e Sudeste, apresentam resultados mais satisfatórios, quando comparados com as regiões mais pobres do país.

A análise de inferência causal possibilitou conhecer o efeito benéfico do acompanhante na redução da ocorrência de venóclise, episiotomia e litotomia, práticas estas que não devem ser realizadas de maneira liberal, sendo recomendadas apenas em contextos específicos. Ficou evidente também a distribuição desigual das IDPP entre as macrorregiões brasileiras, apontando para a existência de iniquidades sociais relacionadas a usufruir o direito da presença do acompanhante.

Reitera-se que políticas públicas bem conduzidas e implementadas servem como intervenções de abordagem pró-equidade, com maiores esforços em áreas de maior vulnerabilidade social, necessárias para um maior cumprimento das boas práticas de atenção ao parto sob a perspectiva do acompanhante, e para a eliminação de condutas consideradas prejudiciais/ineficazes, garantindo um cuidado pautado em evidências científicas.

Apesar dos desafios no processo de melhoria da assistência ao parto em maternidades vinculadas à RC que ainda persistem, algumas iniciativas devem ser estimuladas como: o monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde materna, atualização dos protocolos operacionais e processo de trabalho dos profissionais, encorajamento do protagonismo da enfermagem na assistência ao parto vaginal e a disseminação efetiva de conhecimento teórico-prático nos cursos de graduação e pós-graduação do país.

REFERÊNCIAS

ABASIAN KASEGARI, Freshteh *et al.* Admitting women in active labour: A randomised controlled trial about the effects of protocol use on childbirth method and interventions. **Women Birth**, v. 33, n. 6, e543-e548, 2020. doi: 10.1016/j.wombi.2019.12.002.

American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin N° 198 Summary: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. **Obstetrics & Gynecology**, v. 132, n. 3, p. 795-97, 2018.

ALMEIDA, Mayron Morais *et al.* Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11, n. 9, p. 3346-53, set. 2017.

AFULANI, Patience *et al.* Companionship during facility-based childbirth: results from a mixed-methods study with recently delivered women and providers in Kenya. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 150, 2018.

ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 16, n. 1, p. 29-37, jan./mar. 2016.

ANJOS, Adriane Machado; GOUVEIA, Helga Geremias. Presença do acompanhante durante o processo de parturição e nascimento: análise prática. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, e38686, 2019.

ASHISH, K. C. *et al.* Coverage, associated factors, and impact of companionship during labor: a large-scale observational study in six hospitals in Nepal. **Birth**, 00, p. 1-9, 2019.

BARROS, Thais Cordeiro Xavier *et al.* Assistência à Mulher para a Humanização do Parto e Nascimento. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 2, p. 554-8, fev. 2018.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo *et al.* Adequacy of public maternal care services in Brazil. **Reproductive Health**, London, v. 120, n. 120, p. 257-68, 2016.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo *et al.* Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha: Avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 801-21, mar. 2021.

BRITO e ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de *et al.* Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. FEBRASGO, ABENFO. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:** informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005.** Dispõe sobre o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 de abril de 2005. n. 67, seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 22 abr. 2018.

BRASIL. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento.** Universidade Estadual do Ceará. Brasília: 2014. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal:** versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 10 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017:** uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: MS, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsm/resource/pt/mis-39460>. Acesso em: 07 jul. 2021.

BRUGGEMANN, Odaléa Maria *et al.* No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. esp. P. 152-8, 2015.

CARVALHO, Vanessa Franco de *et al.* Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 30-7, 2012.

CAUGHEY, Aaron B. *et al.* Systematic review: elective induction of labor versus expectant management of pregnancy. **Annals of Internal Medicine**, v. 151, n. 4, p. 252-63, 2009.

CARVALHO, Elisabete Mesquita Peres; GOTTEMS, Leila Bernarda Donato; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Adesão às boas práticas de atenção ao parto normal: construção e

validação de instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 890-8, 2015.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, Brasília, v. 65, n. 2, 2014.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva *et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, 2013.

CORRÊA JUNIOR, Mário Dias; PASSINI JÚNIOR, Renato. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 301-7, 2016.

CÔRTEZ, Clodoaldo Tentes *et al.* Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, e2988, 2018.

DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, S140-153, 2014. Suplemento 30.

DODOU, Hilana Dayana *et al.* Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 332-8, 2017.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Episiotomia: Recomendações FEBRASGO – parte II**. 2018.

FARRINGTON, Elise *et al.* The prevalence of uterine fundal pressure during the second stage of labour for women giving birth in health facilities: a systematic review and meta-analysis. **Reproductive Health**, London, v. 18, n. 1, p. 98, 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Indução do Trabalho de Parto e Indicações de Cesárea**. Rio de Janeiro: 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/inducacao-do-trabalho-de-parto-e-indicacoes-de-cesarea/>. Acesso em: 10 dez. 2021.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da *et al.* Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 919-29, 2021.

GIRAULT, Aude *et al.* Frequency and determinants of misuse of augmentation of labor in France: A population-based study. **PLoS One**, United States, v. 16, n. 2, e0246729, 2021.

GOIABEIRA, Yara Nayá Lopes de Andrade *et al.* Presença do acompanhante em tempo integral em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, [s.i], 2021.

GOMES, Iris Elizabete Messa *et al.* Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, RS, v. 9, e61, p. 1-18, 2019.

GUTIÉRREZ, Juan-Pablo; FLORES, René Leyva; GENAO, Belkis Aracena. Social inequality in sexual and reproductive health in Ecuador: an analysis of gaps by levels of provincial poverty 2009-2015. **International Journal for Equity in Health**, v. 18, n. 1, p. 49, 2019.

HERNÁN, Miguel A. *et al.* Causal knowledge as a prerequisite for confounding evaluation: An application to birth defects epidemiology. **American Journal of Epidemiology**, United States, v. 155, p. 176-84, 2002.

HERNÁN, Miguel A.; ROBINS James M. **Causal Inference**. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC, 2016.

HOFMEYR, G. Justus *et al.* Fundal pressure during the second stage of labour. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 3, n. 3, CD006067, 2017.

HUANG, Jing *et al.* A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. **International Journal of Nursing Sciences**, China, v. 6, n. 4, p. 460-7, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida - Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODERNA, Celina Maria. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, e3069, 2018.

JIANG, Hong *et al.* Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 2, CD000081, 2017.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. **Sumário Executivo Nascer no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014. Suplemento 30.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, 2017. Suplemento 1.

