A thick, dark purple vertical bar is positioned on the left side of the page. From the bottom of this bar, several thin, curved lines in shades of purple and grey extend upwards and outwards, creating an abstract, organic shape.

Síntese de Evidências para Políticas de Saúde:

Reduzindo as taxas de cirurgia cesariana no Brasil

Instituto de Saúde, São Paulo, SP
2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: reduzindo as taxas de cirurgia cesariana no Brasil / autores: Cecília Setti. [et al.], – São Paulo: Instituto de Saúde, 2019.

90 p.
Vários autores.

1. Síntese de evidências 2. Cesariana (Brasil) 3. Políticas de Saúde 4. Cirurgia cesariana I. Setti, Cecília. II. Oliveira, Cintia de Freitas. III. Tesser, Taís Rodrigues. IV. Bortoli, Maritsa Carla de. V. Araújo, Bruna Carolina. VI. Melo, Roberta Crevelario. VII. Olah, Andressa Rocha. VIII. Venancio, Sonia Isoyama. IX. Poderoso, Rosana Evangelista. X. Toma, Tereza Setsuko (coord.).

CDD: 614

Sumário

| | |
|---|----|
| MENSAGENS-CHAVE | 5 |
| OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA | 12 |
| Opção 1 – Incentivar o uso de intervenções combinadas para redução de cesarianas, com foco em profissionais de saúde e na gestão dos serviços e sistemas de saúde | 13 |
| Opção 2 – Promover, durante o pré-natal, o preparo da mulher para o parto normal | 15 |
| Opção 3 – Fornecer apoio contínuo às mulheres durante o trabalho de parto e parto | 18 |
| Opção 4 – Estruturar e facilitar acesso a diferentes ambientes para o parto | 21 |
| Opção 5 – Implementar estratégias de apoio ao parto vaginal após cesárea prévia (VBAC - <i>Vaginal Birth After Cesarean</i>) | 23 |
| CONSIDERAÇÕES DE EQUIDADE PARA AS OPÇÕES | 24 |
| CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES | 27 |
| APÊNDICES | 45 |

Síntese de evidências para políticas:
Reduzindo as taxas de cirurgia cesariana no Brasil

Inclui

- Contextualização e descrição de um problema;
- Opções viáveis para resolver o problema identificado;
- Considerações de equidade para as opções; e
- Considerações sobre a implementação das opções identificadas.

Não inclui

Essa síntese **não incorpora recomendações** sobre qual (is) opção (ões) deve (m) ser selecionada (s) para implementação da política.

Para quem a síntese de evidências para políticas é direcionada?

Para formuladores e implementadores de políticas de saúde, seu pessoal de apoio e outras partes interessadas no problema abordado por essa síntese de evidências.

Para que a síntese de evidências para políticas foi elaborada?

Para subsidiar as decisões a serem tomadas na solução de problemas em questão, de políticas ou programas de saúde, das quais essas sejam bem fundamentadas por evidências científicas relevantes e disponíveis, identificadas, selecionadas e avaliadas por meio de processo sistemático e transparente.

O que é uma síntese de evidências para políticas de saúde?

É um resumo das evidências de pesquisas globais e locais relevantes¹ que foram identificadas, avaliadas e organizadas em opções para o enfrentamento de problemas de saúde para subsidiar o diálogo de políticas com os atores envolvidos como gestores, sociedade civil organizada e pesquisadores.

Para elaboração de uma síntese de evidências utilizam-se processos sistemáticos e transparentes para fundamentar as decisões relacionadas às políticas, bem como o julgamento e suas implicações.

Objetivos da síntese de evidências para políticas de saúde

- Esclarecer e priorizar os problemas em questão de políticas ou programas de saúde;
- Subsidiar as decisões para políticas ou programas de saúde considerando os benefícios, prejuízos, custos locais ou relação custo-benefício, aplicabilidade, pontos de vistas e experiências das partes interessadas e aspectos de equidade para as opções; e
- Identificar as considerações sobre implementação das opções.

EVIPNet Brasil

¹ A revisão sistemática é um estudo secundário, considerado o melhor nível de evidência para tomada de decisão, que reúne resumos de evidências que abordam uma questão claramente formulada usando métodos sistemáticos e transparentes para identificar, coletar, selecionar e avaliar criticamente as pesquisas relevantes.

A Rede de Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network*) – EVIPNet – visa promover o uso sistemático e transparente de evidências científicas na tomada de decisão e na elaboração e implementação de políticas e programas de saúde para fortalecer os sistemas de saúde. A EVIPNet promove ainda o uso compartilhado do conhecimento científico e sua aplicação, em formato e linguagem dirigidos aos gestores de saúde, na prática clínica, nos serviços e sistemas de saúde, formulação de políticas públicas e cooperação técnica entre os países participantes.

A EVIPNet Brasil é coordenada pelo Ministério da Saúde, no Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). A implementação dessa iniciativa é realizada em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) entre outros.

Instituto de Saúde

O Instituto de Saúde (IS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES - SP) é um órgão de ensino em Saúde Coletiva e pesquisa científica e tecnológica, que tem como competência avaliar as políticas de saúde. O Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde (NEv-IS), criado em 2014, participa da EVIPNet Brasil, e vem desde então intensificando sua produção científica para subsidiar gestores na tomada de decisão em políticas de saúde.

Financiamento

Essa síntese de evidências é produto do projeto contemplado na “2ª Chamada pública de apoio a projetos de tradução do conhecimento no âmbito da rede de políticas informadas por evidências (EVIPNet Brasil) para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)”, publicada em 2017 e financiada com recursos oriundos de Termo de Cooperação nº 91 entre Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde.

Conflito de interesses

Os autores declaram não possuir conflito de interesse com relação ao tema abordado. Os financiadores não interferiram no desenho, elaboração e divulgação dos resultados dessa síntese.

Revisão de método e mérito da síntese de evidências para políticas de saúde

Essa síntese de evidências foi revisada em método por especialistas, na identificação, seleção, avaliação crítica, e no mérito por pesquisadores, gestores e atores interessadas no problema quanto sua relevância para política de saúde.

Agradecimentos

A Roberta Moreira Wichmann (Banco Mundial) e Keitty Regina Cordeiro de Andrade (COEVI/DECIT/SCTIE/MS), pela realização da Revisão Técnica e de Mérito; a Daphne Rattner, Presidente da ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, por contribuir com sugestões de estratégia de busca e fornecer referências relevantes para esta síntese; a Claudinéia Melo, técnica da Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, por conseguir os artigos de difícil acesso; aos participantes do Diálogo Deliberativo, realizado no dia 13 de novembro de 2018, no Instituto de Saúde (SES/SP), por compartilharem suas experiências e pelas sugestões para melhoria desta Síntese.

MENSAGENS-CHAVE

O problema

O Brasil é o segundo país com as taxas mais elevadas de cirurgia cesariana no mundo, muito além da recomendação de 10 a 15% da Organização Mundial da Saúde (WHO et al., 2015). O uso excessivo e desnecessário de tecnologias na atenção ao parto e nascimento tem contribuído para aumentar os riscos à saúde de mães e recém-nascidos.

Opções para enfrentar o problema

Nesta Síntese são apresentadas cinco propostas de intervenções para reduzir as taxas de cirurgia cesariana, todas de caráter não clínico, selecionadas a partir de revisões sistemáticas. Sistemas públicos e privados podem se beneficiar com a implementação dessas ações, cada qual com suas possibilidades e limitações.

Opção 1 – Incentivar o uso de intervenções combinadas para redução de cesarianas, com foco em profissionais de saúde e na gestão dos serviços e sistemas de saúde

Intervenções múltiplas em diversos contextos da assistência obstétrica, com foco em profissionais de saúde e na gestão dos serviços de saúde, podem reduzir em até 27% as taxas de cirurgia cesariana. Elas incluem estratégias baseadas em auditoria e feedback, educação profissional e uso de protocolos clínicos.

Opção 2 – Promover, durante o pré-natal, o preparo da mulher para o parto normal

Atenção pré-natal em grupo, programas de preparo para o parto normal para mulheres e casais, continuidade do cuidado desde o pré-natal até o parto, e incentivo ao exercício físico são medidas com potencial para reduzir em até 78% as taxas de cesariana.

Opção 3 – Fornecer apoio contínuo às mulheres durante o trabalho de parto e parto

O apoio contínuo às mulheres durante o trabalho de parto até o nascimento pode reduzir as taxas de cirurgia cesariana em até 51%. Esse tipo de apoio pode ser prestado por um profissional (doula, enfermeira, obstetrix), ou membros da família com alguma ou nenhuma formação especial.

Opção 4 – Estruturar e facilitar o acesso a diferentes ambientes para o parto

Promover nascimentos em centros de parto normal, casas de parto e domicílio pode reduzir em até 58% as taxas de cesariana. Além disso, contribui para a redução de analgesia, episiotomia, sangramento e infecção nas mulheres, prematuridade e baixo peso ao nascer.

Opção 5 – Implementar estratégias de apoio ao parto vaginal após cesárea prévia (VBAC - *Vaginal Birth After Cesarean*)

Aconselhamento pré-natal, cuidado por equipe multiprofissional, uso de protocolos clínicos, auditoria e feedback, que contemplem a temática do VBAC, podem aumentar as tentativas e os partos normais de mulheres com cesárea prévia, em até 28% e 41% respectivamente.

Considerações de equidade para as opções

A implementação de uma ou mais opções aqui apresentadas deve ser considerada em relação ao seu potencial para reduzir as desigualdades. A prestação de cuidados maternos deve ser respeitosa e promover a escolha informada durante o trabalho de parto e parto.

Considerações sobre a implementação das opções

A implementação das opções propostas exige decisão pela escolha e planejamento das intervenções, priorização de recursos, desenvolvimento de protocolos clínicos, capacitação de profissionais, educação da população e fortalecimento da rede de atenção à saúde da mulher e da gestante. O monitoramento e avaliação dos resultados das opções de políticas são fundamentais para apoiar a implementação.

CONTEXTO E ANTECEDENTES

O modelo hegemônico de assistência obstétrica no Brasil teve início no século XIX, por meio de uma mudança gradual de paradigma da atenção ao parto. O parto, que era realizado por mulheres em consonância com o saber tradicional, passou a adotar um modelo construído a partir do discurso anátomo-patológico e representado pela figura masculina detentora do saber médico (Brenes, 1991).

No século XX, avanços tecnológicos contribuíram para o aumento da sobrevivência da população, incluindo-se a realização de cesáreas com auxílio de anestésicos, antibióticos e outros fármacos (Parente et al., 2010; Diniz e Duarte, 2004). No entanto, a dependência cada vez maior dessas tecnologias fortaleceu a tecnocracia, a medicalização e a visão do nascimento como um evento de risco, o que justificaria a prática médica hospitalar como mais segura na assistência à saúde da mulher (Aquino, 2014).

Em muitos contextos no Brasil, especialmente no serviço público, antes de se definir o desfecho pela via cirúrgica, as mulheres são submetidas a uma sequência de intervenções com a finalidade de acelerar o processo do nascimento, na busca pela otimização do uso dos leitos, em detrimento de uma atenção que respeita o processo fisiológico pelo qual a mulher poderia passar (Diniz e Chacham, 2006). Como uma cascata, as intervenções culminam na realização de outras intervenções subsequentes, como repetidos toques vaginais, amniotomia, condução do trabalho de parto com ocitocina, manobras de Kristeller e de Valsalva, episiotomia, sutura, uso de fórceps até, finalmente, a própria cesariana (Diniz e Duarte, 2004). Nesses casos, todas essas intervenções se configuram como violência obstétrica que, por definição não se limita a intervenções inoportunas e sem consentimento da mulher, mas também a atos verbais, psicológicos e simbólicos aos quais mulheres durante todo o período gravídico e puerperal são submetidas. Com medo de serem expostas a essas situações de violência, que se tornaram “normais” na assistência ao parto vaginal, muitas mulheres têm recorrido à “escolha” pela cesárea eletiva (DiP, 2013).

Esse uso excessivo e desnecessário de tecnologias na atenção ao parto e nascimento tem contribuído para aumentar os riscos à saúde de mães e recém-nascidos. A cesárea eletiva é um dos principais exemplos do uso danoso de intervenções médicas (Souza e Pileggi-Castro, 2014) uma vez que aumenta o risco de morte materna e de consequências negativas inerentes ao procedimento cirúrgico, além de elevar os custos para o sistema de saúde (WHO et al., 2015).

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Conceitos-chave

Apoio contínuo: A definição de apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto é variável, porém um elemento intrínseco a essa atividade é a presença de uma pessoa que oferece conforto emocional, medidas para alívio da dor, informações sobre a progressão do trabalho de parto e ajuda para articular os desejos da mulher com a equipe de profissionais. Preferencialmente, esse apoio deve ser garantido à mulher no início do trabalho de parto e continuar pelo menos até a hora do nascimento (Bohren et al., 2017).

Centro de Parto Normal (CPN/ *Birth Centre*): É uma unidade de assistência ao parto, nascimento e puerpério fisiológico destinada a mulheres e recém-nascidos de risco habitual. Neste ambiente priorizam-se a assistência humanizada e o mínimo de intervenções clínicas e farmacológicas, sem prejudicar a qualidade da assistência. Caracteriza-se também como um espaço com garantia de exercício da autonomia da mulher e de respeito a suas escolhas. É uma unidade de assistência com gerenciamento e atuação exclusivos de enfermeiras obstétricas e obstetrias e sua disposição física e

ambiência devem estar de acordo com as normas vigentes, determinadas pela Portaria GM/MS nº 11/2015 e normatizada pela RDC nº 36 da ANVISA (Brasil, 2015a; Brasil, 2008).

