

Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha

Reduction of inequities of access to appropriate childbirth care in *Rede Cegonha*

Maria do Carmo Leal (<https://orcid.org/0000-0002-3047-515X>)¹

Ana Paula Esteves-Pereira (<https://orcid.org/0000-0002-0236-2043>)¹

Maria Esther de Albuquerque Vilela (<https://orcid.org/0000-0002-6454-4248>)²

Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves (<https://orcid.org/0000-0002-4806-7752>)³

Mônica Almeida Neri (<https://orcid.org/0000-0002-4190-6322>)⁴

Rejane Christine de Sousa Queiroz (<https://orcid.org/0000-0003-4019-2011>)³

Yammê Ramos Portella Santos (<https://orcid.org/0000-0002-1955-7779>)¹

Antônio Augusto Moura da Silva (<https://orcid.org/0000-0003-4968-5138>)³

Abstract *This article compares the findings of “Avaliação da Rede Cegonha” (ARC – Stork Network Assessment), an evaluative study on the Rede Cegonha (RC – Stork Network) program, with Nascer no Brasil (NB – Born in Brazil), a national survey on labor and birth, conducted in 2011-12, before the start implementation of RC. ARC was conducted in 2017, in 606 maternity hospitals involved in RC and NB included a sample with national representation of 266 hospitals. In the current analysis, we included the 136 SUS hospitals that participated in both studies, totaling 3,790 and 12,227 puerperal women. We perform comparisons of best practices and interventions in the management of labor and delivery using Pearson’s chi-square test for independent samples. The prevalence of best practices was, on average, 150% higher in ARC than in NB, with a greater relative increase in less developed regions, for older, brown and black women and less educated. Regarding interventions, there was an average reduction of 30% between NB and ARC, with a greater relative reduction in less developed regions and less educated women. There was a significant improvement in the scenario of care for labor and childbirth, with a reduction in regional, educational and racial inequalities in access to appropriate technologies, suggesting that the RC intervention was effective.*

Key words *Delivery care, Perinatal Care, Maternal health, Health policy*

Resumo *Este artigo compara os achados da Avaliação da Rede Cegonha (ARC), estudo avaliativo sobre o programa Rede Cegonha (RC), com o Nascer no Brasil (NB), inquérito nacional sobre parto e nascimento, realizado em 2011-12, antes do início da implementação da RC. A ARC foi conduzida em 2017, em 606 maternidades envolvidas na RC e o NB e empregou uma amostra com representatividade nacional de 266 hospitais. Na análise atual, incluímos os 136 hospitais do SUS que participaram de ambos os estudos, totalizando 3.790 e 12.227 puérperas, respectivamente. Realizamos as comparações de boas práticas e intervenções no manejo do trabalho de parto e de parto utilizando o teste qui-quadrado para amostras independentes. A prevalência das boas práticas foi, em média, 150% maior na ARC que no NB, com maior aumento relativo nas regiões menos desenvolvidas, para mulheres mais velhas, pardas e pretas e menos escolarizadas. Com relação às intervenções, houve redução média de 30% entre o NB e a ARC, com maior redução relativa nas regiões menos desenvolvidas e nas mulheres menos escolarizadas. Houve melhoria significativa no cenário da atenção ao trabalho de parto e parto, com diminuição de iniquidades regionais, de nível de instrução e raciais no acesso às tecnologias apropriadas, sugerindo que a intervenção da RC foi efetiva.*

Palavras-chave *Assistência ao parto, Assistência perinatal, Saúde materna, Política de saúde*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Rua Leopoldo Bulhões, 1480/809, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. ducaleal@gmail.com

² Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

³ Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão. São Luís MA Brasil.

⁴ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador BA Brasil.

Introdução

Nascer no Brasil tem sido uma experiência desafiadora para mulheres e bebês. Apesar dos esforços para mudar o modo como se dá a atenção a essa experiência humana, expressos em políticas e programas de saúde, questões não superadas na sociedade se manifestam na forma como se opera esse cuidado. As desigualdades sociais e regionais, de gênero, raça e etnia, imprimem tonalidades diversas a essa assistência. Negligências, maus tratos e violência de gênero se somam à permanência de práticas comprovadamente deletérias à saúde das mulheres e bebês, embora haja recomendação explícita para sua abolição¹. Excesso de intervenções no parto normal e cesáreas desnecessárias compõem o cenário cotidiano da assistência ao parir e nascer, tanto no setor público quanto no privado. Parir passou a ser, geralmente, sinônimo de dor e sofrimento, um momento temido pelas mulheres².

Alterar este cenário levou à instituição, em 2011, da Rede Cegonha, apoiando-se no caminho já percorrido pelas políticas e programas de saúde desenvolvidos anteriormente³. A estratégia Rede Cegonha propôs um conjunto de ações e arranjos de gestão para potencializar mudanças, ressaltando como fundamentais a garantia de acesso e a qualidade da atenção ofertada. O alcance de qualidade requeria alterar o modelo vigente de atenção ao parto e nascimento, baseando-se no conceito de normalidade⁴. Um dos pilares desta mudança seria a inclusão de enfermeiras obstétricas e obstetizas na assistência ao parto e a implantação de Centros de Parto Normal (CPN), tomando-se como referência à recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que reuniu estudos robustos mostrando resultados superiores quando o cuidado ao parto era baseado na assistência multiprofissional¹. Ao mesmo tempo a literatura indicava que o parto assistido nos CPN não aumenta os riscos, mas sim, contribui para a racionalização dos leitos hospitalares, redução do excesso de intervenções e aumento da satisfação das mulheres com a experiência do parto⁵⁻⁷.