- LEAL, Maria do Carmo *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, e00223018, 2019.
- LIMA, Ana Elisa Fernandes *et al.* Assistência ao parto após a implementação do Programa Rede Cegonha Carioca: a perspectiva da enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 5, p. 631-8, set./out. 2015.
- LOPES, Giovanna De Carli *et al.* Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, e3139, 2019.
- MARTINS, Ana Claudia Sierra; SILVA, Lélia Souza. Epidemiological profile of maternal mortality. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2018; v. 71, Suppl 1, p. 677-83, 2018.
- MATOS, Paulo. Uma Nota sobre o Impacto da Corrupção no Endividamento dos Estados Brasileiros. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 2, p. 186-95, 2019.
- MOIETY, Fady M. Shawky; AZZAM, Amal Z. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: a prospective analysis. **The Journal of Obstetrics Gynaecology Research**, China, v. 40, n. 4, p. 946-53, 2014.
- MONGUILHOTT, Juliana Jacques da Costa *et al.* Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-11, 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Relatório de Grupo Técnico. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1996.
- PEDRAZA, Dixis Figueroa. Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina Grande, Paraíba. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 460-7, 2016.
- POSSATI, Andressa Batista *et al.* Humanização do parto: significados e percepções de Enfermeiras. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160366, 2017.
- ROCHA, Bruna Dedavid da *et al.* Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, e03610, 2020.
- ROMA, Júlio César. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 71, n. 1, 2019.
- SHAHSHAHAN, Zahra; MEHRABIAN, Ferdose; MASHOORI, Shaghyegh. Effect of the presence of support person and routine intervention for women during childbirth in Isfahan, Iran: A randomized controlled trial. **Advanced Biomedical Research**, v. 3, n. 1, p. 155, 2014.
- SEIJMONSBERGEN-SCHERMERS, Anna E. *et al.* Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study. **PLoS Medicine**, v. 17, n. 5, e1003103, 2020.

SILVA, Francelena de Sousa *et al.* Bolsa Família program and incomplete childhood vaccination in two Brazilian cohorts. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 98, p. 1-14, 2020.

SINGH, Shalini *et al.* O padrão de episiotomia usa suas complicações imediatas entre partos vaginais em 18 hospitais terciários na Índia. **The Indian Journal of Medical Research**, v. 143, n. 4, p. 474-80, 2016.

SOARES, Ricardo de Sousa *et al.* Fatores relacionados a presença do acompanhante em uma maternidade da Paraíba 2015/2016. **Revista Uningá**, Curitiba, v. 53, n. 2, p. 67-72, 2017.

THAKUR, Manasi *et al.* Evaluation of episiotomy in present day obstetric practice. **Medical Journal of Dr. D.Y. Patil Vidyapeeth**, v. 13, n. 5, p. 529-34, 2020.

VILELA, Maria Esther de Albuquerque *et al.* Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: Os caminhos metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 789-800, mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality: 1990-2013**. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience**. Geneva: WHO, 2018.

TOMASI, Yaná Tamara *et al.* Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 1, e2020383, 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA (PUÉRPERA)

Confidential

Page 19 of 46

II. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:

1. Horário de início da entrevista: _____
2. Data entrevista: _____
3. Data do parto: _____

AVISO!

Data da entrevista anterior à do parto!

III. IDENTIFICAÇÃO DA GESTAÇÃO:

4. Tipo de gestação:
- Única Gemelar (dois) Gemelar (três) Gemelar (quatro ou mais) Não quis informar
 Não sabe informar

5. Informe sobre o(s) recém-nascido(s):

a) Nome do 1º Recém-nascido: _____

Vivo Natimorto Óbito Neonatal Não sabe informar Não quis informar

b) Nome do 2º Recém-nascido: _____

Vivo Natimorto Óbito Neonatal Não sabe informar Não quis informar

c) Nome do 3º Recém-nascido: _____

Vivo Natimorto Óbito Neonatal Não sabe informar Não quis informar

d) Nome do 4º Recém-nascido: _____

Vivo Natimorto Óbito Neonatal Não sabe informar Não quis informar

IV. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

"Gostaria de fazer algumas perguntas sobre você"

6. Qual o seu nome completo? _____

7. Qual a data do seu nascimento? _____

Não quis informar

Confidential

Usuários/Prontuário 2 - DEFINITIVO
Page 18 of 46

Questionário Da Puérpera

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

QUESTIONÁRIO DA PUÉRPERA

Avaliação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades no âmbito da Rede Cegonha

2016

I. DADOS GERAIS:

"Bom dia (Boa tarde ou Boa noite)!"

- Não
 Sim

O Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal do Maranhão e com a Escola Nacional de Saúde Pública, está realizando uma avaliação das Maternidades do SUS em todo o Brasil para melhorar a qualidade da atenção às mulheres e aos bebês. Para isso, gostaríamos de entrevistar a senhora, para saber das suas impressões sobre esta Maternidade.

O seu nome não será divulgado, todas as informações são mantidas em segredo e serão utilizadas somente para esta avaliação. Se a Sra tiver alguma pergunta a fazer, sinta-se à vontade. Sua participação é voluntária, mas será **MUITO** importante para melhorar a atenção aos partos no SUS, ajudando outras mulheres e crianças. Não haverá qualquer prejuízo para a senhora ou seu bebê caso concorde em participar, e, ao contrário, haverá benefícios para futuras mães e bebês.

A senhora concorda em participar?

Nº da mãe: _____

Confidential

Usuários/Prontuário 2 - DEFINITIVO
Page 1 of 46

Selecionar Maternidade

Record ID

1. Selecione a Instituição:

- Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

2. Selecione o Estado:

- AC, Acre
- AL, Alagoas
- AP, Amapá
- AM, Amazonas
- BA, Bahia
- CE, Ceará
- MA, Maranhão
- PA, Pará
- PB, Paraíba
- PE, Pernambuco
- PI, Piauí
- RN, Rio Grande do Norte
- RO, Rondônia
- RR, Roraima
- SE, Sergipe
- TO, Tocantins

2. Selecione o Estado:

- DF, Distrito Federal
- ES, Espírito Santo
- GO, Goiás
- MT, Mato Grosso
- MS, Mato Grosso do Sul
- MG, Minas Gerais
- PR, Paraná
- RJ, Rio de Janeiro
- RS, Rio Grande do Sul
- SC, Santa Catarina
- SP, São Paulo

3. (AC) - Selecione a maternidade:

- 2001500, HOSPITAL RAIMUNDO CHAAR
- 2000296, HOSPITAL DA MULHER E DA CRIANCA DO JURU
- 2000733, MATERNIDADE E CLINICAS DE MULHERES BARBARA HELIODORA
- 2002078, HOSPITAL SANTA JULIANA
- 2000865, HOSPITAL JOAO CANCIO FERNANDES
- 2000121, HOSPITAL DR SANSO GOMES

Confidential

Page 20 of 46

8. Qual a sua idade?

(anos)

 Não quis informar

9. Qual a cor da sua pele?

 Branca Preta Parda Amarela/Oriental Indígena Não sabe informar
 Não quis informar

10. Qual o último grau que a você cursou na escola?

"Leia a pergunta e aguarde a resposta. Assinale a opção adequada. Somente se necessário, leia as opções de resposta".

- Nenhum
- Fundamental I incompleto (1º ao 5º ano)
- Fundamental I completo (concluiu o 5º ano do ensino fundamental)
- Fundamental II incompleto (6º ao 8º/9º ano)
- Fundamental II completo (concluiu o 8º/9º ano do ensino fundamental)
- Médio incompleto (antigo 2º grau - 1 a 4ª série)
- Médio completo (antigo 2º grau - concluiu a 4ª série do ensino médio)
- Superior completo (3º grau)
- Mestrado concluído
- Doutorado concluído
- Não sabe informar
- Não quis informar

11. Então, qual o último ano que você concluiu com aprovação?

(série/ano concluído)

 Não sabe informar
 Não quis informar

12. Qual a sua situação conjugal atual?

- Solteira
- Casada (no papel)/ união estável
- Vive com companheiro (a) (vive junto)
- Separada/Divorciada
- Viúva
- Outra
- Não quis informar

12a. Qual?