Centro de Parto Normal Intra-hospitalar (CPN-i): É uma unidade de assistência ao parto e ao nascimento localizada dentro de maternidade/hospital, com disposição que garanta a permanência da mulher e do recém-nascido em uma suíte (quarto PPP) durante todo o período de pré-parto, parto e pós-parto imediato (Brasil, 2015a; Brasil, 2011a).

Centro de Parto Normal Peri-hospitalar (CPN-p)/ Casa de Parto: É uma unidade de assistência ao parto e ao nascimento localizada nas proximidades da maternidade/hospital de referência, a uma distância de até vinte minutos por meio de viaturas de transporte adequadas. É de responsabilidade do estabelecimento a permanência da mulher e do recém-nascido em suíte PPP da admissão à alta (Brasil, 2015a; Brasil, 2011a).

Cirurgia cesariana eletiva: É um procedimento cirúrgico programado, não considerado de urgência ou emergência, que pode ser adiado ou não ser realizado, sem perigo para mãe e criança (BVS, s/d).

Classificação de Robson (CR): É um sistema que permite classificar mulheres admitidas para o parto em dez categorias, a partir de características obstétricas. A Organização Mundial da Saúde e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia têm recomendado seu uso como padrão internacional de monitoramento e comparação das taxas de cesariana ao longo do tempo, dentro das instituições de saúde e entre localidades (Boatin, et al., 2018).

Cuidado um para um: No processo de nascimento, o cuidado um para um significa disponibilidade de um(a) profissional de saúde para cada mulher durante todo o trabalho de parto e parto, visando garantir o foco exclusivo e o apoio contínuo para a parturiente (Sosa, Crozier e Stockl, 2018).

Doula: Termo de origem grega que significa "uma mulher que cuida de outra mulher", fornecendo apoio emocional e físico específico do período gravídico e do nascimento, não atuando na assistência clínica obstétrica (Scott, Berkowitz e Klaus, 1999; Fortier e Godwin, 2015).

Enfermeira obstétrica (*Nurse Midwife*): É uma profissional formada em nível de bacharelado em enfermagem e pós-graduada em nível *lato sensu* em obstetrícia, legalmente licenciada para exercer todas as atribuições de enfermeira e de obstetriz em seu país (Riesco e Tsunechiro, 2002).

Modelo de Cuidado Contínuo: Esse modelo pode ser definido como uma forma de assistência na qual o cuidado é oferecido pelo mesmo profissional ou grupo de profissionais desde a primeira consulta de pré-natal até o período puerperal (Sandall et al, 2016).

Obstetriz (*Midwife*): É uma profissional formada em nível de bacharelado, por programa de entrada direta em obstetrícia, legalmente reconhecida e licenciada para exercer a obstetrícia em seu país (Osava, Riesco, Tsunechiro, 2006; Riesco e Tsunechiro, 2002).

Parteira tradicional (*Traditional Birth Attendant*): É uma profissional que presta assistência ao parto domiciliar com habilidades baseadas em saberes e práticas tradicionais (Gusman, et al., 2015).

Parto natural: É um termo muitas vezes utilizado de forma sobreposta ao parto normal ou vaginal. Para este documento, consideramos que **parto natural** é todo o nascimento por via vaginal sem o uso de intervenções clínicas rotineiras, enquanto **parto normal** ou **vaginal** é o nascimento por via vaginal, podendo haver o uso de alguma intervenção, como condução com ocitocina ou analgesia (Dutra, 2007).

Parto vaginal instrumental: É o nascimento por via vaginal em que o profissional que assiste o parto utiliza um dispositivo para a retirada do bebê, que pode ser fórceps ou extrator a vácuo (Wegner e Bernstein, 2014).

Profissional que assiste o parto: A assistência ao parto e nascimento de risco habitual, que se mantenha dentro dos limites da normalidade, pode ser realizada tanto por enfermeira obstétrica quanto por obstetriz ou médico obstetra (Brasil, 2017a), além de parteira tradicional em determinadas regiões do país e do mundo.

Prova de trabalho de parto: Presença de contrações uterinas ritmadas e progressivas, que podem ter iniciado de forma espontânea ou induzida. Tem sido recomendada para uma parcela de gestantes com cesárea anterior, no intuito de reduzir os riscos de uma nova cirurgia, e também como estratégia para a redução das taxas de cesariana (Calderon, et al., 2002).

Magnitude do problema

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza desde 1985 que a taxa de cesárea deve se situar entre 10 e 15% do total de nascimentos (WHO, et al., 2015), sendo um valor acima desse patamar dificilmente justificado do ponto de vista clínico (Ye, et al., 2014). No entanto, é cada vez mais frequente a realização desse procedimento, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento (WHO, et al., 2015).

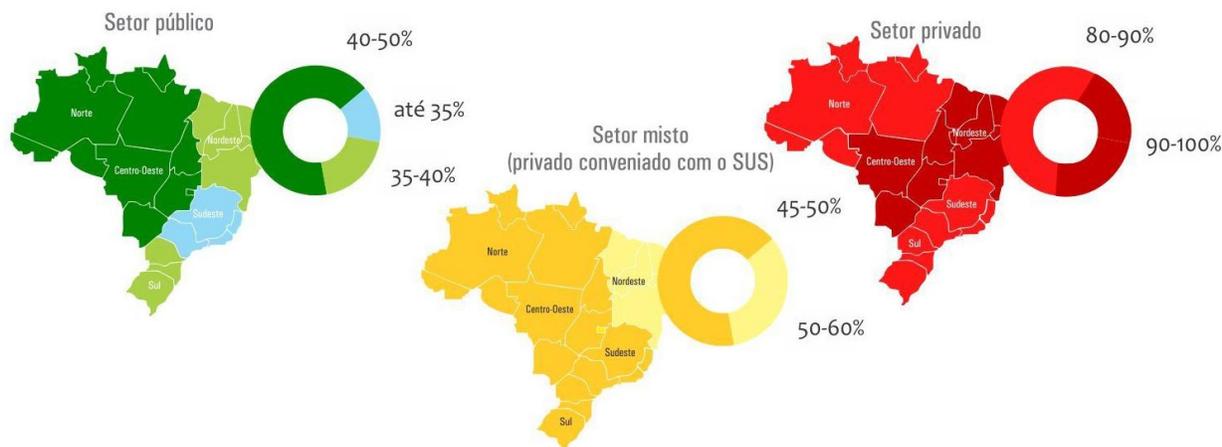
As altas taxas de cesárea são consideradas um evento mundial, cujo ranqueamento é liderado pela América do Sul (42,9%), seguido pela América do Norte (32,3%), Oceania (31,1%), Europa (25%) e Ásia (19,2%). Em 2015, a América Latina e Caribe tiveram 44,3% de nascimentos por cesárea, sendo os maiores registros na República Dominicana (59%) e no Brasil (56%) (Magne et al., 2017; Boerma et al., 2018).

No país, as taxas de cesárea aumentaram de 15% em 1970 para 50,1% em 2009 (Leal et al., 2012). Esse crescimento foi contínuo até o ano de 2015, quando se registrou queda de 1,5% de cesáreas (Brasil, 2017b). Esta redução pode estar relacionada à implementação de iniciativas para a melhoria da saúde materna e infantil no País (Grisoli, 2017), as quais encontram-se descritas mais adiante.

Chamam a atenção algumas características das taxas de cesárea no país - aproximadamente 46% são procedimentos agendados previamente (Victora et al., 2011), a região de maior prevalência é a centro-oeste, embora seja crescente nas regiões norte e nordeste (Rattner e Moura, 2016) e as taxas são diretamente proporcionais à cobertura dos planos de saúde (Patah e Malik, 2011).

Na Figura 1 é possível observar que as taxas são incontestavelmente superiores no setor privado, com aproximadamente 86% do total, enquanto no SUS se aproximou de 46% em 2014 (Fiocruz, 2014).

Figura 1. Taxa de cesariana segundo região brasileira e tipo de serviço de saúde.



Fonte: Fiocruz, 2014.

Possíveis determinantes das taxas elevadas de cesáreas

A dificuldade que o país vem enfrentando para reduzir as taxas de cesárea revela a complexidade do problema, que envolve diversos aspectos, tais como o acesso a um bem de consumo, a comodidade para médicos e planos de saúde, a necessidade de lucro ou a falta de infraestrutura apropriada para atenção ao parto nos serviços de saúde, a formação inadequada dos profissionais de saúde, entre outras (Diniz e Chacham, 2006; Faúndes e Cecatti, 1991; Rattner e Moura, 2016).

Segundo Tornquist (2004), os processos de parto e nascimento englobam aspectos biológicos, culturais e individuais que têm relação direta com a vida, a morte e a sexualidade. Esses elementos assumem significados distintos para os indivíduos e são permeados por experiências pessoais, pressões sociais e pela cultura.

A cesárea eletiva como uma possibilidade de via de nascimento representa, portanto, uma intersecção de valores políticos, econômicos, culturais, institucionais e profissionais, em que o acesso à tecnologia pode significar uma afirmação de ascensão social, da possibilidade de usufruir do que há de mais moderno no mercado (Nakano, Bonan, e Teixeira, 2015). A cesárea, nesse caso, se apresenta como um bem de consumo, na maioria das vezes ocorrendo em horário comercial, com picos nas vésperas de feriados, com o objetivo de dar mais flexibilidade, comodidade e a possibilidade de planejamento às partes envolvidas (Barros et al., 1991; Victora et al., 2011; Rattner e Moura, 2016).

No Brasil, a relação entre a submissão da parturiente à cesariana e sua situação socioeconômica é revelada nas pesquisas que apontam as mulheres que tendem a apresentar mais cesáreas como as de maior poder aquisitivo, domiciliadas nas regiões mais ricas do país, com maior escolaridade, brancas e que geralmente utilizam os serviços de saúde privados (Diniz e Chacham, 2006; Barros, et al., 1991; Victora et al., 2011; Rattner e Moura, 2016).

Contudo, as cesáreas eletivas não ficam restritas a esse grupo. Sob distintas justificativas, hospitais públicos e privados atuam segundo uma lógica de linha de produção para a assistência ao parto e nascimento. A saúde privada responde à necessidade de produção para manutenção e aumento dos lucros, enquanto no sistema público a justificativa é atribuída à falta de leitos ou recursos humanos insuficientes (Diniz e Chacham, 2006).

A formação profissional tem papel relevante na determinação do problema por ser pautada pelo ensino da técnica com base no uso de equipamentos sofisticados para a assistência, ocasionando uma visão de risco em eventos fisiológicos do parto (Dias e Deslandes, 2004). Dessa forma, perpetuam uma ritualística de rotina e no uso das técnicas que inspiram falsa sensação de segurança, e muitas vezes desconsideram necessidades físicas e emocionais das parturientes (Diniz e Duarte, 2004; Nakano, Bonan e Teixeira, 2015; WHO, 2018a).

O momento de admissão também é crucial no processo de decisão por intervenções, uma vez que mulheres admitidas fora do período ativo do trabalho de parto sofrem mais intervenções e são mais suscetíveis a passar por uma cesariana do que as mulheres internadas em momento oportuno (WHO, 2018a).

Outro fator que contribui para as altas taxas de cesárea é a ideia equivocada de que uma mulher fica definitivamente impossibilitada de passar por um parto vaginal se tiver histórico de cesárea (Barros, et al., 1991; Faúndes e Cecatti, 1991; Knight, et al., 2014). Nessa situação, o processo de decisão é muito mais difícil, pois as mulheres só são informadas dos riscos com relação ao parto vaginal após cesariana, sendo negadas as informações relativas aos aspectos positivos da escolha (Lundgren, et al., 2012).

Consequências para a saúde e custos das cesáreas desnecessárias

Uma análise da situação da cesárea no Brasil, da década de 1980, apontou diversas consequências das altas taxas de cesárea, incluindo o risco de provocar um nascimento prematuro, caso o cálculo da idade gestacional não estiver correto (Faúndes e Cecatti, 1991). Em Pelotas, RS, análise de três coortes de nascimentos mostrou que a prevalência de recém-nascidos prematuros aumentou de

6,3% em 1982 para 16,2% em 2004, implicando numa redução de 47 gramas no peso médio ao nascer. Esse aumento da taxa de nascimentos prematuros pareceu resultar em grande parte de cesarianas ou induções (Barros, et al., 2005).

Ainda em relação à criança, a cirurgia cesariana também está relacionada ao risco aumentado de mortalidade neonatal, doenças imunológicas e metabólicas, como colite ulcerativa, doença celíaca, diabetes mellitus tipo 1, rinite alérgica, alergia alimentar, asma, sobrepeso e obesidade, com destaque para esta última que apresenta uma alta taxa entre crianças nascidas de cesárea eletiva (Magne et al., 2017). A cesariana também impacta negativamente a amamentação, o desenvolvimento do sistema imunológico e da flora bacteriana do recém-nascido (Sandall et al., 2018; Canicali Primo et al., 2016; Macdorman et al., 2008)). Os riscos também são mais acentuados para as mulheres, que ficam expostas a morbidade e mortalidade em taxas quase três vezes maiores nas cirurgias cesarianas quando comparadas com os partos vaginais, especialmente por hemorragia pós-parto, complicações da anestesia e infecções puerperais (Faúndes e Cecatti, 1991; Esteves-Pereira, et al., 2016). Em gestações futuras, existe também uma maior probabilidade de óbito fetal e anormalidades placentárias (Sandall et al., 2018)

É importante ressaltar que as mulheres em situação de vulnerabilidade estão mais expostas a estes riscos, com menos acesso a cuidados de saúde, inclusive obstétricos (WHO, et al., 2015).