Após adesão dos estados a esta iniciativa, constituiu-se um Grupo Condutor Estadual da RC e selecionou-se as regiões de saúde prioritárias para diagnósticos situacionais, formulação de planos e implementação das ações. Tendo como base as recomendações baseadas em evidências científicas sobre as melhores práticas de cuidado, foram analisadas a oferta, a demanda e a qualidade dos serviços nas regiões de saúde,

tanto na atenção básica quanto na especializada (ambulatorial e hospitalar, de baixo e de alto risco). Após elaborado o desenho regional da rede, foram alocados recursos em forma de incentivos, sob o compromisso de cumprimento de metas. Também foram destinadas verbas para a adequação de centros obstétricos à RDC 36-2008, instalação de CPN, casas de gestante, bebês e puérperas, além de recursos para formação profissional de toda a equipe de cuidado. Especial atenção foi dada aos cursos de formação de enfermeiras obstétricas, nas modalidades de residência, especialização e aprimoramento. Para acompanhamento e verificação dos compromissos assumidos, processos avaliativos foram pactuados, de forma compartilhada entre as três esferas do SUS⁸.

No mesmo ano que nasceu a Rede Cegonha foi realizado o primeiro inquérito nacional sobre Parto e Nascimento, denominado Nascer no Brasil (NB), sob coordenação da Fundação Oswaldo Cruz e com a participação de vários pesquisadores de universidades públicas nos estados do Brasil. O referido estudo foi realizado em uma amostra estratificada de hospitais por região geográfica, local da ocorrência e tipo de pagamento da atenção ao parto, em 23.894 mulheres⁹. E, assim, esse estudo pode se constituir na linha de base de indicadores da atenção ao parto e nascimento para uma posterior avaliação da Rede Cegonha.

Processos avaliativos das políticas implementadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido importantes ferramentas para apoiar a tomada de decisão e o aprimoramento dos programas¹⁰. O projeto de Avaliação da Rede Cegonha (ARC) envolveu a participação de gestores, trabalhadores e puérperas, além de uma observação da ambiência e dos processos em curso nas maternidades. Maiores detalhes sobre a metodologia desse estudo podem ser vistos em Vilela et al.¹¹.

Estudo recentemente publicado por Leal et al.¹² comparou os resultados da Avaliação da Rede Cegonha com o componente setor público (próprio e conveniado ao SUS) do estudo Nascer no Brasil. Os autores identificaram como uma das limitações daquele estudo as diferenças na representatividade da amostra nas duas pesquisas. Nesta publicação decidiu-se comparar os resultados da ARC com os do NB somente nos hospitais que participaram dos dois estudos.

Métodos

Neste artigo serão utilizados dados de dois estudos nacionais: o *Nascer no Brasil*, ocorrido em

2011, ano de lançamento da Rede Cegonha e o *Avaliação da Rede Cegonha*, ocorrido em 2017.

Estudo Nascer no Brasil – NB

Estudo de abrangência nacional sobre a assistência ao parto e nascimento, composto por uma amostra de 266 hospitais públicos, mistos e privados e um total de 23.894 puérperas, sendo representativa de 87% dos nascimentos do Brasil. A amostra foi selecionada em três estágios. O primeiro foi composto por hospitais com 500 ou mais partos/ano em 2007, estratificado por macrorregião do país, por localização estadual (capital ou não capital), e por tipo de hospital (privado, público e misto). Em cada estrato os hospitais foram selecionados com probabilidade proporcional ao número de partos/ano. No segundo estágio, um método de amostragem inversa foi utilizado para selecionar o número de dias (mínimo de sete) necessários para alcançar 90 puérperas em cada hospital. O terceiro estágio foi composto pelas puérperas elegíveis. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com as puérperas, consulta a prontuários e por entrevistas telefônicas às mulheres ao final do puerpério. Pesos amostrais foram estabelecidos pelo inverso da probabilidade da inclusão de cada puérpera na amostragem. Um procedimento de calibragem foi usado para garantir que a distribuição das puérperas amostradas fosse semelhante àquela observada na população no ano de 2011. Mais detalhes da metodologia utilizada pelo estudo NB foram publicados por Leal et al.⁹ e Vasconcellos et al.¹³

Avaliação da Rede Cegonha – ARC

Neste estudo foram elegíveis todos os hospitais públicos e mistos (privados conveniados ao SUS) que, em 2015, preenchiam os seguintes critérios: 500 ou mais partos/ano e em região de saúde com plano de ação da Rede Cegonha, independentemente da liberação de recursos (n = 582); menos de 500 partos/ano, e em região de saúde com plano de ação da Rede Cegonha e liberação de recursos (n = 24); totalizando 606 estabelecimentos.

Foram utilizados três diferentes métodos de coleta de dados: entrevista pessoal com informantes-chaves; gestores; profissionais de saúde e puérperas; análise documental; e observação *in loco*. Foram coletadas informações sobre a gestão dos serviços, processos de trabalho da equipe, organização do cuidado e indicadores de processo

e resultados da assistência ao parto e nascimento, estes últimos nos prontuários hospitalares; e, observação *in loco* para avaliar os processos de cuidado e as condições de infraestrutura, a planta física, os equipamentos, os materiais, os insumos e a contagem de leitos obstétricos e neonatais do hospital. Para a presente análise, utilizamos somente as informações coletadas nas entrevistas com as puérperas e dos prontuários hospitalares.