13. Qual a idade do pai do bebê?

(anos)

 Não sabe informar
 Não quis informar

Confidential

Page 26 of 46

43. Porque não teve acompanhante? (Atenção! evitar ler as opções)

- A maternidade não permite a presença de acompanhante
- A maternidade não permite acompanhante homem
- A maternidade só permite acompanhante para adolescentes
- A maternidade só permite acompanhante que é maior de idade
- Eu não sabia que podia ter acompanhante
- Eu não quis ter acompanhante
- Eu não tinha quem ficasse comigo
- Eu tinha que pagar para ficar com acompanhante
- Outro motivo.
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

43a. Outro motivo. Qual? _____

44. Quem foi seu acompanhante?

- Companheiro ou pai da criança
- Companheira
- Amiga
- Mãe
- Irmã
- Doula
- Outra pessoa
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

44a. Outra pessoa. Quem? _____

45. A maternidade permitiu que o seu acompanhante ficasse com você o tempo todo?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

46. Em que momento da sua internação não pode ter acompanhante?

- Durante o atendimento na admissão (o período anterior a internação)
- Durante o trabalho de parto (Atenção! Se a puerpera não entrou em trabalho de parto, esta opção não deve ser marcada)
- Na hora que o bebê nasceu
- Logo depois que o bebê nasceu (ainda no local do parto/recuperação)
- No quarto/enfermaria/alojamento conjunto
- No turno da noite
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

47. A maternidade ofereceu refeições para o seu acompanhante?

- Não ofereceu
- Sim, o café da manhã.
- Sim, o almoço.
- Sim, o café da tarde.
- Sim, o jantar.
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

Confidential

Page 25 of 46

36. Assim que chegou nesta maternidade, quanto tempo você esperou para receber o primeiro atendimento de um profissional de saúde? (Leia as opções)

- Até 10 minutos De 10 a 30 minutos Mais de 30 minutos Não sabe informar
 Não quis informar Não se aplica

37. Após a avaliação você foi informada do tempo de espera para receber o atendimento medico ou da enfermagem?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

38. Após essa 1ª avaliação, quanto tempo demorou para você receber o atendimento do médico ou do(a) enfermeiro(a)? (Leia as opções)

- Até 15 minutos
 De 15 a 30 minutos
 De 30 minutos a 1 hora
 De 1 a 2 horas
 Mais de 2 horas
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

39. Após essa 1ª avaliação, para onde você foi encaminhada?

- Para o alojamento conjunto
 Para o pré-parto/PPP
 Para o centro cirúrgico
 Para a UTI
 Para outro
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

39a. Outro: _____

VIII. DIREITO AO ACOMPANHANTE PARA A GESTANTE/PUÉRPERA

40. Nessa maternidade, você recebeu informações sobre o seu direito de escolher um acompanhante durante o período de internação?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar

41. Permitiram que você tivesse um acompanhante durante sua internação?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar

42. Você teve acompanhante durante sua internação?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar

Confidential

Page 27 of 46

48. A maternidade permite que seu acompanhante utilize o banheiro para tomar banho?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

49. Em que local

- No mesmo banheiro das gestantes/puérperas;
 Em um banheiro exclusivo para os acompanhantes;
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

IX. DIREITO AO ACOMPANHANTE PARA O RECÉM-NASCIDO

ATENÇÃO! Sempre que for o caso, faça as perguntas se referindo a cada um dos gemelares

50. Logo depois de nascer, seu bebê foi levado para algum lugar separado (longe) de você?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar

50a. Logo depois de nascer, seu bebê foi levado para algum lugar separado (longe) de você?
 1º gemelar ([puerp_05_a_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar

50b. 2º gemelar ([puerp_05_b_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar

50c. 3º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar

50d. 4º gemelar ([puerp_05_d_nome]):

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar

51. Quanto tempo ele ficou separado de você?

-
- Não sabe informar Não quis informar
 Não se aplica

51a. Quanto tempo ele ficou separado de você?
 1º gemelar ([puerp_05_a_nome]):

-
- Não sabe informar Não quis informar
 Não se aplica

51b. 2º gemelar ([puerp_05_b_nome]):

-
- Não sabe informar Não quis informar
 Não se aplica

51c. 3º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

BOAS PRÁTICAS E INTERVENÇÕES NA ATENÇÃO AO TRABALHO DE PARTO, PARTO E NASCIMENTO

64. Qual foi o tipo de parto que você teve?

- Parto normal Parto a fórceps Cesariana Não sabe informar Não quis informar

64a. Qual foi o tipo de parto que você teve?
1º gemelar ([puerp_05_a_nome]):

- Parto normal Parto a fórceps Cesariana Não sabe informar Não quis informar

64b. 2º gemelar ([puerp_05_b_nome]):

- Parto normal Parto a fórceps Cesariana Não sabe informar Não quis informar

64c. 3º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

- Parto normal Parto a fórceps Cesariana Não sabe informar Não quis informar

64d. 4º gemelar ([puerp_05_c_nome]):

- Parto normal Parto a fórceps Cesariana Não sabe informar Não quis informar

65. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê?

- Deitada de costas com as pernas levantadas (em posição ginecológica)
 Deitada na cama de barriga pra cima
 Deitada na cama de lado
 Reclinada
 Posição vertical, sentada
 Posição vertical, de cócoras
 Posição vertical, de pé
 De quatro apoios
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

65a. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê [puerp_05_a_nome]?

- Deitada de costas com as pernas levantadas (em posição ginecológica)
 Deitada na cama de barriga pra cima
 Deitada na cama de lado
 Reclinada
 Posição vertical, sentada
 Posição vertical, de cócoras
 Posição vertical, de pé
 De quatro apoios
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

65b. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê [puerp_05_b_nome]?

- Deitada de costas com as pernas levantadas (em posição ginecológica)
 Deitada na cama de barriga pra cima
 Deitada na cama de lado
 Reclinada
 Posição vertical, sentada
 Posição vertical, de cócoras
 Posição vertical, de pé
 De quatro apoios
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

65c. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê [puerp_05_c_nome]?

- Deitada de costas com as pernas levantadas (em posição ginecológica)
- Deitada na cama de barriga pra cima
- Deitada na cama de lado
- Reclinada
- Posição vertical, sentada
- Posição vertical, de cócoras
- Posição vertical, de pé
- De quatro apoios
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

65d. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê [puerp_05_d_nome]?

- Deitada de costas com as pernas levantadas (em posição ginecológica)
- Deitada na cama de barriga pra cima
- Deitada na cama de lado
- Reclinada
- Posição vertical, sentada
- Posição vertical, de cócoras
- Posição vertical, de pé
- De quatro apoios
- Não sabe informar
- Não quis informar
- Não se aplica

66. O seu parto foi realizado por qual profissional?

- Médico(a) obstetra
- Enfermeiro(a) obstetra
- Obstetriz
- Sem assistencia de profissional
- Não sabe informar
- Não quis informar

66a. O seu parto foi realizado por qual profissional 1º gemelar ([puerp_05_a_nome])?