Em relação aos custos envolvidos em todo o processo de nascimento, o valor pago por um parto vaginal e uma cesariana no Sistema Único de Saúde (SUS) é o mesmo. No entanto, levando em conta o tempo e o tratamento que requerem a puérpera e o recém-nascido de cirurgia cesariana, especialmente quando prematuro, os custos gerados ao sistema de saúde tornam ainda mais difícil garantir uma assistência adequada a estes usuários (Faúndes e Cecatti, 1991). Além disso, estudos que avaliaram a custo-efetividade de partos vaginais, em comparação com a cesariana eletiva, tanto no SUS (Entringer et al., 2018a) quanto na saúde suplementar (Entringer et al., 2018b), bem como análise realizada acerca do impacto orçamentário de ambas as vias de nascimento (Entringer et al., 2018c), revelam benefícios financeiros e para a saúde do binômio materno-infantil com a promoção do parto vaginal.

Iniciativas para redução das taxas de cesárea no país

No cenário obstétrico brasileiro, propor a redução das taxas de cesárea implica numa proposta de mudança do modelo assistencial atualmente vigente, bem como das bases culturais da medicalização do parto. Desde a década de 1980, várias iniciativas têm sido implementadas no país para a melhoria da atenção à saúde da mulher, incluindo a redução de taxas de cesáreas, conforme indicadas a seguir.

- ❑ 2000 - O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde foi instituído com o objetivo de melhorar e ampliar o acesso, a cobertura e a qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e puerpério às mulheres e aos recém-nascidos, tendo a perspectiva dos direitos de cidadania (Brasil, 2002).
- ❑ 2004 - A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher visa, entre outros objetivos, o respeito e cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos, especialmente na melhoria dos cuidados obstétricos, bem como no planejamento familiar, englobando a atenção ao aborto inseguro e o combate à violência doméstica e sexual (Brasil, 2004).
- ❑ 2006 - A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, idealizada pela OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 1990, foi revista, atualizada e ampliada, incluindo a opção do cuidado amigo da mãe com recomendações para uma atenção ao parto menos medicalizada (Unicef, 2008).
- ❑ 2011 - A Rede Cegonha foi instituída com a finalidade de garantir a saúde reprodutiva das mulheres, por meio da estruturação e organização da rede de atenção, e fornecendo acesso a atenção de

qualidade desde o planejamento reprodutivo, passando por uma gravidez humanizada e um parto seguro (Brasil, 2011b).

- ❑ 2015 - A Resolução Normativa nº 368, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), dá direito aos segurados solicitarem informações sobre as taxas de cesáreas e partos normais praticados por médicos em seus equipamentos de saúde. Além disso, as operadoras de planos de saúde devem disponibilizar o Cartão da Gestante e a Carta de Informação à Gestante, utilizados para registrar todo o acompanhamento do pré-natal, bem como a exigência de que os médicos utilizem o Partograma no qual devem constar todas as informações sobre o trabalho de parto da usuária (ANS, 2015).
- ❑ 2015 e 2016 - As Diretrizes de Atenção Integral à Gestante: a operação Cesariana, e a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, ambas da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), amparadas por evidências científicas, têm como objetivo orientar mulheres e profissionais de saúde sobre quais são os diversos cenários que envolvem o processo de parto, trazendo recomendações e procedimentos (Brasil, 2015b; Brasil, 2016b).
- ❑ 2016 - A Resolução Normativa nº 398, da ANS, estabelece que operadoras de planos de saúde e hospitalares admitam, em suas equipes, profissionais obstetras e enfermeiras obstetras a fim de que acompanhem e executem o parto, bem como determina aos seus médicos que disponibilizem às mulheres em período gestacional a Nota de Orientação que contém informações sobre os riscos dos partos normais e cesáreas (ANS, 2016).
- ❑ 2016 - O Projeto Parto Adequado, da ANS, em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement*, dos Estados Unidos, apoiados pelo Ministério da Saúde, tem a intenção de conhecer novos modelos de assistência ao parto que ofereçam a gestantes e recém-nascidos um acompanhamento adequado e integral (Brasil, 2016a).
- ❑ 2017 - O Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (APICE ON), é uma iniciativa do Ministério da Saúde que tem como objetivo qualificar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento e ao abortamento nos hospitais com atividades de ensino, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos (Brasil, 2017c).

A **Síntese de evidências para política de saúde: Reduzindo as taxas de cirurgia cesariana no Brasil**, foi elaborada para subsidiar o diálogo de política entre os atores-chave envolvidos no problema. As opiniões, experiências e conhecimentos tácitos dos atores envolvidos no diálogo deliberativo contribuíram para o aperfeiçoamento da síntese de evidências e para ampliar as estratégias de implementação de uma ou mais opções identificadas. Um dos objetivos do diálogo de política é suscitar ideias que só ocorrem quando todos os envolvidos ou afetados pelo problema passam a trabalhar juntos, possibilitando decisões futuras mais efetivas. Após o diálogo é elaborada a Síntese do Diálogo de Política de Saúde, na qual serão apresentadas as contribuições dos atores-chave para a possível implementação de acordo com uma ou mais opções elencadas.

OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA

Cinco opções para política, todas de caráter não clínico, foram organizadas a partir da extração de dados das revisões sistemáticas selecionadas sobre a efetividade de diferentes intervenções, cujos desfechos incluíam a redução das taxas de cesárea em gestantes de risco habitual. Intervenções não clínicas são aquelas aplicadas independentemente de um encontro entre um determinado profissional e usuário, no contexto do atendimento em saúde (WHO, 2018b).

A ordem das opções foi definida por sua relevância, de acordo com a opinião dos especialistas que participaram do Diálogo Deliberativo. Elas não são excludentes entre si, e podem ser implementadas simultaneamente ou elementos de cada opção podem ser extraídos para a criação de uma nova proposta.

Buscando evidências científicas sobre as opções

A estratégia de busca resultou na identificação de 6.491 artigos nas bases de literatura científica PubMed, *Cochrane Library*, *Health Systems Evidence* (HSE), *Health Evidence* (HE), *Evidence for Informed Health Policymaking* (PDQ-Evidence), *Web of Science*, SCOPUS, EMBASE, *The International Network of Agencies for Health Technology Assessment* (INAHTA), *Center for Reviews and Dissemination* (CRD), *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADHT) e Portal Regional da BVS (**Apêndice A**). Outros dois artigos foram incluídos por indicação de especialistas. Desses, 2.630 foram excluídos por serem duplicados e 2.888 por não atenderem aos critérios de inclusão dessa síntese, a partir de leitura de títulos e resumos. Portanto, 43 foram selecionados para leitura completa, dos quais foram excluídos 26, restando 17 para a elaboração das opções (**Apêndices B e C**). Cada revisão sistemática foi avaliada quanto à sua qualidade metodológica por meio da ferramenta *Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews* - AMSTAR (Shea et al., 2007). Os resultados da qualidade metodológica dessas revisões estão descritos nos **Apêndices D, E, F, G e H**, classificados como de baixa qualidade (0-3/11), qualidade moderada (4-7/11) e alta qualidade (8-11/11).

Opção 1 – Incentivar o uso de intervenções combinadas para redução de cesarianas, com foco em profissionais de saúde e na gestão dos serviços e sistemas de saúde

Razões clínicas, demográficas, socioeconômicas e aspectos dos serviços de saúde têm sido extensivamente estudados, gerando crescente consenso de que ações sobre fatores isolados não são capazes de provocar mudanças efetivas relacionadas a problemas complexos (Hartmann et al., 2012) como é o caso da epidemia de cesárea no Brasil.

Propõe-se uma combinação de intervenções para lidar com esses problemas que envolvem a implementação de ações em diferentes níveis no sistema de saúde. Nesta opção, os estudos analisaram intervenções múltiplas em diversos contextos da assistência obstétrica, com foco nos profissionais de saúde e na gestão dos serviços de saúde.

Para a descrição desta opção foram utilizadas quatro revisões sistemáticas, duas com meta-análise. Entre as revisões sistemáticas, três foram consideradas de alta qualidade metodológica (Boatin et al., 2018; Chen et al., 2018; Hartmann et al., 2012) e uma de qualidade moderada (Chaillet; Dumont, 2007).

Quadro 1 – Descrição da síntese das evidências relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas.

| Categorias | Síntese das evidências relevantes |
|-------------------|---|
| Benefícios | As revisões sistemáticas mostram que intervenções combinadas dirigidas aos profissionais de saúde contribuem para a redução das taxas de cesárea. Diversas intervenções com foco nos profissionais e na gestão do trabalho reduziram as taxas de cesárea em 27% (Chaillet; Dumont, 2007). Implementação de guias de prática clínica combinada com segunda opinião mandatória ou auditoria e feedback resultaram em uma redução média de 1,8% e 1,9%, respectivamente (Chen et al., 2018). Intervenções baseadas em ciclos de auditoria a partir da classificação de Robson, de forma isolada ou em associação com outras intervenções, obtiveram sucesso na redução das taxas de cesárea (Boatin et al., 2018). Intervenções em sistema de saúde, a maioria analisando múltiplos componentes, mostraram redução de 1,6 a 17,0% nas taxas de cesáreas (Hartmann et al., 2012). |
| Danos potenciais | Não foram relatados danos potenciais na implementação das intervenções combinadas. |

| | |
|--|---|
| Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual | Uma avaliação econômica mostrou que ações efetivas para prevenção de cesáreas reduziram os custos devido a taxas mais baixas de complicações neonatais. No Quebec, considerando os 88.000 nascimentos provinciais anuais, estimou-se que a implementação de ações combinadas poderia gerar uma economia de 15,8 milhões de dólares canadenses ao ano. Uma análise prospectiva adicional para medir o impacto orçamentário da intervenção multifacetada mostrou uma economia de 27 milhões de dólares canadenses no Quebec em quatro anos e que a implementação da intervenção em todo o país poderia levar a uma economia de 150,5 milhões (Chen et al., 2018). |
| Incertezas relacionadas aos benefícios, danos potenciais, de modo que o monitoramento e a avaliação possam se concentrar em áreas específicas de incerteza, caso uma dada opção seja implementada. | A revisão sistemática sobre intervenções baseadas em ciclos de auditoria, a partir da classificação de Robson, utilizou uma metodologia que não possibilita estabelecer uma relação de causalidade. Dessa forma, os resultados devem ser interpretados com cautela e, em alguns casos, não foi possível medir o impacto de cada intervenção isoladamente (Boatin et al., 2018). |
| Principais elementos da opção (como e porque funciona) | <p>Qual é a intervenção?</p> <p>As estratégias baseadas em auditoria e feedback incluíram o uso de uma segunda opinião obrigatória antes e após a cesariana; revisão dos registros de parto por auditores internos e externos (Chaillet e Dumont, 2007); uso da classificação de Robson para verificar se o procedimento estava sendo indicado da maneira adequada (Boatin et al., 2018).</p> <p>As intervenções de melhoria da qualidade envolveram gestão ativa do trabalho de parto por meio de protocolos clínicos (Chaillet e Dumont, 2007). A intervenção por estratégias multifacetadas teve como base educação profissional sobre os benefícios maternos e fetais do parto vaginal (Chaillet e Dumont, 2007); guias clínicas associadas a uma segunda opinião para a realização da cesariana; guias clínicas combinadas com auditoria e feedback, (Chen et al., 2018).</p> <p>Intervenções em sistema de saúde foram consideradas quando toda uma unidade administrativa dentro de um sistema de saúde era responsável pela implementação de políticas ou procedimentos que visavam reduzir as taxas de cesarianas, com variação desde um Ministério da Saúde e equipes multi-hospitalares de melhoria de qualidade, até decisões de departamentos individuais sobre rotinas de trabalho (Hartmann et al., 2012).</p> <p>Quem entrega? Profissionais de saúde; gestores</p> <p>Local de entrega? Serviços de saúde, hospitais, sistemas de saúde</p> <p>Para quem entrega? Profissionais de saúde</p> |
| Percepções e experiências das | Não foram relatadas percepções e experiências de partes interessadas nos estudos analisados. |

| | |
|--|--|
| partes interessadas (grupos de interesse) | |
|--|--|

Fonte: Elaboração própria.

Opção 2 – Preparar a mulher, durante o pré-natal, para o parto normal

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (ou Atenção Básica) têm papel de grande relevância para a redução das taxas de cesárea ao preparar as mulheres durante o pré-natal, por meio do provimento de informações e troca de experiências sobre o parto nas consultas em grupo, programas destinados aos casais sobre preparação para o parto, assim como programas de exercícios físicos com supervisão.

A continuidade do cuidado desde o pré-natal até o parto, embora não factível em muitos locais, pode reduzir a incerteza na tomada de decisão e prevenir a cesariana (Hartmann et al., 2012).

O modelo de consultas em grupo durante o pré-natal oferece uma nova maneira de interação entre as participantes, contribuindo na motivação para mudanças comportamentais (Ruiz-Mirazo, Lopez-Yarto; McDonald, 2012). A OMS recomenda o cuidado pré-natal em grupo, prestado por profissionais de saúde habilitados, como uma alternativa aos cuidados individuais (WHO et al., 2016).