Com relação à amostra de puérperas, o tamanho mínimo estabelecido para cada macrorregião foi de 1.800 sujeitos. Estabelecemos um número fixo de dias destinado às entrevistas com as puérperas em cada macrorregião, que variou de acordo com número de nascidos vivos em 2015: dois dias nas regiões Sudeste e Nordeste, quatro na região Norte, cinco na região Sul e sete na região Centro-Oeste. Ao final, foram incluídas 10.665 puérperas. Pesos amostrais foram estabelecidos pelo inverso da probabilidade da inclusão de cada puérpera. Um procedimento de calibragem foi usado para garantir que a distribuição das puérperas amostradas correspondesse à distribuição de partos ocorridos nesses 606 hospitais no ano de 2017. Maiores detalhes da metodologia da ARC podem ser encontrados em Vilela et al.¹¹ e Bittencourt et al.¹⁴

Crítérios de inclusão e exclusão para ambas pesquisas

Foram incluídas as puérperas que tiveram parto hospitalar de, pelo menos, um nascido vivo, independentemente da idade gestacional e do peso, ou um nascido morto com mais de 500g ou idade gestacional maior ou igual a 22 semanas. Foram excluídas as mulheres com dificuldades de comunicação (transtorno mental grave, estrangeiras que não entendiam a língua portuguesa e portadoras de deficiência auditiva e de fala), mulheres com gravidade clínica e que fizeram a interrupção legal da gravidez.

As puérperas foram entrevistadas face a face durante a internação hospitalar, após leitura e assinatura do TCLE, e os dados clínicos foram coletados de prontuários hospitalares. Foram utilizados formulários eletrônicos desenvolvidos especificamente para cada estudo, com o uso de tablets.

Para a presente análise, incluímos apenas as puérperas amostradas nos 136 hospitais públicos e mistos que participaram de ambos os estudos: NB - 2011 e ARC - 2017, totalizando 12.227 e 3.790 puérperas, respectivamente. Este número representa cerca de 60% do total de mulheres

com partos em estabelecimentos mistos e públicos da amostra do NB e 36% do total de mulheres amostradas na ARC. Os procedimentos de calibração utilizados para os estudos NB e ARC, descritos na metodologia de cada estudo, não foram aplicados na presente análise.

O número de puérperas amostradas em cada hospital variou de 87 a 94 no NB, enquanto que na ARC este número variou de 3 a 142 puérperas. Em decorrência desta variação, utilizamos um procedimento de calibração com o objetivo de tornar idêntica a distribuição das puérperas nos 136 hospitais incluídos nos dois estudos.

Variáveis de exposição

A variável de exposição é a participação no estudo ARC - 2017, em comparação à participação no estudo NB - 2011. As variáveis sociodemográficas incluídas foram: região, idade, cor de pele autorreferida e nível de escolaridade. Em ambos os estudos as variáveis sociodemográficas foram coletadas na entrevista com a puérpera.

Desfechos

Os desfechos foram dicotômicos (sim, não). As boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto vaginal incluídas foram: uso de partograma, presença de acompanhante no trabalho de parto, deambulação, oferta de alimentos, massagem, disponibilidade de chuveiro ou banheira com água morna, uso de outros métodos não farmacológicos para alívio da dor (incluindo bola, banquinho, cavalinho, agachamento, barra, escada de ling, ficar de cócoras, poltrona, rebozo, dança, música, exercícios respiratórios, aromaterapia), uso de analgesia e parto realizado por enfermeiro(a). As intervenções incluídas foram: venóclise, ocitocina para indução/aceleração do trabalho de parto, amniotomia, litotomia, episiotomia e manobra de Kristeler. Em ambos os estudos as variáveis de desfecho foram coletadas na entrevista com a puérpera, com exceção do uso de partograma e de ocitocina para indução/aceleração do trabalho de parto, ambas extraídas do prontuário hospitalar.

Análise dos dados

Foram descritas as frequências absolutas e relativas das características das mulheres e das boas práticas e intervenções para ambos os estudos.

Para a avaliação das boas práticas e intervenções durante o trabalho de parto (partograma,

acompanhante, deambulação, oferta de alimentos, massagem, chuveiro/banheira, outros métodos, venóclise e ocitocina), foram incluídas na análise apenas as mulheres que entraram em trabalho de parto – 7.998 no NB e 2.622 na ARC. Já para a avaliação das boas práticas e intervenções durante o parto vaginal (analgesia, parto por enfermeiro, litotomia, episiotomia e manobra de Kristeler), foram incluídas na análise apenas as mulheres com parto vaginal – 6.918 no NB e 2.075 na ARC. Por fim, para a avaliação da amniotomia, incluímos na análise apenas as mulheres que apresentaram trabalho de parto e bolsa íntegra na admissão para o parto – 5.774 no NB e 1.815 na ARC.

As diferenças na prevalência das boas práticas e intervenções foram analisadas para o conjunto das mulheres e estratificando-se pelas variáveis: região (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste), idade (< 20 anos, 20-34, ≥ 35 anos), cor da pele (branca, preta, parda) e escolaridade (< ensino médio completo, ≥ ensino médio completo). Foram calculadas as diferenças absolutas e as razões de prevalência. Para a avaliação da significância estatística foi utilizado o teste do qui-quadrado para amostras independentes e nível de confiança de 95%, utilizando o programa estatístico SPSS versão 22.0.

Avaliação ética

Os estudos NB e ARC pautam-se pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, que estabelece diretrizes e parâmetros para a pesquisa humana e pela Resolução 466/12, da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa que regulamenta as Diretrizes e Normas da Pesquisa em Seres Humanos, do Ministério da Saúde, resguardando os princípios éticos da autonomia, justiça, beneficência e da não maleficência, segundo os protocolos de pesquisa CEP/ENSP e CEP/ENSP/UFMA. Tomou-se o cuidado de garantir e preservar a privacidade e a confidencialidade dos dados de pesquisa. Todos os diretores de hospital e puérperas passaram por uma consulta de consentimento prévio e, posteriormente, assinaram um termo de consentimento informado.