- Médico(a) obstetra
- Enfermeiro(a) obstetra
- Obstetriz
- Sem assistencia de profissional
- Não sabe informar
- Não quis informar

66b. O seu parto foi realizado por qual profissional 2º gemelar ([puerp_05_b_nome])?

- Médico(a) obstetra
- Enfermeiro(a) obstetra
- Obstetriz
- Sem assistencia de profissional
- Não sabe informar
- Não quis informar

66c. O seu parto foi realizado por qual profissional 3º gemelar ([puerp_05_c_nome])?

- Médico(a) obstetra
- Enfermeiro(a) obstetra
- Obstetriz
- Sem assistencia de profissional
- Não sabe informar
- Não quis informar

66d. O seu parto foi realizado por qual profissional 4º gemelar ([puerp_05_d_nome])?

- Médico(a) obstetra
- Enfermeiro(a) obstetra
- Obstetriz
- Sem assistencia de profissional
- Não sabe informar
- Não quis informar

67. Você entrou em trabalho de parto?

Não Sim Não sabe informar Não quis informar

68. Foram oferecidos líquidos, água, sucos, sopas ou algum alimento durante o seu trabalho de parto?

Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

69. Você solicitou algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto?

Sim, e fui atendida. Sim, mas não fui atendida. Não Não sabe informar Não quis informar
 Não se aplica

70. Você/a senhora utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? (ler opções)

a) Chuveiro/banheira com água morna

Não (porque não me ofereceram) Não (porque eu não quis) Sim Não sabe informar
 Não quis informar Não se aplica

b) Bola

Não (porque não me ofereceram) Não (porque eu não quis) Sim Não sabe informar
 Não quis informar Não se aplica

c) Massagem

Não (porque não me ofereceram) Não (porque eu não quis) Sim Não sabe informar
 Não quis informar Não se aplica

d) Cavalinho

Não (porque não me ofereceram) Não (porque eu não quis) Sim Não sabe informar
 Não quis informar Não se aplica

e) Banquinho para posição de cócoras

Não (porque não me ofereceram) Não (porque eu não quis) Sim Não sabe informar
 Não quis informar Não se aplica

f) Outro?

Não Sim

Quais? _____

71. Você pôde ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto? (ler as opções)

Não, porque não era permitido Não, porque não quis Sim Não sabe informar
 Não quis informar Não se aplica

71a. Porque não foi permitido?

Rotina Hospitalar
 Problema de saúde (da mulher)

72. Quando você estava no trabalho de parto foi colocado soro na veia?

Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

73. Durante o trabalho de parto, amarraram suas mãos, braços ou pernas em algum momento?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

74. Romperam a sua bolsa depois que você chegou no hospital? (ler as opções)

- Não, rompeu antes da internação Não, rompeu sozinha durante a internação Sim, Durante o toque
 Sim, romperam durante a cesariana Não sabe informar Não, porque não quis ou não conseguiu
 Não se aplica

75. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

76. Você solicitou medicação/analgesia para alívio da dor durante o trabalho de parto?

- Não Sim Não sabe informar Não quis informar Não se aplica

77. Você recebeu medicação/ analgesia para alívio da dor durante o trabalho de parto?

- Não
 Sim
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

78. Cortaram o seu períneo (vagina) no parto?

- Não
 Sim
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

79. Você sentiu dor no momento de suturar (costurar, reparar) o períneo?

- Não
 Sim
 Não sabe informar
 Não quis informar
 Não se aplica

Confidential

Usuárias/Prontuário 2 - DEFINITIVO
Page 42 of 46

Análise De Prontuário

ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

Início do questionário _____

Termo não aceito pela puérpera _____

I. VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS

1. Cartão Nacional de Saúde (CNS) da puérpera:

 Não disponível

2. Cartão Nacional de Saúde (CNS) do bebê:

 Não disponível

2a. Cartão Nacional de Saúde (CNS) do bebê (1º gemelar):

 Não disponível

2b. Cartão Nacional de Saúde (CNS) do bebê (2º gemelar):

 Não disponível

2c. Cartão Nacional de Saúde (CNS) do bebê (3º gemelar):

 Não disponível

2d. Cartão Nacional de Saúde (CNS) do bebê (4º gemelar):

 Não disponível

3. O partograma está preenchido no prontuário?

 Não
 Sim
 Não disponível

4. Há registro de apresentação do feto no prontuário?

 Não
 Sim

5. Qual?

 Cefálica
 Pélvica (ou de nádegas)
 Córmica (ou de ombros)
 Ignorado

6. Há prescrição da dieta durante o trabalho de parto no prontuário?

 Não
 Sim

10/04/2017 10:34

www.projectredcap.org

Confidential

Page 43 of 46

7. Qual o tipo de dieta prescrita durante o trabalho de parto?

- Dieta zero
 Dieta líquida
 Outro tipo de dieta

7a. Qual?

8. Há registro de amniotomia no prontuário?

- Não há registro
 Sim, há registro de que foi realizado
 Sim, há registro de que não foi realizado
 Não se aplica

9. Há registro de venóclise durante o trabalho de parto no prontuário?

- Não
 Sim
 Não se aplica

10. Há registro de uso de misoprostol para indução do trabalho de parto no prontuário?

- Não
 Sim
 Não se aplica

11. Há registro de uso de ocitocina para a indução ou aceleração do trabalho de parto no prontuário?

- Não
 Sim
 Não se aplica

12. Há registro de episiotomia no prontuário?

- Não há registro
 Sim, há registro de que foi realizado
 Sim, há registro de que não foi realizado
 Não se aplica

13. Data da última menstruação (DUM)

- Não disponível

14. Informações de Ultrassonografia (USG) no prontuário?

- Não Sim

15. Data da USG utilizada no cálculo (preferencialmente a USG mais próxima do início da gestação, do período de 6 a 14 semanas gestacionais):

16. Idade gestacional no momento da realização da USG

(semanas)

16a.

(dias)

17. Idade gestacional ao nascer calculada por outros métodos ou sem especificação do método:

(semanas)

17a.

(dias)

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISA AVALIATIVA DA GESTÃO E ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NA REDE SUS DO BRASIL

Pesquisador: ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56389713.5.3001.5240

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISA CLINICA

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.866.931

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa coordenado pelo Ministério da Saúde, envolvendo a Universidade Federal do Maranhão e Fiocruz-Escola Nacional de Saúde Pública, cuja coordenadora regional na ENSP é a pesquisadora Maria do Carmo Leal.

"O objeto do trabalho é a avaliação do grau de implantação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas do Brasil, conforme referencial da Rede Cegonha – Ministério da Saúde. Além disso, visa verificar a implantação de mudanças do modelo de gestão desses serviços, a percepção das usuárias em relação às facilidades de acesso, acolhimento e execução das boas práticas e a percepção dos trabalhadores em relação ao acolhimento às usuárias, execução das boas práticas de atenção ao parto e nascimento e gestão participativa. Este projeto está vinculado a uma política ministerial, a Rede Cegonha, de abrangência nacional do Ministério da Saúde/SAS/DAPES.