A inclusão de programas de preparação para o parto na atenção pré-natal, com educação sobre o parto fisiológico, técnicas de respiração e relaxamento, educação para casais e sessões de aconselhamento psicoeducativo também deve ser considerada para a redução das taxas de cesárea (Chen et al., 2018).

Além disso, cada vez mais tem sido recomendado iniciar ou continuar a prática de exercícios físicos por gestantes de risco habitual, independentemente do seu peso, aptidão anterior ou paridade (Domenjoz, Kayser; Boulvain, 2014), devido aos efeitos positivos na melhoria da saúde e bem-estar (Jorge, Santos-Rocha e Bento, 2015).

Para a descrição dessa opção foram utilizadas seis revisões sistemáticas, três com meta-análise. Entre as revisões sistemáticas, cinco foram consideradas de alta qualidade metodológica (Chen, et al., 2018; Poyatos-León et al., 2015; Domenjoz, Kayser e Boulvain, 2014; Hartmann et al., 2012; Ruiz-Mirazo, Lopez-Yarto e McDonald, 2012) e uma de qualidade moderada (Jorge, Santos-Rocha e Bento, 2015).

Quadro 2 – Descrição da síntese das evidências relevantes para a opção 2, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas.

| Categories | Síntese das evidências relevantes |
|------------|---|
| Benefícios | Os estudos demonstraram que a continuidade do cuidado desde o pré-natal até o parto, o modelo de consultas de pré-natal em grupo, programas de preparação para o parto e a prática de atividade física durante a gestação, têm potencial para reduzir taxas de cesárea, sem o comprometimento da satisfação das mulheres e dos desfechos maternos e neonatais. Modelos de cuidado contínuo durante o pré-natal e o parto, ofertados de forma consistente e colaborativa, em comparação com os cuidados convencionais, reduziram as cesáreas em 4,5–11,1%. (Hartmann et al., 2012). Uma série de 1722 participantes mostrou que o cuidado colaborativo de obstetrix reduziu as taxas de cesáreas em 7% no primeiro ano após a intervenção e, posteriormente, em 1,7% ao ano (Chen et al., 2018). O pré-natal em grupo mostrou potencial para redução de 20% das taxas de cesárea. Esse modelo também foi efetivo na melhora dos desfechos neonatais, |

| | |
|--|---|
| | <p>no estabelecimento e duração do aleitamento materno, no conhecimento e grau de satisfação das mulheres (Ruiz-Mirazo, Lopez-Yarto e McDonald, 2012).</p> <p>Com relação aos programas de preparação para o parto, o treinamento sobre parto fisiológico para casais ou mulheres reduziu as taxas de cesárea entre 41 e 45%. Os programas sobre técnicas de relaxamento reduziram em 78% esse tipo de parto e os programas de educação psicossocial de casais em 47%. A estratégia de aconselhamento psicoeducativo sobre os sentimentos estressantes em relação ao parto reduziu as taxas de cesárea em 30% e aumentou a taxa de parto vaginal espontâneo em 33% (Chen, et al., 2018).</p> <p>Sobre a prática de atividade física durante o período gestacional, as evidências apontaram que a intervenção reduziu as taxas de cesariana, aumentou a taxa de parto vaginal espontâneo, de ganho de peso adequado e melhora no potencial físico da gestante (Poyatos-León et al., 2015; Domenjoz, Kayser e Boulvain, 2014; Jorge, Santos-Rocha e Bento, 2015).</p> |
| Danos potenciais | Não foram relatados danos potenciais nos estudos incluídos. |
| Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual | <p>A revisão sistemática sobre pré-natal em grupo concluiu que não houve diferença em relação aos custos do cuidado padrão (Jorge, Santos-Rocha e Bento, 2015), apesar de ser necessária uma infraestrutura adequada para a realização da consulta.</p> <p>Nenhum dos trabalhos sobre programas de atividade física durante o pré-natal apresentou análises de custo-efetividade.</p> |
| Incertezas relacionadas aos benefícios, danos potenciais, de modo que o monitoramento e a avaliação possam se concentrar em áreas específicas de incerteza, caso uma dada opção seja implementada. | <p>Houve resultados discordantes nos estudos sobre modelos contínuos de atenção pré-natal, em geral relacionados ao tamanho das amostras e risco elevado de viés (Hartmann et al., 2012).</p> <p>Na revisão sistemática sobre pré-natal em grupo, poucos estudos analisaram o mesmo desfecho e a qualidade metodológica, em geral, foi baixa. A maioria dos estudos não avaliou a frequência às atividades educativas das mulheres que receberam a educação individual (Ruiz-Mirazo, Lopez-Yarto e McDonald, 2012).</p> <p>Sobre as revisões que avaliaram a prática de atividade física durante o pré-natal, houve grande variação entre as taxas de cesárea, atribuída à diversidade de taxas dos países incluídos nos estudos (Poyatos-León et al., 2015); a maioria dos estudos primários tinham amostras pequenas (Domenjoz, Kayser e Boulvain, 2014); os programas de atividade física tiveram muita variação quanto à frequência, duração e intensidade, comprometendo o agrupamento para a comparação dos resultados (Poyatos-León et al., 2015). Ainda em relação à atividade física foram apontadas como lacunas a necessidade de avaliação dos exercícios em grupo realizados por especialistas, quanto a adesão, humor, qualidade de vida e outros desfechos fisiológicos das gestantes, além da combinação de um programa de exercícios em grupo com aconselhamento nutricional, o estabelecimento de diretrizes e a eficácia de um programa em casa combinado com outras atividades em grupo ao ar livre (Jorge, Santos-Rocha e Bento, 2015).</p> |
| Principais elementos da opção (como e porque funciona) | <p>MODELO DE CUIDADO CONTÍNUO</p> <p>Qual é a intervenção?</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Cuidado pré-natal e atenção ao parto fornecida por um mesmo profissional de saúde ou conjunto de profissionais que sejam familiares à mulher (Hartmann, et al., 2012).</p> <p>Quem entrega? Obstetizes; Modelo colaborativo entre obstetizes, enfermeiras obstetras, médico obstetra ou clínico geral (Hartmann, et al., 2012; Chen, et al., 2018)</p> <p>Local de entrega? Clínicas de cuidado pré-natal; centro de parto normal; hospitais (Hartmann, et al., 2012)</p> <p>Para quem entrega? Gestantes de risco habitual</p> <p>PRÉ-NATAL EM GRUPO</p> <p>Qual é a intervenção? O modelo de atendimento pré-natal em grupo incluiu avaliação de risco, educação e apoio, realizado em 10 a 12 sessões, com duração média de 90 minutos cada, começando no início do segundo trimestre (Ruiz-Mirazo, Lopez-Yarto e McDonald, 2012).</p> <p>Quem entrega? O atendimento foi prestado por enfermeiras obstétricas, obstetizes ou técnicas de enfermagem, habilitadas para realizar grupos (Ruiz-Mirazo, Lopez-Yarto e McDonald, 2012).</p> <p>Local de entrega? Esse modelo foi oferecido em clínicas, hospitais ligados à universidade e serviços públicos de saúde (Ruiz-Mirazo, Lopez-Yart e McDonald, 2012).</p> <p>Para quem entrega? Os estudos incluíram gestantes em risco habitual (Hartmann et al., 2012), também adolescentes, em grupos compostos por 8 a 12 mulheres (Ruiz-Mirazo, Lopez-Yarto e McDonald, 2012).</p> <p>PROGRAMAS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO</p> <p>Qual é a intervenção? Treinamento sobre parto fisiológico para mulheres ou casais, com 3 sessões de 4 horas de duração; os programas sobre técnicas de relaxamento, com 7 sessões de grupos, com duração de 90 minutos; programas de educação psicossocial de casais, com 9 aulas, metade delas entre 2º e 3º trimestre e as demais até os seis primeiros meses de puerpério; e aconselhamento psicoeducativo sobre os sentimentos estressantes em relação ao parto, com sessões por telefone, de cerca de uma hora de duração, entre a 24ª e a 34ª semana (Chen et al., 2018).</p> <p>Quem entrega? Profissionais de saúde (Chen et al., 2018).</p> <p>Local de entrega? Atenção básica (Chen et al., 2018).</p> <p>Para quem entrega? Gestantes e casais (Chen et al., 2018).</p> |
|--|---|

| | |
|---|--|
| | <p>ATIVIDADE FÍSICA</p> <p>Qual é a intervenção?</p> <p>Os estudos analisaram programas de exercícios físicos em grupo, com frequência das sessões de uma a quatro vezes por semana, duração das sessões variou entre 30 e 60 minutos. (Poyatos-León et al., 2015; Domenjoz, Kayser e Boulvain, 2014; Jorge, Santos-Rocha e Bento, 2015). Alguns programas foram realizados durante toda a gravidez e outros apenas a partir do segundo trimestre (Poyatos-León et al., 2015). Houve uma grande variedade, incluindo exercícios aeróbicos, de resistência, tonificação, flexibilidade e exercícios de força com músculos do trabalho de parto e do assoalho pélvico no último trimestre da gravidez e exercícios mistos (Poyatos-León et al., 2015; Domenjoz, Kayser e Boulvain, 2014). Alguns programas abrangeram: aquecimento (caminhada e alongamento estático); exercício aquático, ou caminhada, ou circuito de treinamento; resfriamento (alongamento e relaxamento) ou finalização com exercícios de equilíbrio e estabilização (Jorge, Santos-Rocha e Bento, 2015). Os níveis de intensidade dos exercícios foram categorizados como muito leve, leve, leve a moderado (Poyatos-León et al., 2015; Jorge, Santos-Rocha e Bento e 2015).</p> <p>Quem entrega?</p> <p>Os exercícios foram conduzidos por instrutores certificados de aeróbica/<i>fitness</i> ou fisioterapeutas (Jorge, Santos-Rocha e Bento, 2015).</p> <p>Local de entrega?</p> <p>Não foi descrito nos estudos incluídos.</p> <p>Para quem entrega?</p> <p>As participantes dos estudos eram gestantes de risco habitual, que receberam cuidado pré-natal padrão (Jorge, Santos-Rocha e Bento, 2015; Poyatos-León et al., 2015;), de qualquer idade, paridade e índice de massa corporal (IMC) com gestação única e nenhuma contra-indicação obstétrica absoluta ao exercício (Domenjoz, Kayser, Boulvain, 2014).</p> |
| Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse) | As mulheres, em geral, mostraram-se mais satisfeitas com o cuidado recebido no modelo de pré-natal em grupo (Ruiz-Mirazo, Lopez-Yarto e McDonald, 2012) e tiveram melhora na percepção sobre o próprio estado de saúde quando praticaram exercícios físicos na gestação (Jorge, Santos-Rocha e Bento, 2015). |

Fonte: Elaboração própria.

Opção 3 – Fornecer apoio contínuo às mulheres durante o trabalho de parto e parto

O apoio à mulher durante o trabalho de parto e parto é um forte aliado na redução das taxas de cesarianas.

O apoio contínuo é caracterizado pelo amparo de uma profissional, que deve permanecer com a parturiente durante todo o período de trabalho de parto e parto, enquanto o intermitente é aquele em que a parturiente deixa de ter esse apoio por algum período (Scott, Berkowitz e Klaus, 1999). A

estratégia de apoio contínuo é uma ação efetiva preconizada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018a).

Esse tipo de assistência abrange uma combinação de medidas de conforto, apoio emocional, informações e defesa da mulher, desde o trabalho de parto (antes da dilatação de 6 cm pelo menos) ou dentro de uma hora de internação hospitalar (em admissões com dilatação maior ou igual a 6 cm), até pelo menos o nascimento, sendo realizado por uma pessoa cuja única responsabilidade é prestar esse apoio o mais continuamente possível, sem interrupção (Bohren et al., 2017).

O apoio contínuo não é função restrita a profissionais capacitadas, como as doulas, podendo ser exercido por profissionais de saúde (enfermeira ou obstetrix), membros da família, cônjuge/companheiro(a), amigo(a) ou outra pessoa designada para exercer essa função, com alguma ou nenhuma formação especial em apoio ao trabalho de parto (Bohren et al., 2017).

Para a descrição dessa opção foram identificadas quatro revisões sistemáticas, todas com meta-análise, sendo duas de alta qualidade metodológica (Bohren et al., 2017; Fortier e Godwin, 2015), uma de qualidade moderada (Scott, Berkowitz e Klaus, 1999) e uma de baixa qualidade (Zhang et al., 1996).