Resultados

Em comparação ao ano de 2011, em 2017 houve uma maior proporção de mulheres com ensino superior completo, que se autodeclararam pretas e com cesariana anterior nos hospitais do estudo.

As outras características sociodemográficas analisadas foram equiparáveis (Tabela 1).

Em 2017, a prevalência das boas práticas recomendadas no manejo do trabalho de parto e no parto vaginal foram, em média, 150% maiores que em 2011, com destaque para massagem (de 4,2 % para 28,7%), uso de analgesia (de 7,4% para 12,6%) e uso de outros métodos para o alívio da dor (de 11,8% para 37,5%). Já a prevalência das intervenções no manejo do trabalho de parto e no parto vaginal em 2017 foram, em média, 30% menores que em 2011, com destaque para a redução de amniotomia (de 47,6% para 20%) e de manobra de Kristeler (de 35% para 15 %) (Tabela 1).

Na comparação segundo as macrorregiões do país, observamos que o aumento relativo das boas práticas foi mais importante nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde houve aumento médio de 330%, 270% e 380%, respectivamente. Para as regiões Norte e Nordeste destacou-se o aumento do uso de analgesia (mais que seis vezes maior) e na região Centro-Oeste destacou-se o aumento dos partos por enfermeiras (de 0,7% para 11,5%). A redução das intervenções foi semelhante segundo as macrorregiões – de aproximadamente 40% nas regiões Norte e Nordeste e de 30% nas regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste (Tabela 2).

Observamos que o aumento relativo das boas práticas foi maior nas puérperas com ≥ 35 anos, em comparação às mais jovens. Vale observar que para todas as boas práticas analisadas as mulheres mais velhas partiram de prevalências inferiores em 2011. Entre elas, ressaltamos o aumento do uso de analgesia, que subiu de 6,1% para 27,9%, chegando a superar a prevalência nas mulheres de 20-34 anos em 2017. A redução das intervenções foi homogênea segundo a idade da puérpera nos dois estudos (Tabela 3).

O aumento relativo das boas práticas foi maior nas puérperas pretas e pardas, em comparação às mulheres brancas. Nota-se também que para todas as boas práticas analisadas as mulheres pretas partiram de prevalências inferiores em 2011. Os incrementos relativos mais importantes nas mulheres pretas foi o uso de massagem (de 2,6% para 23,6%), outros métodos para o alívio da dor (de 8,6% para 36,4%) e analgesia (de 6,1% para 17,5%). A redução das intervenções foi homogênea segundo a cor da pele (Tabela 4).

Quanto ao nível de escolaridade, verificou-se um aumento relativo maior nas boas práticas de

atenção ao parto em mulheres de menor escolaridade, com destaque para a massagem (de 3,5% para 26,5%) e analgesia (de 6,5% para 20%). A redução das intervenções foi homogênea segundo a escolaridade (Tabela 5).

Discussão

A ARC (2017) mostrou que, em relação ao NB, a prevalência das boas práticas recomendadas no manejo do trabalho de parto e no parto vaginal em hospitais públicos ou conveniados ao SUS que participaram dos dois estudos foram, em média, 150% maiores, com valores superiores para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, para mulheres mais velhas, pardas e pretas e menos escolarizadas. A média da redução das intervenções foi de 30%, seguiu a mesma distribuição por região geográfica e escolaridade materna, mas, não mostrou diferenças por idade e raça/cor. Entretanto, é importante destacar que as maiores prevalências absolutas de boas práticas na atenção ao trabalho de parto e parto continuaram na região Sul, mulheres brancas e de maior escolaridade, excetuando-se o parto feito por enfermeiro(a).

A maior oferta relativa das boas práticas de atenção ao parto entre os dois períodos dos estudos, para as áreas e as populações carentes, redundou em redução de iniquidades, mas, os grupos sociais, cujos valores absolutos iniciais eram mais elevados, também se beneficiaram desses investimentos programáticos, e isso explica porque as prevalências desses indicadores foram maiores nos grupos mais privilegiados. Somente um investimento sustentado e de mais largo prazo poderá equalizar as diferenças de prevalências no acesso aos serviços de saúde entre os diversos grupos sociais.

O único indicador, dentre os recomendados pelas evidências científicas que não acompanhou essa lógica foi o parto assistido por enfermeiras. No país, no ano de 2011, a maioria dos partos, 84%, era assistido por médico¹⁵ e esse cenário ainda permanece. Não surpreende que os grupos de melhor condição social e econômica persistam com maiores proporções de partos assistidos por médicos, dado o maior prestígio desse profissional na equipe de saúde, a tradição da sua presença, a dificuldade e a resistência em inserir a enfermeira obstétrica no cenário do parto e o desconhecimento dos benefícios do parto conduzido pela enfermagem¹⁶.

Tabela 1. Distribuição das características das puérperas e prevalência das boas práticas e intervenções obstétricas nos dois estudos.