O projeto terá a duração de 24 meses, compreendendo as seguintes etapas: 1ª) Planejamento e implementação das ações; 2ª) Avaliação Externa; e 3ª) Devolutiva do Resultado e Apoio às Maternidades. Para tanto, propõe-se a execução de pesquisa avaliativa com diferentes enfoques metodológicos, como observação participante, análise documental e entrevista com gestores,

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



Continuação do Parecer: 1.866.931

trabalhadores e usuárias. Os instrumentos de coleta de dados serão organizados em módulos: I) Identificação; II) Acolhimento com classificação de risco; III) Direito ao acompanhante; IV) Vigilância e monitoramento epidemiológico; V) Ambiência; VI) Gestão participativa e compartilhada na maternidade; e VII) Boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Ao todo, será avaliada uma amostra mínima de 872 estabelecimentos de saúde do SUS (maternidades) que realizem 500 ou mais partos por ano, distribuídas por todo o território nacional, sendo 346 destes estabelecimentos sob a responsabilidade da UFMA e os demais 526 sob responsabilidade da ENSP/FIOCRUZ. Ao final das avaliações serão confeccionados relatórios técnicos e realizadas reuniões técnicas com as maternidades, a fim de ampliar o apoio à implementação de boas práticas na atenção e na gestão."

O projeto tem financiamento do MS no valor de R\$1.800.000,00. A coleta de dados inicia em janeiro de 2017.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a proponente:

Objetivo Primário:

Avaliar a implantação de boas práticas da atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas do Brasil, conforme referencial da Rede Cegonha, com vista a induzir o desenvolvimento de um conjunto de ações que permitam mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde nas maternidades do SUS, fomentando melhorias no acesso, qualidade, acolhimento, resolubilidade e a incorporação das Boas Práticas no parto e nascimento.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a implantação de mudanças do modelo de gestão e atenção nos serviços que realizam partos, garantindo acesso, acolhimento, resolutividade, e incorporação das Boas Práticas do parto e nascimento, e mecanismos de participação colegiada;
- Avaliar a percepção dos trabalhadores em relação ao acolhimento às usuárias e a execução das Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento, e mecanismos de participação colegiada;
- Avaliar a percepção das usuárias em relação às facilidades de acesso, acolhimento e execução das Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento;
- Induzir o desenvolvimento de um conjunto de ações que permitam mudanças no modelo de

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



Continuação do Parecer: 1.866.931

gestão e atenção à saúde nas maternidades do SUS, garantindo acesso, qualidade, acolhimento, resolubilidade e a incorporação das Boas Práticas do parto e nascimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a proponente:

"Por se tratar de pesquisa utilizando apenas as técnicas de entrevista, análise documental e observação in loco, não haverá riscos biológicos para os participantes. Potenciais riscos decorrentes de relações de poder serão minimizados na medida em que a confidencialidade e sigilo dos dados serão garantidos. Não haverá penalidades ou prejuízos às usuárias devido às suas opiniões, nem tampouco aos trabalhadores ou gestores do estabelecimento. O único possível dano seria o constrangimento, mas o(a) senhor(a) poderá se recusar a responder a qualquer pergunta e poderá interromper a entrevista. Portanto, não haverá penalidades ou prejuízos devido à participação nesta pesquisa.

Há vários potenciais benefícios decorrentes deste projeto, especialmente no que se refere à produção de dados sobre a qualidade da estrutura e dos serviços relacionados ao parto e nascimentos nas maternidades públicas do país, vinculadas ao SUS. Esses dados serão processados e serão expedidos relatórios com análise das diversas situações observadas. Estes dados e relatórios serão discutidos com gestores das diferentes instâncias do SUS, com o propósito de direcionar a implementação de ações. Ademais, serão gerados trabalhos científicos que poderão contribuir para uma discussão mais ampla do tema."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou:

- Projeto de Pesquisa na íntegra;
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Instrumentos de coleta de dados (questionários, formulários, roteiros de entrevistas, etc);

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



Continuação do Parecer: 1.866.931

- Termo de anuência da instituição Coparticipante.

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se adequado ética e metodologicamente.

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO: ***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E ENTREGUE A VIA ORIGINAL NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.***

* Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados". O relatório deve ser enviado ao CEP pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". O modelo de relatório que deve ser seguido se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como emenda. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a modificação.

* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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



Continuação do Parecer: 1.866.931

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	10/11/2016 17:01:23		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	01/08/2016 20:47:16		Aceito
Outros	RESPOSTA_AO_PARECER_PENDENT E.docx	01/08/2016 20:46:25	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_01_08_2016.pdf	01/08/2016 20:42:27	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_01_08_2016.doc	01/08/2016 20:42:06	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4_TCLE_pmaq_01_08_2016.docx	01/08/2016 20:41:33	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	16/05/2016 11:38:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_15_04_2016.pdf	16/05/2016 11:36:37	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_15_04_2016.doc	16/05/2016 11:35:46	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	15/04/2016 19:02:36		Aceito
Outros	7_Liberacao_local.pdf	15/04/2016 19:01:44	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4_TCLE_pmaq_25_02_2016.docx	15/04/2016 18:57:27	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Folha de Rosto	1_Folha_de_rosto_assinada.pdf	15/04/2016 18:52:31	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	04/12/2013 22:17:50		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	10/11/2013 01:49:52		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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



Continuação do Parecer: 1.866.931

RIO DE JANEIRO, 14 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Carla Lourenço Tavares de Andrade
(Coordenador)

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

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA “CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA”



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista *Ciência & Saúde Coletiva* aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apoio



dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos



Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O



documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados



apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. *palavras-chave/keywords*. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no

interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.



Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).



5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende Portaria N^o 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*



2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” ¹¹ (p.38).
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...”
- As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
 4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
 5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)
Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.
3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.
4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.



Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki II, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

ANEXO C – NORMAS DA REVISTA “PUBLIC HEALTH”

**PUBLIC HEALTH**

In continuous publication since 1888

AUTHOR INFORMATION PACK**TABLE OF CONTENTS**

● Description	p.1
● Impact Factor	p.2
● Abstracting and Indexing	p.2
● Editorial Board	p.2
● Guide for Authors	p.3



ISSN: 0033-3506

DESCRIPTION

An official journal of the [The Royal Society for Public Health](#) and a sister journal of [Public Health in Practice](#).

Public Health is an international, multidisciplinary peer-reviewed journal. It publishes original papers, reviews and short reports on all aspects of the science, philosophy, and practice of **public health**.

It is aimed at all public health practitioners and researchers and those who manage and deliver **public health services** and systems. It will also be of interest to anyone involved in provision of **public health programmes**, the care of populations or communities and those who contribute to public health systems in any way.

Published twelve times a year, *Public Health* considers [submissions](#) on any aspect of public health across age groups and settings.

These include:

- **Public health practice** and impact
- **Applied Epidemiology**
- Need or **impact assessments**
- **Health service** effectiveness, management and re-design
- **Health Protection** including control of communicable diseases
- **Health promotion** and **disease prevention**
- Evaluation of public health programmes or interventions
- Public health **governance**, audit and quality
- Public health **law** and ethics
- Public health **policy** and comparisons
- Capacity in public health systems and workforce

This is not an exhaustive list and the [Editors](#) will consider articles on any issue relating to public health.

Public Health also publishes invited articles, reviews and supplements from leading experts on topical issues.