Quadro 3 – Descrição da síntese das evidências relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas.

| Categorias | Síntese das evidências relevantes |
|---|---|
| Benefícios | <p>Os estudos revelam a importância do apoio contínuo às mulheres durante o trabalho de parto e parto na redução de cesáreas, de intervenções clínicas e farmacológicas, além de proporcionar melhores resultados neonatais e satisfação materna.</p> <p>O fornecimento de apoio contínuo às parturientes pode reduzir as taxas de cesárea em 25 a 51%, sendo mais efetivo quando realizado na relação de “um para um” (Bohren et al., 2017; Zhang et al., 1996; Fortier e Godwin, 2015; Scott, Berkowitz e Klaus, 1999).</p> <p>Destaca-se o apoio prestado por doula, que independente da duração do apoio (contínuo ou intermitente), mostrou reduzir a cesariana em 46 a 51% (Zhang et al., 1996; Fortier e Godwin, 2015; Scott, Berkowitz e Klaus, 1999). Mulheres jovens, de baixa renda e primíparas, tiveram benefícios ainda maiores quanto à redução da taxa de cesárea (Zhang et al., 1996).</p> <p>Além da redução nas taxas de cesárea, o apoio contínuo pode proporcionar uma série de outros benefícios, tais como: menos intervenções clínicas durante o trabalho de parto; duração mais curta do trabalho de parto (Zhang et al., 1996; Bohren et al., 2017; Scott, Berkowitz e Klaus, 1999); menos risco de parto vaginal instrumental (Bohren et al., 2017; Fortier e Godwin, 2015); maior chance de parto vaginal espontâneo; melhores resultados neonatais; e maior satisfação das mulheres (Zhang et al., 1996; Bohren et al., 2017).</p> |
| Danos potenciais | Nenhum dos estudos relatou danos potenciais. |
| Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual | Além de poder reduzir os custos hospitalares, o apoio durante o trabalho de parto mostrou resultados favoráveis nos desfechos sociais e de saúde (Scott, Berkowitz e Klaus, 1999). |

| | |
|--|---|
| <p>Incertezas relacionadas aos benefícios, danos potenciais, de modo que o monitoramento e a avaliação possam se concentrar em áreas específicas de incerteza, caso a opção seja implementada.</p> | <p>A revisão sistemática de Fortier e Godwin (2015) relatou heterogeneidade entre os estudos em relação ao perfil das parturientes, aos cuidados fornecidos, bem como o tempo e o modelo de formação das doulas (Fortier e Godwin, 2015).</p> <p>Da mesma forma, outra revisão mostrou que a formação da doula foi muito variável (desde "bem treinada e experiente" até "não ter treinamento algum"), o que pode ter gerado vieses nos resultados. Além disso, o modelo de cuidado nos locais dos estudos e a grande quantidade de tecnologia disponível podem ter reduzido o efeito do apoio da acompanhante. Inconsistência nos resultados também pode ser devido à baixa qualidade metodológica dos estudos primários (Zhang et al., 1996).</p> <p>Os efeitos positivos do apoio fornecido por doulas podem ter sido subestimados ou diluídos, uma vez que não foi exigida sua presença de forma contínua ou ainda pela combinação dos resultados de apoio contínuo com apoio intermitente. Além disso, estudos compararam apoio contínuo exercido por mulheres leigas com apoio intermitente de doulas que eram obstetras experientes ou estudantes de obstetrícia (Scott, Berkowitz e Klaus, 1999).</p> <p>Desta forma, as revisões indicam a necessidade de estudos que avaliem o impacto da qualidade das diferentes formações de doulas (Fortier e Godwin, 2015; Scott, Berkowitz e Klaus, 1999), que explorem os impactos do apoio contínuo em nulíparas, e de análises econômicas (Bohren et al., 2017). Também há lacunas de estudos sobre apoio contínuo incluindo populações socialmente desfavorecidas (Zhang et al., 1996).</p> |
| <p>Principais elementos da opção (como e porque funciona)</p> | <p>Qual é a intervenção?</p> <p>As revisões sistemáticas avaliaram o apoio contínuo (Zhang et al., 1996; Bohren et al., 2017; Fortier e Godwin, 2015) ou contínuo em comparação com o intermitente (Scott, Berkowitz e Klaus, 1999) durante o trabalho de parto até o nascimento. No apoio contínuo, a única responsabilidade do cuidador foi prestar apoio à mulher, o mais continuamente possível sem interrupção (Zhang, et al., 1996).</p> <p>Quem entrega?</p> <p>O apoio foi prestado por diferentes pessoas: profissional treinada como doula (Zhang et al., 1996; Bohren et al., 2017; Fortier e Godwin, 2015; Scott, Berkowitz e Klaus, 1999), cônjuge/companheiro (a) (Bohren et al., 2017; Zhang et al., 1996), profissional de saúde (enfermeiro, obstetriz), membro da família, amigo ou estranho com alguma ou nenhuma formação especial em apoio ou suporte em trabalho de parto (Bohren et al., 2017).</p> <p>Local de entrega?</p> <p>O apoio foi realizado em hospitais de ensino, hospitais em geral (Bohren et al., 2017) e unidades de cuidado convencional (Zhang et al., 1996).</p> <p>Para quem entrega? As participantes dos estudos foram mulheres de risco habitual que buscavam um parto vaginal em comparação com cuidado obstétrico padrão (Fortier e Godwin, 2015); parturientes no período ativo do trabalho de parto (Bohren et al., 2017); primíparas sem complicações registradas durante o pré-natal (Zhang et al., 1996).</p> |

| | |
|---|--|
| Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse) | Doulas que tinham formação em obstetrícia ou estudantes de obstetrícia sentiram-se desvalorizadas na prestação do apoio e achavam que sua presença não era necessária. Isso porque, em ambientes hospitalares, era permitido que elas saíssem do ambiente de parto para atender outras mulheres (Scott, Berkowitz e Klaus, 1999), diferente do que ocorre com as doulas sem formação clínica em obstetrícia. |
|---|--|

Fonte: Elaboração própria.

Opção 4 – Estruturar e facilitar o acesso a diferentes ambientes para o parto

Ao longo das últimas décadas estabeleceu-se a cultura de que o hospital seria o local mais seguro para o trabalho de parto, parto e puerpério, entretanto, com o aumento da medicalização do nascimento nesse ambiente, há mulheres que têm buscado outros cenários para o nascimento de seus filhos, tais como centros de parto normal (CPN), casas de parto e o próprio domicílio.

No Brasil, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal recomendam que as mulheres sejam informadas em relação aos riscos e benefícios dos diferentes locais de nascimento, e que as gestantes que escolherem os centros de parto normal devem ser apoiadas em sua decisão, desde que o serviço esteja disponível em sua região (Brasil, 2016b).

Em relação ao parto domiciliar, as Diretrizes Nacionais apontam que as mulheres devem estar cientes de que ele ainda não faz parte das políticas de saúde no país (Brasil, 2016b). E não recomenda essa modalidade para as mulheres nulíparas, em contradição com as evidências apontadas por Rossi e Prefumo (2018).

Para a descrição dessa opção foram utilizadas quatro revisões sistemáticas, três com meta-análise, sendo duas de alta qualidade metodológica (Rossi e Prefumo 2018; Scarf et al, 2018), uma de qualidade moderada (Walsh e Downe, 2004) e uma de baixa qualidade (Wax et al., 2010).

Quadro 4 – Descrição da síntese das evidências relevantes para a opção 4, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas.

| Categorias | Síntese das evidências relevantes |
|-------------------|--|
| Benefícios | <p>Os estudos mostraram que mulheres que tiveram seus filhos no domicílio ou em centros de parto normal intra (CPN) e extra-hospitalares (Casa de parto) apresentaram menores taxas de cesariana quando comparadas com mulheres que pariram em um ambiente hospitalar tradicional (Centro obstétrico).</p> <p>Entre as mulheres que programaram o parto domiciliar, a chance de ocorrência de cesariana foi 39% a 58% mais baixa (Wax et al., 2010; Rossi e Prefumo, 2018; Scarf et al., 2018). Em outra revisão, a chance de cesarianas foi quase três vezes maior entre as mulheres de parto hospitalar em comparação ao parto domiciliar (Scarf et al., 2018).</p> <p>Em relação a centros de parto normal, intra e extra-hospitalares, as taxas de cesárea variaram de 3 a 6,5% nesses locais em comparação a 4,6 a 14% nos hospitais (Walsh e Downe, 2004).</p> <p>A mudança no cenário do parto também resultou em menores riscos de desfechos neonatais adversos em mulheres nulíparas (Rossi e Prefumo 2018), menores taxas de intervenção clínica (episiotomia e analgesia), menores chances de desfechos negativos para as mulheres (infecção, laceração de terceiro grau, hemorragia) e para os neonatos (prematuridade, baixo peso ao nascer, admissão à UTI neonatal) (Walsh e Downe, 2004; Wax et al., 2010; Scarf et al, 2018).</p> |

| | |
|---|---|
| | |
| Danos potenciais | Uma revisão sistemática relatou aumento de 20% no risco de laceração perineal de qualquer grau em partos domiciliares (Rossi e Prefumo, 2018). Wax (2010) relatou a necessidade de investimento em equipes treinadas e equipadas adequadamente para esse tipo de atendimento, uma vez que se identificou uma taxa de mortalidade neonatal ligeiramente maior. |
| Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual | Apesar dos resultados das pesquisas justificarem a expansão na oferta de locais para o parto, há necessidade de se considerar os gastos envolvidos com a implementação e manutenção desses serviços, incluindo a produção de guias clínicas e a educação profissional (Scarf et al., 2018). |
| Incertezas relacionadas aos benefícios, danos potenciais, de modo que o monitoramento e a avaliação possam se concentrar em áreas específicas de incerteza, caso a opção seja implementada. | <p>Entre as revisões sistemáticas analisadas foram apontados problemas metodológicos como impossibilidade de comparar resultados devido à heterogeneidade nas amostras e desfechos dos estudos incluídos (Wax et al., 2010; Scarf et al., 2018).</p> <p>Outro ponto importante é que os estudos incluídos nas revisões sistemáticas são provenientes de países de alta renda, destacando-se os contextos variados em relação aos sistemas de saúde, o que sugere cautela ao generalizar os resultados (Scarf et al., 2018).</p> <p>Os estudos incluídos na revisão de Walsh e Downe (2004) apontaram que as mulheres que frequentam os centros de parto tendem a ser mais instruídas, mais velhas, caucasianas, mais ricas e mais orientadas para o parto natural do que as mulheres que escolhem o parto no hospital (Walsh e Downe, 2004).</p> <p>Algumas lacunas de evidências foram identificadas nas revisões: necessidade de diferenciar os conceitos de parto normal, parto natural, parto vaginal; estudos bem desenhados que avaliem desfechos clínicos e psicossociais comparativos e as características organizacionais e culturais relevantes das unidades de saúde (Walsh e Downe, 2004). Sugere-se que pesquisas futuras sejam realizadas para identificar os fatores que contribuem para reduzir as taxas de cesárea, bem como garantir a segurança materna e neonatal nos diferentes locais de nascimento. Análises econômicas abrangentes por local de nascimento planejado também foram destacadas como insuficientes (Wax et al., 2010).</p> |
| Principais elementos da opção (como e porque funciona) | <p>Qual é a intervenção? Os efeitos do parto e nascimento em ambientes alternativos ao centro obstétrico tradicional (Walsh e Downe, 2004; Wax et al., 2010; Scarf et al., 2018; Rossi e Prefumo, 2018).</p> <p>Quem entrega? A atenção às parturientes nesses cenários foi realizada por parteiras regulamentadas, integradas ao sistema de saúde, e altamente capacitadas (Wax et al., 2010); obstetrias (Walsh, Downe, 2004; Scarf et al., 2018; Rossi e Prefumo, 2018), enfermeiras obstetras e médicos obstetras (Scarf et al., 2018).</p> <p>Local de entrega? Os partos estudados ocorreram no domicílio (Rossi e Prefumo, 2018; Scarf et al., 2018), em centro de parto normal intra (CPN) ou extra-hospitalar (Casa de Parto) (Walsh e Downe, 2004; Scarf et al., 2018).</p> <p>Para quem entrega? Mulheres classificadas como de risco habitual (Walsh e Downe, 2004; Rossi e Prefumo, 2018; Scarf et al., 2018), de gestação única, tanto nulíparas como</p> |

| | |
|---|---|
| | multíparas, com idade gestacional > 37 semanas e membranas ovulares íntegras (Rossi e Prefumo, 2018). |
| Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse) | Não foram relatadas percepções e experiências das partes interessadas. |

Fonte: Elaboração própria.

Opção 5. Implementar estratégias de apoio ao parto vaginal após cesárea prévia (VBAC - *Vaginal Birth After Cesarean*)

Um dos motivos do crescente aumento das taxas de cesárea é a prática de cesarianas por repetição (Catling-Paull et al., 2011). Em 1980, a Conferência de Consenso sobre Cesárea do *National Institutes of Health*, dos Estados Unidos, questionou a prática rotineira de realizar cesárea de repetição e delineou situações em que o VBAC poderia ser considerado (Cunningham et al., 2010). Segundo Guise e colaboradores (2010) há evidências de que o VBAC é uma escolha segura para a maioria das mulheres.

A Conferência de Consenso realizada em 2010 concluiu que a tentativa de parto vaginal é uma opção razoável para muitas mulheres grávidas com uma incisão transversa baixa do útero, considerando as evidências científicas. No entanto, os dados mostram também que tanto a tentativa de parto quanto a cesárea repetitiva eletiva para essas gestantes têm riscos e benefícios importantes (Guise et al., 2010).

Para a descrição dessa opção foram utilizadas três revisões sistemáticas, uma com meta-análise. Entre as revisões sistemáticas, uma foi considerada de alta qualidade metodológica (Chen et al., 2018) e duas de qualidade moderada (Catling-Paull et al., 2011; Chaillet e Dumont, 2007).