	Nascer no Brasil 2011-2012		Avaliação da Rede Cegonha 2017		Diferença absoluta (%RC - %NB)	Razão (%RC / %NB)	P- valor*
	n (12.227)	%	n (3.790)	%			
Região							
Norte	2161	17,7	670	17,7	-	-	1,000
Nordeste	3234	26,4	1002	26,4	-	-	
Sudeste	3239	26,5	1005	26,5	-	-	
Sul	2340	19,1	725	19,1	-	-	
Centro-oeste	1253	10,2	388	10,2	-	-	
Idade em anos							
10-19	2729	22,3	799	21,1	-	-	0,120
20-34	8402	68,7	2597	68,6	-	-	
>=35	1092	8,9	391	10,3	-	-	
Cor da pele							
Branca	3650	29,9	1033	27,4	-	-	< 0,001
Preta	1119	9,2	500	13,3	-	-	
Parada	7454	61,0	2229	59,3	-	-	
Anos de escolaridade							
EF incompleto	3843	31,5	990	26,2	-	-	< 0,001
EF completo	3542	29,1	1050	27,7	-	-	
EM completo	4322	35,5	1472	38,9	-	-	
ES completo e mais	476	3,9	271	7,2	-	-	
Partos anteriores							
Primípara	5408	44,2	1733	45,7	-	-	0,465
1-2	5247	42,9	1600	42,2	-	-	
≥ 3	1571	12,8	456	12,0	-	-	
Cesárea anterior	2361	19,4	843	22,8	-	-	0,002
Boas práticas							
Partograma ¹	3919	49,0	1487	56,7	7,7	1,2	< 0,001
Acompanhante no TP ¹	3367	42,1	2247	85,7	43,6	2,0	< 0,001
Deambulação ¹	3967	49,6	2027	77,3	27,7	1,6	< 0,000
Oferta de alimentos ¹	2175	27,2	1403	53,5	26,3	2,0	< 0,001
Massagem ¹	376	4,7	753	28,7	24,0	6,1	< 0,001
Chuveiro/banheira ¹	1872	23,4	1269	48,4	25,0	2,1	< 0,001
Outros ^{1**}	944	11,8	983	37,5	25,7	3,2	< 0,001
Analgesia ²	512	7,4	415	20,0	12,6	2,7	< 0,001
Parto por enfermeiro ²	1121	16,2	666	32,1	15,9	2,0	< 0,001
Média	-	25,7	-	48,9	23,2	2,5	-
Intervenções							
Venoclise ¹	5743	71,8	1547	59,0	-12,8	0,8	< 0,001
Ocitocina ¹	3343	41,8	1004	38,3	-3,5	0,9	< 0,001
Amniotomia ³	2748	47,6	363	20,0	-27,6	0,4	< 0,001
Litotomia ²	6344	91,7	1780	85,8	-5,9	0,9	< 0,001
Episiotomia ²	3487	50,4	577	27,8	-22,6	0,6	< 0,001
Kristeler ²	2470	35,7	324	15,6	-20,1	0,4	< 0,001
Média	-	56,5	-	41,1	-15,4	0,7	-

* Teste qui-quadrado. ** Bola, banquinho, cavalinho, agachamento, barra, escada de ling, ficar de cócoras, poltrona, rebozo, dança, música, exercícios respiratórios, aromaterapia. 1: Mulheres que apresentaram trabalho de parto (7.998 no Nascer no Brasil e 2.622 na Avaliação da Rede Cegonha). 2: Mulheres com parto vaginal (6.918 no Nascer no Brasil e 2.075 na Avaliação da Rede Cegonha). 3: Mulheres que apresentaram trabalho de parto e bolsa íntegra na admissão para o parto (5.774 no Nascer no Brasil e 1.815 na Avaliação da Rede Cegonha).

Tabela 2. Prevalência das boas práticas e intervenções obstétricas segundo macrorregiões geográficas e diferenças absolutas e na razão de prevalência entre os dois estudos.