Submission process

Papers submitted to Public Health are carefully reviewed in the first instance by one of the Editors. Papers that do not meet editorial needs; are methodically flawed; or lack originality will be rejected. We will also reject papers that fail to provide sufficient ethical approval where required (see section 9.3) and we shall refer papers back for revision prior to any review if they do not comply with Journal style.

Papers which pass the Editorial review will be sent out to peer-review and will be reviewed by at least two external reviewers (short communications will only be sent to one reviewer). Reviewers are asked to consider whether the paper: contains new research findings or information; is relevant to public health practice, is technically sound; and is suitably presented.

1. How to submit your manuscript

All manuscripts should be submitted online at <https://www.editorialmanager.com/puhe/Default.aspx> by clicking on the 'submit paper' link. Authors will first need to register their details, and can then submit their paper.

Any author unable to submit online should contact the Editorial Office at public.health@rsph.org.uk

2. Correspondence

The official language of Public Health is British English. Support may be made available to overseas authors whose first language is not English.

Any correspondence (including books for review) should be sent to the Editorial Office as follows:

The Editors
Public Health Editorial Office
The Royal Society for Public Health
John Snow House
59 Mansell Street
London
E1 8AN
Tel: +44 (0)20 3177 1632
Fax: +44 (0)20 3177 1601
E-mail: public.health@rsph.org.uk

Submission checklist

You can use this list to carry out a final check of your submission before you send it to the journal for review. Please check the relevant section in this Guide for Authors for more details.

Ensure that the following items are present:

One author has been designated as the corresponding author with contact details:

- E-mail address
- Full postal address

All necessary files have been uploaded:

Manuscript:

- Include keywords
- All figures (include relevant captions)
- All tables (including titles, description, footnotes)
- Ensure all figure and table citations in the text match the files provided

- Indicate clearly if color should be used for any figures in print
Graphical Abstracts / Highlights files (where applicable)
Supplemental files (where applicable)

Further considerations

- Manuscript has been 'spell checked' and 'grammar checked'
- 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 Internet)
- A competing interests statement is provided, even if the authors have no competing interests to declare
- Journal policies detailed in this guide have been reviewed
- Referee suggestions and contact details provided, based on journal requirements

For further information, visit our [Support Center](#).

BEFORE YOU BEGIN

Ethics in publishing

Please see our information on [Ethics in publishing](#).

Human and animal rights

Public Health is a member of the Committee on Publication Ethics (COPE), for more information please visit <http://publicationethics.org>

Papers describing research including human subjects will not be considered if ethical approval has not been sought.

Work on human beings that is submitted to Public Health should comply with the principles laid down in the Declaration of Helsinki; Recommendations guiding physicians in biomedical research involving human subjects. Adopted by the 18th World Medical Assembly, Helsinki, Finland, June 1964, amended by the 29th World Medical Assembly, Tokyo, Japan, October 1975, the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983, and the 41st World Medical Assembly, Hong Kong, September 1989.

The manuscript should contain a statement that the work has been approved by the appropriate ethical committees related to the institution(s) in which it was performed and that subjects gave informed consent to the work.

Studies involving experiments with animals must state that their care was in accordance with institution guidelines.

Studies on patients or volunteers require ethics committee approval and informed consent which should be documented in your paper. Patients have a right to privacy. Therefore identifying information, including patients images, names, initials, or hospital numbers, should not be included in videos, recordings, written descriptions, photographs, and pedigrees unless the information is essential for scientific purposes and you have obtained written informed consent for publication in print and electronic form from the patient (or parent, guardian or next of kin where applicable). If such consent is made subject to any conditions, Elsevier must be made aware of all such conditions. Written consents must be provided to Elsevier on request. Even where consent has been given, identifying details should be omitted if they are not essential. If identifying characteristics are altered to protect anonymity, such as in genetic pedigrees, authors should provide assurance that alterations do not distort scientific meaning and editors should so note. If such consent has not been obtained, personal details of patients included in any part of the paper and in any supplementary materials (including all illustrations and videos) must be removed before submission.

Declaration of interest

All authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential competing interests include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding. Authors must disclose any interests in two places: 1. A summary declaration of interest statement in the title page file (if double anonymized) or the manuscript file (if single anonymized). If there are no interests to declare then please state this:

'Declarations of interest: none'. 2. Detailed disclosures as part of a separate Declaration of Interest form, which forms part of the journal's official records. It is important for potential interests to be declared in both places and that the information matches. [More information](#).

Upon submission authors will be required to declare funding, competing interests and to indicate whether ethical approval was sought. This information must also be inserted into the manuscript under the 'Acknowledgements' section with the headings below. If there are no declarations to make, the following statements should be inserted into the manuscript:

Funding: None

Competing interests: None declared

Ethical approval: Not required (please add a brief explanation as to why ethical approval was not needed for this study).

Submission declaration and verification

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract, a published lecture or academic thesis, see '[Multiple, redundant or concurrent publication](#)' for more information), 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, including electronically without the written consent of the copyright-holder. To verify originality, your article may be checked by the originality detection service [Crossref Similarity Check](#).

Preprints

Please note that [preprints](#) can be shared anywhere at any time, in line with Elsevier's [sharing policy](#). Sharing your preprints e.g. on a preprint server will not count as prior publication (see '[Multiple, redundant or concurrent publication](#)' for more information).

Use of inclusive language

Inclusive language acknowledges diversity, conveys respect to all people, is sensitive to differences, and promotes equal opportunities. Content should make no assumptions about the beliefs or commitments of any reader; contain nothing which might imply that one individual is superior to another on the grounds of age, gender, race, ethnicity, culture, sexual orientation, disability or health condition; and use inclusive language throughout. Authors should ensure that writing is free from bias, stereotypes, slang, reference to dominant culture and/or cultural assumptions. We advise to seek gender neutrality by using plural nouns ("clinicians, patients/clients") as default/wherever possible to avoid using "he, she," or "he/she." We recommend avoiding the use of descriptors that refer to personal attributes such as age, gender, race, ethnicity, culture, sexual orientation, disability or health condition unless they are relevant and valid. These guidelines are meant as a point of reference to help identify appropriate language but are by no means exhaustive or definitive.

Contributors

Each author is required to declare his or her individual contribution to the article: all authors must have materially participated in the research and/or article preparation, so roles for all authors should be described. The statement that all authors have approved the final article should be true and included in the disclosure.

Authorship

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.

Changes to authorship

Authors are expected to consider carefully the list and order of authors **before** submitting their manuscript and provide the definitive list of authors at the time of the original submission. Any addition, deletion or rearrangement of author names in the authorship list should be made only **before** the manuscript has been accepted and only if approved by the journal Editor. To request such a change, the Editor must receive the following from the **corresponding author**: (a) the reason for the change in author list and (b) written confirmation (e-mail, 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.

Only in exceptional circumstances will the Editor consider the addition, deletion or rearrangement of authors **after** the manuscript has been accepted. While the Editor considers the request, publication of the manuscript will be suspended. If the manuscript has already been published in an online issue, any requests approved by the Editor will result in a corrigendum.