Quadro 5 – Descrição da síntese das evidências relevantes para a opção 5, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas.

| Categorias | Síntese das evidências relevantes |
|----------------------------------|--|
| Benefícios | Diversas intervenções mostraram-se efetivas no aumento das taxas de VBAC, entre as quais o aconselhamento pré-natal, o cuidado por equipe multiprofissional, o uso de protocolos clínicos, auditoria e feedback. Um estudo de coorte mostrou que 66% das mulheres que receberam aconselhamento pré-natal tentaram o VBAC em comparação a 38% no grupo controle (Catling-Paull et al., 2011). A oferta de informações para as mulheres reduz os conflitos sobre a escolha do tipo de parto quando passadas de forma individual, em especial, de modo verbal (Catling-Paull et al., 2011). O cuidado multiprofissional, colaborativo, entre obstetras e obstetras aumentou a taxa de VBAC de 13,3% para 22,4% (Chen et al., 2018). Protocolos clínicos, principalmente os que são implementados em nível local, podem ter um impacto significativo nas taxas de VBAC, aumentando de 18 a 41% as taxas de VBAC (Catling-Paull et al., 2011). |
| Danos potenciais | Em uma das revisões sistemáticas, 1 dos 11 estudos incluídos, relatou um caso de rotura uterina com o VBAC, porém sem significância estatística, corroborando assim com a ideia de que o VBAC é uma opção segura e viável. (Chaillet e Dumont, 2007). |
| Custos e/ou custo-efetividade em | Não foram relatados custos e/ou custo-efetividade nos estudos incluídos. |

| | |
|--|--|
| relação à situação atual | |
| Incertezas relacionadas aos benefícios, danos potenciais, de modo que o monitoramento e a avaliação possam se concentrar em áreas específicas de incerteza, caso uma dada opção seja implementada. | Foram encontrados resultados discrepantes com relação à influência das características de hospitais e médicos sobre as taxas de VBAC. Estudos com baixo risco de viés que abordam a efetividade de intervenções como o VBAC são escassos, especialmente com mulheres de risco habitual e em contextos nos quais as taxas de cesariana são altas. São necessários mais estudos sobre estratégias que visem a redução de cesarianas por repetição, incluindo a realização desse procedimento em diversos locais de nascimento (Catling-Paull, et al., 2011). |
| Principais elementos da opção (como e porque funciona) | <p>Qual é a intervenção? Os estudos analisaram educação pré-natal e apoio às gestantes com foco em aconselhamento e informações sobre VBAC, cursos de preparação para o parto, ajuda na tomada de decisão (Chen et al., 2018; Catling-Paull et al., 2011); uso de protocolos clínicos, em nível local, para promover VBAC; auditoria e feedback, auditoria das justificativas de procedimentos realizados por obstetras (Catling-Paull et al., 2011).</p> <p>Quem entrega? Gerentes de serviços de saúde (Chen et al., 2018), educadores e profissionais da área de saúde materno-fetal (Chaillet e Dumont, 2007).</p> <p>Local de entrega? Comunidade (Chaillet e Dumont, 2007), em hospitais/maternidades, e na atenção básica (Chen et al., 2018; Catling-Paull et al., 2011).</p> <p>Para quem entrega? Profissionais da área de saúde da mulher, especialmente médicos, além de mulheres gestantes/parturientes (Chaillet e Dumont, 2007; Catling-Paull et al., 2011) e familiares.</p> |
| Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse) | Os estudos não analisaram esses aspectos. |

Fonte: Elaboração própria.

CONSIDERAÇÕES DE EQUIDADE PARA AS OPÇÕES

A implementação de uma ou mais opções aqui apresentadas deve ser considerada em relação ao seu potencial para reduzir as iniquidades, e não as aumentar.

Além das relações hierárquicas de gênero, que envolvem também a saúde sexual e reprodutiva, as questões intrínsecas ao processo de gestação, parto e nascimento, são fontes de vulnerabilidade e desigualdades. Deve ser priorizada, portanto, a prestação de cuidados maternos respeitosos, que preservem a dignidade, privacidade e confidencialidade, livre de maus tratos e que promovam a escolha informada durante o trabalho de parto e parto (WHO, 2018a).

Os serviços e a sociedade precisam estruturar o combate à violência obstétrica que constitui grave violação dos direitos reprodutivos das mulheres e dos direitos humanos, podendo ser evitados

com cuidados adequados à saúde da mulher, promoção da escolha informada e respeito à laicidade do Estado.

Em quaisquer das opções, é importante ressaltar o impacto do racismo institucional, ao qual as mulheres negras podem ser submetidas, privando-as do acesso ao cuidado integral e expondo-as a maior risco de morbidade, violência obstétrica e mortalidade. Além disso, devem-se considerar estratégias específicas para inclusão das mulheres em situação de rua, de diferentes culturas e etnias, e imigrantes.

As considerações acerca da equidade de cada uma das opções foram construídas com base na literatura, quando disponível, e também por meio de chuva de ideias da equipe que elaborou esta síntese. Utilizou-se como referência o acrônimo PROGRESS (O'Neil et al., 2014), formado pelas iniciais de palavras em inglês utilizadas para descrever fatores que trazem luz sobre as possibilidades de estratificação social que podem resultar em diferentes desfechos de saúde: P (*place of residence*), R (*race/ethnicity/culture/language*); O (*occupation*); G (*gender/sex*); R (*religion*); E (*education*); S (*socioeconomic status*) e S (*social capital*).

Opção 1 – Incentivar o uso de intervenções combinadas para redução de cesarianas, com foco em profissionais de saúde e na gestão dos serviços e sistemas de saúde

O uso e o sucesso de intervenções combinadas nos serviços e sistemas de saúde envolvem a capacidade da gestão em delegar essas atividades entre os trabalhadores e garantir que ela ocorra de acordo com o que é pactuado, e com o envolvimento das equipes no planejamento. O atendimento à usuária baseado apenas em metas pode ser prejudicial, uma vez que torna o serviço um ambiente que busca a produção em detrimento da qualidade da assistência.

A falta de políticas públicas voltadas às ações de gestão dos serviços de saúde para redução das taxas de cesárea contribui para o aumento das iniquidades.

Opção 2 – Preparar a mulher, durante o pré-natal, para o parto normal

A garantia de uma assistência pré-natal adequada e de qualidade para todas as gestantes é essencial para melhorar os desfechos maternos e infantis, inclusive a redução das taxas de cesárea. Em 2014 o Brasil contemplou cobertura pré-natal superior a 90%, sendo que mulheres indígenas e de raça/cor preta, com menor escolaridade, sem companheiro (a), com maior número de gestações, história de desfechos negativos, gravidez indesejada e que referiram ter tentado interromper a gravidez, tiveram maiores chances de não serem assistidas no período gestacional (Viellas et al., 2014).

A menor adesão ao cuidado pré-natal também costuma ocorrer por dificuldades logísticas, como conflitos de agendamento, horários do emprego e problemas de transporte (Poyatos-León et al., 2015). Esses podem ser fatores que prejudicam a participação das mulheres em programas de atividades físicas, preparação para o parto ou de grupos de pré-natal oferecidos.

Em contextos onde a maioria das mulheres está em contato com os serviços de saúde ou onde há programas educacionais de pré-natal por meio de trabalhadores da comunidade, essas intervenções educacionais podem melhorar a equidade, mas se há dificuldade de acesso aos serviços, a educação pré-natal pode ser um fator de desigualdades (WHO, 2018a).

As intervenções educacionais de preparo para o parto voltadas às mulheres e às famílias que não consideram as diferentes características socioeducativas da população podem não ser adequadas a todas as gestantes, muitas vezes não sendo compreendidas e, portanto, ineficientes.

Opção 3 – Fornecer apoio contínuo às mulheres durante o trabalho de parto e parto

A promoção do apoio contínuo, especialmente em países de baixa e média renda, pode aumentar a equidade em saúde, por meio do empoderamento da parturiente e da proteção dos seus direitos (WHO, 2018b).

No Brasil, a presença de um (a) acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério é garantido às parturientes das instituições do SUS, ou instituições a ele conveniados, desde 2005. Em relação à saúde suplementar, a Resolução nº36 de 2008 da ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, estabelece que os serviços devem permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Brasil, 2008). Além disso, a ANS em sua Resolução Normativa nº428, de novembro de 2017, determina que os planos de saúde com cobertura de obstetrícia arcuem com todas as despesas do acompanhante, durante este período (ANS, 2017).

Esse (a) acompanhante é de sua livre escolha (Brasil, 2005), no entanto, em alguns locais as mulheres precisam escolher entre o (a) acompanhante e a doula, devido a justificativas diversas, como falta de espaço para circulação da equipe. É preciso destacar que a presença da doula não invalida a importância da participação de um (a) acompanhante do processo de nascimento e vice-versa.

Os serviços de uma doula, entretanto, não são financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que acaba tornando-os inacessíveis para uma grande parcela da população.

Opção 4 – Estruturar e facilitar o acesso a diferentes ambientes para o parto

As mulheres que frequentam as casas de parto tendem a ser mais instruídas, mais velhas, caucasianas, mais ricas e mais orientadas para o parto natural do que as mulheres que escolheram o parto no hospital (Walsh e Downe, 2004), demonstrando que fatores socioeconômicos e educacionais interferem na escolha do local de parto.

Normalmente, essas unidades estão concentradas em poucos centros urbanos, o que restringe o acesso de populações que vivem nos locais periféricos. Além disso, por existirem poucas unidades no país, sua capacidade de atendimento é restrita.

A falta de oferta de centros de parto normal e casas de parto, particularmente pelo SUS, reduz a oportunidade de escolha e acesso à grande maioria da população menos favorecida.

Da mesma forma, a opção pelo parto domiciliar pode ser mais restrita para mulheres residentes longe dos grandes centros, tanto por falta de organização de um sistema adequado para esse modelo, quanto por resistência das equipes de saúde, menor oferta de profissionais para assisti-las e menor acesso a esclarecimentos sobre essa modalidade.

Opção 5 - Implementar estratégias de apoio ao parto vaginal após cesárea prévia (VBAC - *Vaginal Birth After Cesarean*)

A baixa adesão ao cuidado pré-natal, questões culturais e educacionais podem reduzir o acesso ao aconselhamento e às informações sobre o VBAC.

Mulheres atendidas por planos de saúde podem ter menos oportunidade de VBAC, conforme relatado em alguns estudos (Catling-Paull et al., 2011).

Além disso, mulheres que vivem em regiões mais distantes dos grandes centros, com pouco ou nenhum suporte de emergência, podem ter o acesso reduzido a essa opção.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES

As considerações sobre barreiras e soluções foram obtidas das revisões sistemáticas que forneceram dados para as opções, de documentos oficiais da OMS e do Ministério da Saúde, artigos científicos, chuva de ideias e sugestões de especialistas que participaram do Diálogo Deliberativo.

Na implementação de quaisquer opções é importante promover o equilíbrio de poder entre as diferentes categorias profissionais, e dos profissionais com as gestantes, uma vez que isso influencia no engajamento de cada um desses atores. A assimetria presente nas relações de poder e a hierarquia nas relações profissionais e com as usuárias podem prejudicar o sucesso da implementação de qualquer uma das opções.

O trabalho e a comunicação multidisciplinar, colaborativa e respeitosa são fundamentais para os esforços na redução das taxas de cesárea (Betrán et al., 2018).

Quadro 6 – Considerações sobre a implementação da opção 1

| Níveis | Opção 1: Incentivar o uso de intervenções combinadas para redução de cesarianas, com foco em profissionais de saúde e na gestão dos serviços e sistemas de saúde |
|-------------------------------------|---|
| Usuários do sistema de saúde | Tendo em vista que esta opção é direcionada aos serviços e sistema de saúde, a implementação não se relaciona diretamente com as usuárias, mas pode ter a cooperação do controle social. A participação das mulheres pode se dar por meio do acesso à informação sobre as estratégias implementadas. Por exemplo, o conhecimento de que a cesariana somente será realizada no serviço caso seja identificada uma necessidade clínica, bem como entender como o trabalho de parto está sendo avaliado, pode fazer com que ela se sinta menos ansiosa e mais segura em relação a definição da via de nascimento. Além disso, por meio do Conselho Participativo local, as usuárias podem auxiliar a gestão na tomada de decisão e ter suas necessidades consideradas. |
| Trabalhadores de saúde | As relações interprofissionais no serviço, como a cultura corporativista, impedem a autonomia de todas as categorias, construindo e mantendo relações hierárquicas dentro dos serviços de saúde. Um modelo de gestão compartilhada do cuidado pode potencializar os resultados desta opção, já que é baseado na prática profissional horizontal, que respeita as diferenças e os saberes de cada componente da equipe. Essa é uma questão que deveria ser trabalhada desde a formação profissional, nas graduações e hospitais-escola. Para aplicar a estratégia de segunda opinião é necessário proporcionar um ambiente de trabalho colaborativo, direcionado por guias clínicos (WHO, 2018b). Um estudo multicêntrico sobre o uso de uma segunda opinião para a indicação de cesariana, e que incluiu hospitais brasileiros, observou que os profissionais desses serviços consideraram essa intervenção efetiva e aplicável em outros serviços de saúde, principalmente em hospitais públicos (Althabe et al., |