	Norte						Nordeste						Sudeste						Centro-oeste							
	NB		RC		P-valor		NB		RC		P-valor		NB		RC		P-valor		NB		RC		P-valor			
	RC	NB	RC	NB	RC	NB	RC	NB	RC	NB	RC	NB	RC	NB	RC	NB	RC	NB	RC	NB	RC	NB	RC	NB	RC	
Boas práticas																										
Partograma	21,7	43,0	21,3	2,0	*	40,6	50,8	10,2	1,3	*	70,6	64,6	-6,0	0,9	*	58,4	75,8	17,4	1,3	*	##	29,7	-15,5	0,7	*	
Acompanhante no TP	43,4	88,1	44,7	2,0	*	30,5	82,1	51,6	2,7	*	50,3	85,9	35,6	1,7	*	56,2	90,8	34,6	1,6	*	##	81,0	58,1	3,5	*	
Deambulação	57,8	81,4	23,6	1,4	*	39,7	78,6	38,9	2,0	*	49,4	72,5	23,1	1,5	*	55,6	79,2	23,6	1,4	*	##	79,3	27,6	1,5	*	
Oferta de alimentos	25,4	47,7	22,3	1,9	*	18,5	46,8	28,3	2,5	*	40,2	53,4	13,2	1,3	*	27,0	65,4	38,4	2,4	*	##	56,0	37,2	3,0	*	
Massagem	1,8	27,4	25,6	15,2	*	4,7	28,1	23,4	6,0	*	5,6	25,4	19,8	4,5	*	6,3	37,1	30,8	5,9	*	4,5	25,3	20,8	5,6	*	
Chuveiro/banheira	16,8	29,4	12,6	1,8	*	14,0	32,2	18,2	2,3	*	35,7	56,1	20,4	1,6	*	27,9	66,7	38,8	2,4	*	##	57,6	38,3	3,0	*	
Outros**	7,1	29,0	21,9	4,1	*	7,9	35,2	27,3	4,5	*	14,8	37,2	22,4	2,5	*	19,9	44,6	24,7	2,2	*	8,2	41,4	33,2	5,0	*	
Analgésia	2,1	15,5	13,4	7,4	*	1,8	13,9	12,1	7,7	*	15,7	19,9	4,2	1,3	*	8,1	27,2	19,1	3,4	*	7,5	28,2	20,7	3,8	*	
Parto por enfermeiro	18,5	58,2	39,7	3,1	*	8,7	36,3	27,6	4,2	*	31,5	33,1	1,6	1,1	*	9,9	17,3	7,4	1,7	*	0,7	12,2	11,5	17,4	*	
Média	21,6	46,6	25,0	4,3		18,5	44,9	26,4	3,7		34,9	49,8	14,9	1,8		29,9	56,0	26,1	2,5		-	-	25,8	4,8		
Intervenções																										
Venóclise	72,5	52,8	-19,7	0,7	*	71,1	55,9	-15,2	0,8	*	72,8	64,8	-8,0	0,9	*	71,7	60	-11,7	0,8	*	##	57	-13,1	0,8	*	
Ocitocina	30,7	30,9	0,2	1,0		0,5	37,5	27,4	-10,1	0,7	*	53,7	49,6	-4,1	0,9	**	49,9	45	-4,9	0,9	**	##	31	4,3	1,2	**
Amniotomia	47,7	7,7	-40,0	0,2	*	38,6	6	-32,6	0,2	*	54,3	35,3	-19,0	0,7	*	52,8	26,7	-26,1	0,5	*	##	22	-21,2	0,5	*	
Litotomia	91,2	86,6	-4,6	0,9	*	89,0	86	-3,0	1,0	*	91,7	86,8	-4,9	0,9	*	94,0	84,6	-9,4	0,9	*	##	84	-12,0	0,9	*	
Episiotomia	41,7	27,3	-14,4	0,7	*	44,5	20,7	-23,8	0,5	*	53,8	34,2	-19,6	0,6	*	56,9	24,6	-32,3	0,4	*	##	35	-25,1	0,6	*	
Kristeler	34,9	13,1	-21,8	0,4	*	38,2	19	-19,2	0,5	*	36,0	16,3	-19,7	0,5	*	30,8	11,9	-18,9	0,4	*	##	16	-23,5	0,4	*	
Média	-	-	-16,7	0,6		-	-	-17,3	0,6		-	-	-12,6	0,7		-	-	-17,2	0,7		-	-	-15,1	0,7		

NB: Nascer no Brasil, RC: Rede Cegonha, RC-NB: Diferença absoluta, NB/RC: Razão. P-valor do Teste qui-quadrado. * < 0,001. ** < 0,050.

Tabela 5. Prevalência das boas práticas e intervenções obstétricas segundo escolaridade materna e diferenças absolutas e na razão de prevalência entre os dois estudos.

	< ensino médio completo					>= ensino médio completo						
	Nascer no Brasil (a)	Rede Cegonha (b)	b - a	b/a	P-valor	Nascer no Brasil (c)	Rede Cegonha (d)	d - c	d/c	P-valor	c/a	d/b
Boas práticas												
Partograma	47,0	53,6	6,6	1,1	< 0,001	53,0	61,0	8,0	1,2	< 0,001	1,13	1,14
Acompanhante no TP	39,9	84,1	44,2	2,1	< 0,001	46,2	87,7	41,5	1,9	< 0,001	1,16	1,04
Deambulação	47,2	74,5	27,3	1,6	< 0,001	54,4	81,1	26,7	1,5	< 0,001	1,15	1,09
Oferta de alimentos	24,7	53,4	28,7	2,2	< 0,001	31,8	53,6	21,8	1,7	< 0,001	1,29	1,00
Massagem	3,6	26,5	22,9	7,4	< 0,001	6,8	31,6	24,8	4,6	< 0,001	1,89	1,19
Chuveiro/banheira	21,2	45,4	24,2	2,1	< 0,001	27,5	52,6	25,1	1,9	< 0,001	1,30	1,16
Outros**	10,0	34,3	24,3	3,4	< 0,001	15,3	41,7	26,4	2,7	< 0,001	1,53	1,22
Analgesia	6,5	20,0	13,5	3,1	< 0,001	9,4	20,0	10,6	2,1	< 0,001	1,45	1,00
Parto por enfermeiro	15,5	34,0	18,5	2,2	< 0,001	17,5	29,3	11,8	1,7	< 0,001	1,13	0,86
Média	24,0	47,3	23,4	2,8	-	29,1	51,0	21,9	2,1	-	1,34	1,08
Intervenções												
Venóclise	70,2	57,9	-12,3	0,8	< 0,001	74,8	60,7	-14,1	0,8	< 0,001	1,07	1,05
Ocitocina	40,2	38,0	-2,2	0,9	< 0,014	44,9	38,8	-6,1	0,9	< 0,001	1,12	1,02
Amniotomia	48,0	19,1	-28,9	0,4	< 0,001	46,8	21,0	-25,8	0,4	< 0,001	0,98	1,10
Litotomia	91,5	85,9	-5,6	0,9	< 0,001	92,3	85,8	-6,5	0,9	< 0,001	1,01	1,00
Episiotomia	46,8	25,5	-21,3	0,5	< 0,001	57,6	31,2	-26,4	0,5	< 0,001	1,23	1,22
Kristeler	35,3	16,1	-19,2	0,5	< 0,001	36,7	14,9	-21,8	0,4	< 0,001	1,04	0,93
Média			-14,9	0,7	-			-16,8	0,7	-	1,07	1,05

Gama et al.¹⁵ compararam a atuação das enfermeiras obstétricas na ARC com o NB e mostraram que os partos acompanhados por essas profissionais alcançaram maiores frequências de boas práticas e menores de intervenção obstétrica no parto vaginal em relação ao NB e aos profissionais médicos. No entanto, os médicos também melhoraram a oferta das tecnologias apropriadas ao parto e nascimento em relação ao NB.