Reporting clinical trials

Randomized controlled trials should be presented according to the CONSORT guidelines. At manuscript submission, authors must provide the CONSORT checklist accompanied by a flow diagram that illustrates the progress of patients through the trial, including recruitment, enrollment, randomization, withdrawal and completion, and a detailed description of the randomization procedure. The [CONSORT checklist and template flow diagram](#) are available online.

Registration of clinical trials

Registration in a public trials registry is a condition for publication of clinical trials in this journal in accordance with [International Committee of Medical Journal Editors](#) recommendations. Trials must register at or before the onset of patient enrolment. The clinical trial registration number should be included at the end of the abstract of the article. A clinical trial is defined as any research study that prospectively assigns human participants or groups of humans to one or more health-related interventions to evaluate the effects of health outcomes. Health-related interventions include any intervention used to modify a biomedical or health-related outcome (for example drugs, surgical procedures, devices, behavioural treatments, dietary interventions, and process-of-care changes). Health outcomes include any biomedical or health-related measures obtained in patients or participants, including pharmacokinetic measures and adverse events. Purely observational studies (those in which the assignment of the medical intervention is not at the discretion of the investigator) will not require registration.

Copyright

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (see [more information](#) on this). An e-mail 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.

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. [Permission](#) of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations. 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. Elsevier has [preprinted forms](#) for use by authors in these cases.

For gold open access articles: Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'License Agreement' ([more information](#)). Permitted third party reuse of gold open access articles is determined by the author's choice of [user license](#).

Author rights

As an author you (or your employer or institution) have certain rights to reuse your work. [More information](#).

Elsevier supports responsible sharing

Find out how you can [share your research](#) published in Elsevier journals.

Role of the funding source

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. If the funding source(s) had no such involvement then this should be stated.

Open access

Please visit our [Open Access page](#) for more information.

Language (usage and editing services)

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the [English Language Editing service](#) available from Elsevier's Author Services.

Submission

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. The system converts your article files to a single PDF file used in the peer-review process. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail.

Submit your article

Please submit your article via <https://www.editorialmanager.com/puhe/Default.aspx>.

PREPARATION**Double anonymized review**

This journal uses double anonymized review, which means the identities of the authors are concealed from the reviewers, and vice versa. [More information](#) is available on our website. To facilitate this, please include the following separately:

Title page (with author details): This should include the title, authors' names, affiliations, acknowledgements and any Declaration of Interest statement, and a complete address for the corresponding author including an e-mail address.

Anonymized manuscript (no author details): The main body of the paper (including the references, figures, tables and any acknowledgements) should not include any identifying information, such as the authors' names or affiliations.

Use of word processing software

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the [Guide to Publishing with Elsevier](#)). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

Article structure

1 Word Length Tables, figures References Original Article 3000 5 100 Review article 3000 5 100 Short Communication 1500 1 10 Commentary 1500 0 10 Letter 750 0 0

4.2 Original research, including evaluation papers

[Click here for an example](#)

Papers should be clear, precise and logical and should not normally exceed 3,000 words.

Original research papers should be set out as follows:

- Covering letter-the letter must contain: why the submission is appropriate for publication in Public Health; what is known about the topic discussed; what your study adds; and confirmation that the paper has not been published elsewhere
- Title page- bearing title, all authors' initials, surname, main degrees (two only) and the name and location of the institution(s) where the work was done. The author to whom proofs and correspondence should be sent should be clearly indicated with correct address, e-mail, telephone and fax details.
- Abstract. This should be structured under the following headings:
Objectives
Study design

Methods

Results

Conclusions

- Keywords. 3-6 keywords should follow the abstract
- Introduction
- Methods
- Results
- Discussion
- Acknowledgements including declarations: Statements of ethical approval, funding and competing interests (see section 9)
- References (see section 10)

Please note that any costs for reproducing material whose copyright is not held by the authors or the RSPH is to be met by the authors.

Tables and figures

Tables and figures should be kept to a minimum. Tables must be comprehensible without reference to the text if possible. References can be cited in the tables if needed. Authors should indicate at approximately what point in the text the table should appear. Figures, graphs, drawings etc. should not be over complex and must be intelligible when reduced in size for printing. They should be on separate sheets, numbered and with legends.

Tables

Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text. Place footnotes to tables below the table body and indicate them with superscript lowercase letters. Avoid vertical rules. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in tables do not duplicate results described elsewhere in the article.

4.3 Short communications

A short communication is preferred for the submission of important preliminary observations or data that does not warrant publication as a full paper. Short communications should be approximately 500-1500 words in length and provide adequate information to allow for the same peer review given to other submissions.

- A structured abstract will be required during the online submission process.
- Keywords will also be required. However, specific sections, such as Methods, should not be used in the manuscript itself.
- A short communication can include one table or figure and up to 10 references. Preliminary data published as a short communication will not preclude subsequent publication of more complete results if the work is significantly expanded.

4.4 Review papers

[Click here for an example](#)

Systematic Review papers presenting exhaustive, critical assessments of the published literature on relevant public health topics or questions will be considered. Such reviews should be prepared in strict compliance with MOOSE or PRISMA guidelines or with Cochrane's complementary guidelines for systematic reviews of health promotion and public health interventions, as appropriate. Public Health encourages authors to use alternative databases covering scientific literature from low- and middle-income countries not indexed in the traditional international databases (i.e. Medline, Web of Science). All systematic reviews need to be submitted with a supporting statement of which guideline has been used in the preparation of the review.

Narrative Review papers will be considered by Public Health. Whilst no formal guidelines for such reviews exist, authors should be very clear in what criteria they have used for the selection of studies and describe the methods used to undertake the review in the body of the paper. Generally speaking, narrative reviews will only be considered where the author(s) are clearly experts in the research field

under consideration or the public health issue under consideration is not amenable to systematic review. The reviews needs to be submitted with a supporting statement justifying the appropriateness of undertaking a narrative review.

Review papers should not exceed 3000 words. They should include a Structured Abstract: Tables/ Illustrations can be included up to a maximum of 5, though larger tables may be included only on the electronic version of the paper.

References: up to a maximum of 100.

4.5 Letters

Readers are encouraged to submit Letters to the Editors and these can include responses to previously published papers or original data.

Authors will be given the opportunity to comment and respond to any correspondence we intend to include in the 'Letters to the Editors' regarding their previously published manuscript.

4.6 Celebrating Public Health Lives

[Click here for an example](#)

Papers should be clear, precise and logical and should not normally exceed 1,500 words in length.

An abstract is not required and specific sections, such as methods, discussion etc, should not be used.

Keywords are not required.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.

- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author and check that all names are accurately spelled. You can add your name between parentheses in your own script behind the English transliteration. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.

- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials. **Ensure that the e-mail address is given and that contact details are kept up to date by the corresponding author.**

- **Present/permanent address.** If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

Graphical abstract

Although a graphical abstract is optional, its use is encouraged as it draws more attention to the online article. The graphical abstract should summarize the contents of the article in a concise, pictorial form designed to capture the attention of a wide readership. Graphical abstracts should be submitted as a separate file in the online submission system. Image size: Please provide an image with a minimum of 531 × 1328 pixels (h × w) or proportionally more. The image should be readable at a size of 5 × 13 cm using a regular screen resolution of 96 dpi. Preferred file types: TIFF, EPS, PDF or MS Office files. You can view [Example Graphical Abstracts](#) on our Information site.