| | |
|--|--|
| | <p>2004). Entretanto, em outro estudo, residentes médicos relataram uma experiência negativa com o uso de uma segunda opinião clínica, uma vez que eles temiam que essa estratégia pudesse impactar negativamente sua credibilidade e carreira. Parte desses profissionais foi favorável ao uso de guias clínicos e outros acreditavam que já atuavam de acordo com as boas práticas científicas. Em relação à auditoria e feedback, foi relatado também o medo de serem culpabilizados e desacreditados durante o processo (Betrán et al., 2018).</p> <p>Serviços de saúde onde os quadros profissionais não são habilitados para realizar auditoria e feedback podem inviabilizar o uso desta estratégia. Pode-se considerar a oferta de cursos que respondam a essa demanda, fortalecendo a implementação desta estratégia. Os profissionais devem estar sensibilizados e capacitados para receber intervenções combinadas, com a participação de múltiplos atores (Chaillet e Dumont, 2007).</p> <p>A aceitação dessas intervenções foi maior em contextos nos quais as estratégias foram formuladas e discutidas com grupos multiprofissionais e quando a equipe se sentiu apoiada pelos outros colegas de trabalho e lideranças locais (Betrán et al., 2018).</p> |
| <p>Organização de serviços de saúde</p> | <p>Para a implementação da auditoria e feedback é necessário identificar as barreiras e facilitadores locais para essa implementação e promover sempre um feedback detalhado para as equipes (Chaillet e Dumont, 2007).</p> <p>Além da padronização das indicações de cesariana, é também importante que seja desenvolvido e implementado um sistema de monitoramento e avaliação das estratégias adotadas, e sempre que possível, é interessante adaptá-las a estratégias que estejam em funcionamento (WHO, 2018b).</p> <p>O desenvolvimento de guias clínicos locais deve estar em consonância com guias e protocolos nacionais (WHO, 2018b). Em relação aos guias clínicos, uma dificuldade apontada pelos estudos é o desafio de manter os materiais atualizados e encontrar recursos financeiros para a implementação desses materiais (Betrán et al., 2018).</p> <p>Destaca-se que a implementação de protocolos é, em geral, um desafio nos serviços, especialmente devido à resistência dos profissionais médicos em utilizá-los em suas práticas. Implementar o uso de protocolos clínicos únicos para as diferentes categorias profissionais envolvidas e com linguagem padronizada, pode valorizar a atuação e as atribuições das obstetras e enfermeiras obstetras na assistência. Para a prática dessas estratégias é essencial envolver a gestão à nível local, explorando processos democráticos e participativos.</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| | Destaca-se que a iniciativa APICE ON (Brasil, 2017c) utiliza estratégias de mediação entre os diversos profissionais dos serviços de saúde e que tal método tem demonstrado resultados positivos. |
| Sistemas de saúde | São necessários recursos financeiros para a capacitação contínua dos profissionais e para a remuneração de trabalhadores com experiência clínica adequada para fornecer uma segunda opinião antes da indicação de uma cesariana. (WHO, 2018b). Também é necessário elaborar e implementar protocolos clínicos nacionais, com capacidade de mantê-los atualizados. |

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 7 – Considerações sobre a implementação da opção 2

| Níveis | Opção 2: Preparar a mulher, durante o pré-natal, para o parto normal |
|-------------------------------------|--|
| Usuários do sistema de saúde | A inserção de atividades novas e fora da rotina da equipe das unidades básicas de saúde, sem que as mulheres sejam sensibilizadas ou recebam instrução, pode dificultar seu acesso a diferentes programas. Além disso, a falta de orientação pode gerar desconfiança e desconforto, levando-as a optar pela não participação dos grupos ou das atividades físicas, programas de preparação para o parto e consultas pré-natais em grupos. A não adesão a atividades oferecidas no pré-natal pode ser um indicativo de diferentes problemas da atenção primária à saúde, desde a barreiras de acesso até dificuldades na construção de vínculo com o (a) cuidador (a), incluindo ausência ou ineficácia dos programas de planejamento reprodutivo. |
| Trabalhadores de saúde | É importante garantir que as gestantes sejam acompanhadas pela mesma equipe de saúde durante o pré-natal. Uma das dificuldades enfrentadas por muitas mulheres, particularmente nos grandes centros, é que a equipe de cuidados pré-natais não é a mesma da atenção ao parto. Nesse sentido, a Rede Cegonha prevê que ocorra a vinculação da gestante ao local em que será realizado o parto, ainda durante o pré-natal. É de responsabilidade da equipe de pré-natal prover informações acerca do serviço onde ocorrerá o nascimento e facilitar a visita da gestante ao local (Brasil, 2011a). Nesse sentido, o preenchimento adequado da caderneta da gestante auxilia a integralidade do atendimento ao longo das Redes de atenção à saúde. Da mesma forma, o uso do Plano de Parto pelos profissionais da Atenção Básica e da assistência ao parto, |

| | |
|--|--|
| | <p>constitui-se como uma estratégia efetiva de preparação das mulheres para o momento do nascimento, bem como um instrumento de fortalecimento da autonomia das mulheres no ciclo gravídico puerperal.</p> <p>A continuidade do cuidado traz benefícios para o binômio materno e infantil, porém ele precisa ser inserido em um modelo que privilegie a fisiologia do nascimento, uma vez que em contextos onde a lógica da assistência é pautada na produtividade e no modelo biomédico, a fidelização da gestante a um único profissional durante o pré-natal e parto pode acarretar na manutenção ou aumento das taxas da cirurgia cesariana, como acontece principalmente na saúde suplementar.</p> <p>O modelo de cuidado contínuo deve garantir às mulheres atendimento pela profissional obstetrix e/ou enfermeira obstetra, e em casos de gestações com algum risco obstétrico incluir também o atendimento do médico obstetra. No Brasil, um exemplo desse modelo de cuidado é o ofertado pela Casa Angela – Centro de Parto Humanizado (http://www.casaangela.org.br/), no qual as mulheres são acompanhadas pela mesma equipe de obstetrixes e enfermeiras obstetras durante o pré-natal, parto e puerpério, mantendo o vínculo com o serviço até o primeiro ano de vida da criança.</p> <p>Para a execução dessas medidas, é necessário dispor de profissionais capacitados para conduzir as atividades de preparação para o parto e de materiais a serem usados durante as atividades e/ou entregues às mulheres e seus familiares (WHO, 2018b), bem como dispor de trabalhadoras formadas para atenção pré-natal, parto e puerpério dentro dos princípios da humanização, da autonomia dos indivíduos e das boas práticas assistenciais. Para que haja a disponibilidade de mão de obra qualificada é necessário garantir que estes elementos estejam presentes na formação desses trabalhadores durante a graduação, contemplando também os programas de residência, especialização e aprimoramento profissional.</p> |
| <p>Organização de serviços de saúde</p> | <p>A consulta em grupos exige um espaço grande o suficiente para acomodar as participantes, com uma área privada para exames e para a realização dos grupos de cuidado pré-natal. (WHO, et al., 2016).</p> <p>Deve-se considerar espaço e horários adequados para as atividades de preparação para o parto em grupo ou para os casais, além de capacitação dos profissionais para as</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>intervenções, especialmente as psicossociais. As atividades em grupo, bem como de educação permanente nos serviços, devem se basear em metodologias críticas.</p> <p>Com relação a programas de atividades físicas, é necessário pensar estratégias relacionadas à logística (Poyatos-León et al., 2015). Podem ser utilizados os equipamentos do programa Academia da Saúde, bem como os educadores físicos e outros profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família.</p> |
| Sistemas de saúde | <p>É importante ter protocolos clínicos disponíveis que orientem a realização de consultas em grupo, preparação para o parto e atividades físicas durante o pré-natal, e também que definam as competências dos diferentes profissionais. Esta medida visa a garantia da padronização e qualidade da assistência, bem como da autonomia e horizontalidade entre as diferentes categorias profissionais. É necessário atentar para a composição das equipes e para o dimensionamento do quadro de profissionais, para não sobrecarregar as equipes.</p> |

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 8 – Considerações sobre a implementação da opção 3

| | |
|-------------------------------------|--|
| Níveis | Opção 3: Fornecer apoio contínuo às mulheres durante o trabalho de parto e parto |
| Usuários do sistema de saúde | <p>É importante que as mulheres sejam informadas de que o direito a um (a) acompanhante é garantido por lei.</p> <p>A OMS preconiza e o Ministério da Saúde determinou, por meio da Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que todas as gestantes têm direito a acompanhante de sua livre escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto (WHO, 2018a; Brasil, 2005). A lei é válida para parto normal ou cesariana e a presença do(a) acompanhante (inclusive se for adolescente), não pode ser impedida pelo hospital ou por qualquer membro da equipe de saúde, sob qualquer exigência (Brasil, 2005).</p> <p>Ainda, é preciso refletir sobre como prover a privacidade das mulheres nos atendimentos obstétricos.</p> |
| Trabalhadores de saúde | <p>É necessário ter condições adequadas para os trabalhadores nos serviços de atenção ao trabalho de parto e parto e fornecer a capacitação apropriada para se realizar o apoio contínuo “uma para uma”, por obstetrizes, enfermeiras obstétricas ou doulas.</p> <p>Em muitas situações, profissionais de saúde carecem de habilidades de apoio adequado ao trabalho de parto (Bohren et al., 2017). É importante enfatizar que tais profissionais precisam ser preparadas para a atuação “uma para uma” ainda durante sua formação profissional. A profissional que presta assistência nesse modelo, assim como a inserida em outros</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>modelos de assistência, deve estar preparada para identificar o momento certo de intervir, respeitando os processos fisiológicos intrínsecos à parturição.</p> <p>Estudos indicam também haver resistência à atuação de doulas por uma parcela dos médicos e enfermeiros, no entanto, esses profissionais precisam estar preparados para uma atuação em parceria, uma vez que assim é mais provável que suas pacientes sejam atendidas de forma integral (Fortier e Godwin, 2015).</p> |
| <p>Organização de serviços de saúde</p> | <p>Durante todo o processo de nascimento e puerpério, deve ser garantido que nenhuma mulher fique sozinha, a não ser por curtos intervalos de tempo ou nos casos em que ela solicite uma maior privacidade (Brasil, 2016b)</p> <p>Não estão garantidos ainda os serviços das doulas no SUS e, portanto, nem todos os espaços de nascimento contam com a inserção destas profissionais, existindo inclusive a resistência de muitas instituições em permitir sua atuação. Outra barreira importante para a garantia da presença e permanência de acompanhantes, especialmente os do sexo masculino, refere-se às limitações de espaço físico nas unidades obstétricas. Em enfermarias compartilhadas, a presença do acompanhante pode ser vista como um fator de violação da privacidade das demais mulheres alocadas no mesmo espaço. Por isso, as instituições de saúde devem estar preparadas para receber esse acompanhante, bem como proporcionar e/ou acolher o profissional que fornece o apoio contínuo (WHO, 2018).</p> <p>Os custos com a formação e manutenção de profissionais que assistem o parto devem ser considerados, porém esses investimentos podem ser compensados pela redução das taxas de cesárea que o apoio contínuo é capaz de fornecer. O apoio contínuo oferecido por profissionais da assistência obstétrica nos serviços de saúde depende de condições adequadas de trabalho, que envolvem a eliminação de práticas de desvio de função e maior número de trabalhadoras por período.</p> <p>Destaca-se que as profissionais da área da obstetrícia precisam manter seus postos de trabalho vinculados à obstetrícia propriamente. Para isso, propõe-se a criação e implantação de uma matriz de competências de cada atuação dentro dos serviços, pactuando entre gestão e trabalhadores as funções a serem desempenhadas por cada um, respeitando habilidades, a autonomia profissional e valorizando as trabalhadoras do serviço.</p> |
| <p>Sistemas de saúde</p> | <p>Algumas iniciativas vêm sendo adotadas em diferentes níveis da gestão para facilitar a presença de acompanhante e ou atuação de doulas no SUS.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>O Ministério da Saúde, por meio da Rede Cegonha, definiu as diretrizes e normas de ambiência para a adequação e habilitação dos locais de parto e nascimento, de acordo com a necessidade de espaço físico para a superação do modelo biologicista e medicalizante de atenção ao parto e cumprimento ao direito de acompanhante (Brasil, 2015a).</p> <p>A Prefeitura Municipal de São Paulo instituiu, em 2016, uma lei que obriga os estabelecimentos públicos e privados a permitirem a presença de uma doula para a parturiente, durante todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério, bem como nas consultas e realização de exames durante o período pré-natal, se assim o for desejado pela mulher (São Paulo, 2016). Para seu cumprimento e atendimento da demanda da rede pública municipal, a Secretaria Municipal de Saúde implementou, no ano de 2017, o Programa de Doulas Voluntárias, por meio do Decreto N° 57.839, de 17 de agosto de 2017 (São Paulo, 2017).</p> <p>Em âmbito nacional, tramita no Congresso, o Projeto de Lei 8363/2017, que dispõe sobre o exercício profissional de doula (Brasil, 2017d).</p> |
|--|---|