Sistemas de saúde universais como o SUS têm como um dos princípios norteadores a redução das iniquidades em saúde e sociais. Por isso os investimentos são fortemente dirigidos às áreas carentes, como o foram para os Programas da Saúde da Família, Rede Cegonha e o Mais Médicos, dentre outros³. Nesse sentido, os resultados desta avaliação além de atestarem o alcance dos objetivos da Rede Cegonha de melhoria da atenção ao trabalho de parto e parto, com base nas evidências científicas, reforçam o cumprimento desse princípio de promoção da equidade do SUS.

Asaria et al.¹⁷, analisando o desempenho do Sistema Nacional de Saúde inglês (NHS) entre 2004-05 e 2011-12, mostraram que as desigualdades na oferta de atenção primária e na qualidade do cuidado prestado haviam sido quase eliminadas no período. No entanto, ocorreram reduções modestas nas iniquidades sobre os desfechos em saúde, tais como hospitalização e mortalidade evitáveis. Os autores concluem que reduzir a desigualdade nos resultados da saúde é mais complexo e desafiador do que diminuir a desigualdade de acesso à saúde.

É provável que a melhoria da atenção ao parto e nascimento, verificada nesse período e mostrada neste artigo, não tenha se refletido diretamente na melhoria dos indicadores obstétricos no SUS. Outros determinantes da morbimortalidade maternas, tais como os fatores socioeconômicos, o estilo de vida, o suporte social e os comportamentais, as comorbidades maternas, além da organização da rede de cuidados em saú-

de têm importância crucial na determinação dos resultados obstétricos¹⁸.

Entretanto, é importante chamar a atenção que a Rede Cegonha cumpre os seus princípios ao conseguir reduzir iniquidades em mulheres mais vulneráveis como as negras e as menos escolarizadas, apontadas na literatura como as mais discriminadas e abandonadas nos serviços de atenção ao parto^{19,20}.

A implementação das boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto foi maior do que a redução das intervenções obstétricas não recomendadas na rotina do atendimento. Reconhece-se que é mais fácil introduzir novos processos de atenção do que retirar velhas práticas consolidadas. Mas, é significativo que a manobra de Kristeler, um dos procedimentos mais dolorosos, tenha sido uma das intervenções não recomendadas com maior redução relativa, provavelmente, como consequência do melhor manejo do trabalho de parto e do uso das boas práticas obstétricas.

Os resultados deste estudo também mostram que está em processo a implantação do protocolo da atenção ao parto vaginal na rede pública e conveniada ao SUS⁷. O referido protocolo foi desenvolvido com ampla participação das sociedades de Ginecologia/Obstetrícia, Enfermagem Obstétrica e Pediatria, representações técnicas do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais, especialistas, profissionais de saúde e representações das mulheres. Seu lançamento em 2016 foi precedido de consulta pública para escuta da sociedade. Esse processo participativo colaborou com a adesão dos profissionais às novas recomendações do protocolo.

Para além da adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias^{1,7}, a Rede Cegonha investiu na criação de um ambiente institucional acolhedor que rompesse com o tradicional isolamento imposto à mulher⁴.

Bittencourt et al.¹⁴ avaliaram as maternidades da RC segundo as diretrizes e os dispositivos do programa e verificaram que a diretriz acolhimento em obstetrícia foi a mais implantada, tendo o desempenho sido melhor nos itens do tratamento das usuárias pelo próprio nome, escuta qualificada das queixas, medos e expectativas das usuárias e comunicação efetiva entre os profissionais e a usuária. Mas, ainda assim, quase um quarto das maternidades teve implantação insuficiente em relação à apresentação dos profissionais à usuária¹³.

Estabelecer um tratamento digno e respeitoso para com as gestantes foi um dos componentes da Rede Cegonha que pôde ser analisado neste estudo a partir dos motivos destacados pelas mulheres que quiseram opinar ao final da entrevista, no hospital. Cerca de 20% das mulheres quiseram falar, e destas, quase 60% comentaram a respeito da sua satisfação com o atendimento recebido, tendo sido o bom relacionamento com os profissionais de saúde o aspecto mais destacado por elas¹⁶. A associação entre o bom relacionamento da equipe de saúde durante o parto e nascimento e a avaliação positiva das parturientes com os cuidados recebidos já havia sido mostrado em outros estudos^{21,22}.

O investimento na presença de acompanhante de livre escolha da parturiente alcançou o mais elevado patamar (entre 80 e 90%) dentre todas as boas práticas de atenção ao trabalho de parto. É reconhecida a importância da presença do acompanhante para o bem estar e apoio emocional da parturiente²³, no desempenho do trabalho de parto – duração, uso de analgesia e menor proporção de cesarianas²⁴ – e seu papel na proteção contra maus tratos e abusos durante a hospitalização e maior satisfação com a atenção recebida^{25,26}.

Os resultados obtidos nesta análise não diferiram dos encontrados quando se compararam os resultados do NB público com a ARC¹¹, conferindo validade às análises feitas anteriormente. Outro aspecto positivo nessas comparações foi o critério de inclusão adotado para as mulheres participarem das pesquisas ter sido o mesmo, bem como os procedimentos e instrumentos para a coleta de dados.