Authors can make use of Elsevier's [Illustration Services](#) to ensure the best presentation of their images and in accordance with all technical requirements.

Acknowledgements

Collate acknowledgements in a separate section at the end of the article before the references and do not, therefore, include them on the title page, as a footnote to the title or otherwise. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.).

Formatting of funding sources

List funding sources in this standard way to facilitate compliance to funder's requirements:

Funding: This work was supported by the National Institutes of Health [grant numbers xxxx, yyyy]; the Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA [grant number zzzz]; and the United States Institutes of Peace [grant number aaaa].

It is not necessary to include detailed descriptions on the program or type of grants and awards. When funding is from a block grant or other resources available to a university, college, or other research institution, submit the name of the institute or organization that provided the funding.

If no funding has been provided for the research, please include the following sentence:

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Artwork*Electronic artwork**General points*

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the published version.
- Submit each illustration as a separate file.
- Ensure that color images are accessible to all, including those with impaired color vision.

A detailed [guide on electronic artwork](#) is available.

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

Formats

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format.

Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

Please do not:

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or JPEG), EPS (or PDF), or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color online (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. **For color reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article.** Please indicate your preference for color: in print or online only. [Further information on the preparation of electronic artwork.](#)

References

Citation in text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication'. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

Reference management software

Most Elsevier journals have their reference template available in many of the most popular reference management software products. These include all products that support [Citation Style Language styles](#), such as [Mendeley](#). Using citation plug-ins from these products, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article, after which citations and bibliographies will be automatically formatted in the journal's style. If no template is yet available for this journal, please follow the format of the sample references and citations as shown in this Guide. If you use reference management software, please ensure that you remove all field codes before submitting the electronic manuscript. [More information on how to remove field codes from different reference management software.](#)

Users of Mendeley Desktop can easily install the reference style for this journal by clicking the following link:

<http://open.mendeley.com/use-citation-style/public-health>

When preparing your manuscript, you will then be able to select this style using the Mendeley plug-ins for Microsoft Word or LibreOffice.

Reference style

Text: Indicate references by superscript numbers in the text. The actual authors can be referred to, but the reference number(s) must always be given.

List: Number the references in the list in the order in which they appear in the text.

Examples:

Reference to a journal publication:

1. Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *J Sci Commun* 2010;**163**:51–9. <https://doi.org/10.1016/j.Sc.2010.00372>.

Reference to a journal publication with an article number:

2. Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *Heliyon*. 2018;**19**:e00205. <https://doi.org/j.heliyon.2018.e00205>.

Reference to a book:

3. Strunk Jr W, White EB. *The elements of style*. 4th ed. New York: Longman; 2000.

Reference to a chapter in an edited book:

4. Mettam GR, Adams LB. How to prepare an electronic version of your article. In: Jones BS, Smith RZ, editors. *Introduction to the electronic age*, New York: E-Publishing Inc; 2009, p. 281–304.

Reference to a website:

5. Cancer Research UK. Cancer statistics reports for the UK, <http://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/statistics/cancerstatsreport/>; 2003 [accessed 13 March 2003].

Reference to a dataset:

[dataset] 6. Oguro M, Imahiro S, Saito S, Nakashizuka T. Mortality data for Japanese oak wilt disease and surrounding forest compositions, Mendeley Data, v1; 2015. <https://doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>.

Note shortened form for last page number. e.g., 51–9, and that for more than 6 authors the first 6 should be listed followed by 'et al.' For further details you are referred to 'Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals' (*J Am Med Assoc* 1997;**277**:927–34)(see also [Samples of Formatted References](#)).

Data visualization

Include interactive data visualizations in your publication and let your readers interact and engage more closely with your research. Follow the instructions [here](#) to find out about available data visualization options and how to include them with your article.

Research data

This journal encourages and enables you to share data that supports your research publication where appropriate, and enables you to interlink the data with your published articles. Research data refers to the results of observations or experimentation that validate research findings. To facilitate reproducibility and data reuse, this journal also encourages you to share your software, code, models, algorithms, protocols, methods and other useful materials related to the project.

Below are a number of ways in which you can associate data with your article or make a statement about the availability of your data when submitting your manuscript. If you are sharing data in one of these ways, you are encouraged to cite the data in your manuscript and reference list. Please refer to the "References" section for more information about data citation. For more information on depositing, sharing and using research data and other relevant research materials, visit the [research data](#) page.

Data linking

If you have made your research data available in a data repository, you can link your article directly to the dataset. Elsevier collaborates with a number of repositories to link articles on ScienceDirect with relevant repositories, giving readers access to underlying data that gives them a better understanding of the research described.

There are different ways to link your datasets to your article. When available, you can directly link your dataset to your article by providing the relevant information in the submission system. For more information, visit the [database linking page](#).

For [supported data repositories](#) a repository banner will automatically appear next to your published article on ScienceDirect.

In addition, you can link to relevant data or entities through identifiers within the text of your manuscript, using the following format: Database: xxxx (e.g., TAIR: AT1G01020; CCDC: 734053; PDB: 1XFN).

Mendeley Data

This journal supports Mendeley Data, enabling you to deposit any research data (including raw and processed data, video, code, software, algorithms, protocols, and methods) associated with your manuscript in a free-to-use, open access repository. During the submission process, after uploading your manuscript, you will have the opportunity to upload your relevant datasets directly to *Mendeley Data*. The datasets will be listed and directly accessible to readers next to your published article online.

For more information, visit the [Mendeley Data for journals page](#).

Data statement

To foster transparency, we encourage you to state the availability of your data in your submission. This may be a requirement of your funding body or institution. If your data is unavailable to access or unsuitable to post, you will have the opportunity to indicate why during the submission process, for example by stating that the research data is confidential. The statement will appear with your published article on ScienceDirect. For more information, visit the [Data Statement page](#).

AFTER ACCEPTANCE

Online proof correction

To ensure a fast publication process of the article, we kindly ask authors to provide us with their proof corrections within two days. Corresponding authors will receive an e-mail with a link to our online proofing system, allowing annotation and correction of proofs online. The environment is similar to MS Word: in addition to editing text, you can also comment on figures/tables and answer questions from the Copy Editor. Web-based proofing provides a faster and less error-prone process by allowing you to directly type your corrections, eliminating the potential introduction of errors.

If preferred, you can still choose to annotate and upload your edits on the PDF version. All instructions for proofing will be given in the e-mail we send to authors, including alternative methods to the online version and PDF.

We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. 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. It is important to ensure that all 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.

Offprints

The corresponding author will, at no cost, receive 25 free paper offprints, or alternatively a customized [Share Link](#) providing 50 days free access to the final published version of the article on [ScienceDirect](#). The Share Link can be used for sharing the article via any communication channel, including email and social media. For an extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Both corresponding and co-authors may order offprints at any time via Elsevier's [Author Services](#). Corresponding authors who have published their article gold open access do not receive a Share Link as their final published version of the article is available open access on ScienceDirect and can be shared through the article DOI link.

AUTHOR INQUIRIES

Visit the [Elsevier Support Center](#) to find the answers you need. Here you will find everything from Frequently Asked Questions to ways to get in touch. You can also [check the status of your submitted article](#) or find out [when your accepted article will be published](#).