A opção por trabalhar apenas com os hospitais que compartilharam as duas pesquisas aumentou a comparabilidade dos estudos, no entanto, implicou em perda de representatividade e possível redução da generalização externa dos achados. Um outro aspecto que merece comentário foi a utilização da informação materna para a análise do uso de ocitocina e episiotomia, que são mais fidedignas quando vindas do prontuário. Na ARC, essas informações não foram coletadas no prontuário e por conta disso optou-se por utilizar a informação materna nos dois estudos, aumentando a comparabilidade entre eles.

Concluindo, este artigo mostrou que aumentou o acesso das usuárias do SUS às boas práticas de atenção ao parto e nascimento nos 136 hospitais públicos e mistos que participaram dos estudos NB e ARC. Houve mudança significativa no cenário da atenção ao trabalho de parto e

parto, mostrando que a intervenção foi efetiva. Verificou-se redução de iniquidades territoriais, etárias, de nível de instrução e raciais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto e nascimento, no cumprimento das diretrizes da Rede Cegonha e do SUS. Ou seja, a Rede Cegonha promoveu uma maior equidade na atenção ao parto e nascimento nesses hospitais do sistema público de saúde no Brasil.

Colaboradores

MC Leal - Responsável pela concepção, desenho do estudo e aquisição dos dados. Interpretou os dados, escreveu e revisou o texto criticamente. Aprovou a versão final a ser publicada. APE Pereira – Participou da concepção e desenho do estudo. Analisou e interpretou os dados criticamente e fez contribuições substanciais na escrita e revisão do texto. Aprovou a versão final a ser publicada. MEA Vilela, MTSSB Alves, MA Neri, RCS Queiroz, YRP Santos e AAM Silva - Contribuíram na aquisição dos dados, interpretação dos resultados, escrita e revisão do texto. Aprovaram a versão final a ser publicada.

Agradecimentos

O estudo “Nascer no Brasil” foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Projeto INOVA); e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

O projeto “Avaliação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha” foi financiado com recursos da Coordenação da Saúde da Mulher/DAPS/MS.

Referências

- World Health Organization (WHO). *Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. Geneva: WHO; 2018.
- Carmo Leal M, Pereira AP, Domingues RM, Theme Filha MM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S1-16.
- Leal MDC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, Victora C. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1915-1928.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS-a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 24 jun.
- Sandall J, McCandish R. Midwifery special issue call for papers--place of birth. *Midwifery* 2011; 27(2):113.
- Birthplace in England Collaborative G, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, Marlow N, Miller A, Newburn M, Petrou S, Puddicombe D, Redshaw M, Rowe R, Sandall J, Silverton L, Stewart M. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011; 343:d7400.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida*. Brasília: MS; 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017; 3 out.
- Leal MC, Moura da Silva AA, Dias MA, Nogueira da Gama SG, Rattner D, Moreira ME, Theme Filha MM, Domingues RMSM, Pereira APE, Torres JA, Bittencourt SDA, D'orsi E, Cunha AJ, Leite AJM, Cavalcante RS, Lansky S, Diniz CSG, Szwarcwald CL. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health* 2012; 9(1):15.
- Santos-Filho SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):999-1010.
- Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EBAF, Gomes MASM, Bittencourt SDA, Gama SGN, Silva LBRAA, Lamy ZC. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. *Cien Saude Colet* 2021; 26(3):789-800.
- Leal MDC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres B, Silva L, Thomaz E, Lamy ZC, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Gama SGN, Domingues RMSM, Vilela MEA. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cad Saude Publica* 2019; 35(7):e00223018.
- Vasconcellos MT, Silva PL, Pereira AP, Schilithz AO, Souza Junior PR, Szwarcwald CL. Sampling design for the Birth in Brazil: National Survey into Labor and Birth. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S1-10.
- Bittencourt SDA, Vilela MEA, Marques MCO, Santos AM, Silva CKRT, Domingues RMSM, Reis AC, Santos GL. Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha: avaliação do grau de implantação das ações. *Cien Saude Colet* 2021; 26(3):801-822.
- Gama SGN, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, Schilithz AOC, Leal MC. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod Health* 2016; 13(3):123.
- Leal NP, Versiani MH, Leal MC, Santos YRP. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérras. *Cien Saude Colet* 2021; 26(3):941-950.
- Asaria M, Ali S, Doran T, Ferguson B, Fleetcroft R, Goddard M, Goldblatt P, Laudicella M, Raine R, Cookson R. How a universal health system reduces inequalities: lessons from England. *J Epidemiol Community Health* 2016; 70(7):637-643.
- Mackenbach JP. Can we reduce health inequalities? An analysis of the English strategy (1997–2010). *J Epidemiol Community Health* 2011; 65(7):568-575.
- Leal MDC, Gama S, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CND, Santos RV. The color of pain: racial inequities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cad Saude Publica* 2017; 33(Supl. 1):e00078816.
- Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saude Publica* 2005; 39(1):100-107.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 7:CD003766.
- Baldisserotto ML, Theme Filha MM, Gama SG. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012. *Reproductive Health* 2016; 13(Supl. 3):124.
- Lunda P, Minnie CS, Benade P. Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018; 18(1):167.
- Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 7:CD003766.
- d'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, Angulo-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; 30(Supl. 1):S154-S68.
- Diniz CS, d'Orsi E, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, Schneck CA, Lansky S, Teixeira NZF, Rance S, Sandall J. Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the Birth in Brazil national survey. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S1-14.

Artigo apresentado em 17/03/2020

Aprovado em 08/06/2020

Versão final apresentada em 10/06/2020

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