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 9 – Considerações sobre a implementação da opção 4

| Níveis | Opção 4: Estruturar e facilitar o acesso a diferentes ambientes para o parto |
|-------------------------------------|---|
| Usuários do sistema de saúde | <p>Deve-se dar às mulheres a oportunidade de conhecer diferentes cenários de atenção ao parto, para que assim tenham ferramentas para fazerem suas próprias escolhas (Bernhard, et al., 2014).</p> <p>Desmistificar e fornecer informações sobre os riscos de partos que ocorrem fora do modelo hospitalar, com o auxílio da mídia e comprometimento dos profissionais envolvidos, pode auxiliar na adesão das mulheres a essas possibilidades (Kruno, e Bonilha, 2004).</p> <p>Existem poucos estudos que avaliam os diferentes locais de parto no Brasil, já que a cultura hegemônica local é de nascimento hospitalar. Contudo, os relatos disponíveis afirmam que modelos de atenção extra-hospitalar têm oferecido maior satisfação às mulheres atendidas (Soares, 2017; Sanfelice, 2014).</p> <p>O CPN, com estrutura física apropriada, respeita a dignidade da mulher, oferecendo privacidade, tranquilidade e conforto, sendo um ambiente adequado para vivenciar a experiência de parir. Ele possibilita a aplicação de métodos não farmacológicos para alívio da dor e a escolha da mulher para a posição de parir que mais lhe convém (Soares et al., 2017). Seu espaço físico é adequado para a atuação da doula e do(a)</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>acompanhante, sem tirar a mobilidade do(a) profissional da assistência.</p> <p>A experiência da Casa Ângela evidencia que é possível garantir à mulher uma experiência positiva de parto, com rotinas baseadas nas boas práticas de atenção ao parto, em ambiente adequado ao nascimento de risco habitual, e com profissionais preparados para a prática do apoio contínuo (Trindade, 2016).</p> <p>A participação das mulheres e dos movimentos sociais, por intermédio do controle social, pode contribuir para a obtenção de resultados efetivos.</p> |
| Trabalhadores de saúde | <p>Considerando-se que os centros de parto normal e as casas de parto costumam ser gerenciadas por obstetras e enfermeiras obstetras, pode-se encontrar resistência da categoria médica à implantação desses serviços. Vale lembrar que os Conselhos Federal e Regional de Enfermagem respaldam a assistência ao parto de risco habitual por obstetras e enfermeiras obstetras, por meio da Lei do Exercício Profissional 7.498, de 25 de junho de 1986 (Brasil, 1986).</p> <p>A escassez de ambientes alternativos para atenção ao parto no país e a formação majoritária de profissionais num modelo biomédico, são barreiras importantes para a implementação desta opção, assim como a falta de investimentos na contratação e formação de obstetras e enfermeiras obstetras (Narchi, Silva e Gualda, 2012).</p> <p>Os trabalhadores de saúde precisam estar adequadamente informados sobre opções de locais de parto, seus benefícios e limitações e as políticas vigentes, além de preparados para informar as mulheres (Scarf et al., 2018; Brasil, 2016b).</p> <p>No contexto hospitalar a cultura institucional, condutas inadequadas de colegas, protocolos clínicos em dissonância com as últimas evidências, e o próprio modelo de cuidado hegemônico, muitas vezes atrapalham o desempenho dos profissionais que se baseiam nas boas práticas de assistência ao parto (Sanfelice et al., 2014).</p> <p>Para a assistência ao parto domiciliar, deve-se pactuar com a mulher e a família, parâmetros de risco e, traçar um plano alternativo para transferência caso haja necessidade. Há relatos de dificuldades das equipes especializadas nessa modalidade em serem recebidas e respeitadas pelas equipes de assistência hospitalar, quando há necessidade de transferência da mulher e/ou recém-nascido para esses ambientes. A assistência domiciliar melhora o grau de satisfação profissional.</p> |
| Organização de serviços de saúde | <p>É necessário que os gerentes de hospitais sejam informados e incentivados a oferecer cenários alternativos como os centros de parto normal intra e peri-hospitalar, bem como acolher as</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>mulheres com necessidade de transferência para o hospital e os profissionais que as acompanham.</p> <p>No caso de partos domiciliares, deve ser considerada a implementação de atividades educativas, cursos e atualizações contínuas para preparar os profissionais dos hospitais e maternidades para receberem essas mulheres, quando necessário, mantendo o respeito à equipe que solicita a transferência.</p> <p>Os protocolos de assistência em CPN devem considerar as Boas Práticas de Atenção ao Parto Normal (Brasil, 2016b) e o serviço deve se responsabilizar por manter ações educativas e avaliações, como auditoria e feedback, sobre o uso adequado do espaço e as práticas na assistência.</p> |
| Sistemas de saúde | <p>A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que instituiu a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde prevê financiamento para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, bem como para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos (Brasil, 2011b).</p> <p>É preciso que serviços de referência estejam preparados para recebimento de transferência intraparto e pós-parto nos casos de urgência e emergência.</p> <p>Deve-se considerar a elaboração de diretrizes e protocolos específicos para o atendimento do parto domiciliar, em conjunto com o controle social, trabalhadores e equipes de atendimento a essa modalidade de atenção.</p> <p>Além disso, possíveis maus desfechos obstétricos provenientes de um atendimento domiciliar quando comparados a situações similares provenientes de nascimentos hospitalares, vaginais ou cirúrgicos, estão mais suscetíveis a ações judiciais. É importante desmistificar a crença de que nascimentos extra-hospitalares são mais arriscados quando comparados aos hospitalares. Quando planejado e acompanhado por equipes preparadas, experientes e responsáveis, o nascimento domiciliar tem risco semelhante aos assistidos em hospitais com equipes preparadas, experientes e responsáveis (Rossi e Prefumo, 2018; Sanfelice et al., 2014).</p> |

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 10 – Considerações sobre a implementação da opção 5

| | |
|-------------------------------------|--|
| Níveis | Opção 5: Implementar estratégias de apoio ao parto vaginal após cesárea prévia (VBAC - <i>Vaginal Birth After Cesarean</i>) |
| Usuários do sistema de saúde | A tomada de decisão sobre VBAC pode ser motivo de grande preocupação para a mulher, por isso é importante ajudá-la |

| | |
|---|--|
| | <p>nesse processo, principalmente com a oferta de informações para que a escolha seja consciente (Chen et al., 2018; Catling-Paull et al., 2011).</p> <p>São úteis abordagens que levem em conta as preferências e prioridades da mulher e que apresentem de maneira clara os riscos e benefícios de uma nova cesariana, de um parto vaginal após uma cesariana e de uma cesariana não planejada (Brasil, 2015b).</p> <p>A mulher também deve ser informada sobre a segurança do procedimento e de que a realização do VBAC evita os problemas decorrentes da cesárea de repetição (Brasil, 2001).</p> |
| Trabalhadores de saúde | <p>A atenção básica é identificada com um espaço privilegiado para auxiliar as mulheres na tomada de decisão informada. É de competência dos profissionais deste nível de atenção promover informação e educação das mulheres e suas famílias, seja durante as consultas de pré-natal, grupo de gestantes ou atividades em sala de espera (Escobal et al., 2018).</p> <p>Assim como ocorre em partos domiciliares, casos que envolvem complicações e maus desfechos obstétricos em situações de VBAC estão mais sujeitas a ações judiciais quando comparadas a complicações provenientes de nascimentos cirúrgicos. Desse modo, uma estratégia seria desmistificar a crença em torno do VBAC, não apenas para os profissionais da área da saúde e para a mulher, mas também para os gestores de saúde e trabalhadores da área do direito.</p> <p>Sugere-se o oferecimento de cursos para profissionais atenderem VBAC com maior segurança na prática, bem como para evitar a primeira cesárea nos serviços de saúde.</p> |
| Organização de serviços de saúde | <p>A opção pelo parto vaginal após cesárea prévia pode ser inviabilizada pela não existência de protocolos clínicos ou por equipes que optam por não os seguir. Algumas estratégias para melhorar essa situação incluem: aplicar auditoria e feedback com profissionais médicos; implementar protocolos clínicos, em nível local, com base em evidências científicas (Catling-Paull et al., 2011).</p> <p>No modelo colaborativo de obstetras e médicos obstetras, uma barreira a se considerar é a dificuldade de comunicação entre eles, por isso é necessário estabelecimento de guias clínicos (WHO, 2018b).</p> |
| Sistemas de saúde | <p>É necessário estabelecer e implementar protocolos clínicos nacionais sobre VBAC e promover acesso a informações consistentes às mulheres (Catling-Paull et al., 2011).</p> |

Fonte: Elaboração própria.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa N° 428, de 7 de novembro de 2017. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1° de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN n° 387, de 28 de outubro de 2015, e RN n° 407, de 3 de junho de 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2Nd1yHE>>. Acesso em: 27 dez. 2018.

_____. ANS publica novas regras para o parto na saúde suplementar, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/1Lxg3Lh>>. Acesso em: 24 out. 2018.

_____. Entram em vigor novas regras sobre parto na saúde suplementar, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2BHMs5c>>. Acesso em: 24 out. 2018.

AQUINO, Estela ML. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S8-S10, 2014.

ALTHABE, Fernando et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 363, n. 9425, p. 1934-1940, 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/2JfU7Lx>>. Acesso em: 24 de out. 2018.

BARROS, Fernando C. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. **The Lancet**, v. 365, n. 9462, p. 847-854, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2PRatMQ>>. Acesso em: 23 de out. 2018.

BARROS, Fernando Celso de et al. Epidemic of caesarean sections in Brazil. **The Lancet**, v. 338, n. 8760, p. 167-169, 1991.

BERNHARD, Casey et al. Home birth after hospital birth: women's choices and reflections. **Journal of midwifery & women's health**, v. 59, n. 2, p. 160-166, 2014.

BETRÁN, Ana Pilar et al. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. **The Lancet**, v. 392, n. 10155, p. 1358-1368, 2018.

BOATIN, A. A. et al. Audit and feedback using the Robson classification to reduce caesarean section rates: a systematic review. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 125, n. 1, p. 36-42, 2018.

BOERMA, Ties et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **The Lancet**, v. 392, n. 10155, p. 1341-1348, 2018.

BOHREN, Meghan A. et al. Continuous support for women during childbirth. **The Cochrane Library**, 2017.

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]. **Ministério da Saúde**. Brasília: 2017a. Disponível em: <<https://bit.ly/2wpd5MR>>. Acesso em: 24 de out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC 2010 a 2016. Dados preliminares. Situação de base nacional em 09 out. 2017. Nascidos vivos – Recorte. Nascimento por ocorrência por Ano do nascimento e Tipo de parto. Período: 2010-2015. **DATASUS**. Brasília: 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On). **Ministério da Saúde**. Brasília: 2017c. Disponível em: <<https://bit.ly/2GNA6h7>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei N.º 8.363**, de 2017d. Dispõe sobre o exercício profissional da atividade de Doula e dá outras providências. Disponível em: <<https://bit.ly/2O2Kl00>>. Acesso em: 24 out. 2018.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado - fase 1 / Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. **ANS**. Rio de Janeiro: 2016a. Disponível em: <<https://bit.ly/2EGc5YX>>. Acesso em: 23 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de recomendação. **Ministério da Saúde**. Brasília: 2016b. Disponível em: <<https://bit.ly/2wpd5MR>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

_____. Resolução nº 1.111, de 30 de maio de 2016. Aprova registro de Título de Especialista. **Diário Oficial da União**, Brasília: 22 jun. 2016c. Seção 1, p. 138. Disponível em: <<https://bit.ly/2QFjXL9>>. Acesso em: 24 out. 2018.

_____. Portaria Nº 11, de 7 de janeiro de 2015a. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. **Ministério da Saúde**. Brasília: 2015a. Disponível em: <<https://bit.ly/2jMUKfc>>. Acesso em: 23 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. **Ministério da Saúde**. Brasília: 2015b. Disponível em: <<https://bit.ly/2rOmdFE>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. **Ministério da Saúde**. Brasília: 2011a. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062> Acesso em: 20 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.351, de 5 de outubro de 2011b. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Ministério da Saúde**. Brasília: 2011b. Disponível em: <<https://bit.ly/2PdWyDJ>>. Acesso em: 23 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e

Neonatal. **Ministério da Saúde**. Brasília: 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/26aVYWz>>. Acesso em: 23 out. 2018.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Mensagem de veto. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes 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: 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/1f4WTKU>>. Acesso em: 23 out. 2018.

_____. 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. **Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/29TbOBR>>. Acesso em: 27 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ministério da Saúde**. Brasília: 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/2f8ZmMh>>. Acesso em: 27 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. **Ministério da Saúde**. Brasília: 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2gs1YuF>>. Acesso em: 23 out 2018.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Mensagem de veto. Regulamentação (Vide Decreto nº 8.778, de 1946), (Vide Lei nº 7.498, de 1986). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: 1986. Disponível em: <<https://bit.ly/2UZs1cQ>>. Acesso em: 19 dez. 2018.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 135-149, 1991. Disponível em: <<https://bit.ly/2Sb3bVQ>>. Acesso em: 24 out. 2018.

CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos et al. Prova de trabalho de parto após uma cesárea anterior. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, p. 161-166, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/2SiyY7B>>. Acesso em: 24 out. 2018.

CANICALI PRIMO, Cândida et al. Which factors influence women in the decision to breastfeed? **Investigacion y educacion en enfermeria**, v. 34, n. 1, p. 198-217, 2016.

CATLING-PAULL, Christine et al. Non-clinical interventions that increase the uptake and success of vaginal birth after caesarean section: a systematic review. **Journal of advanced Nursing**, v. 67, n. 8, p. 1662-1676, 2011.

CHAILLET, Nils; DUMONT, Alexandre. Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. **Birth**, v. 34, n. 1, p. 53-64, 2007.

CHEN, Innie et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, 2018.

CUNNINGHAM, F. Gary et al. NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after cesarean: new insights. **NIH consensus and state-of-the-science statements**, v. 27, n. 3, p. 1-42, 2010.

ESCOBAL, Ana Paula de Lima et al. Participation of women in decision-making in the process of parturition. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 12, n. 2, p. 499-509, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2yuAtao>>. Acesso em: 23 out. 2018.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 109-116, 2004.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. Parto Normal Ou Cesárea? **UNESP**, São Paulo: 2004.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

DIP, Andrea. A Publica Agência de Jornalismo Investigativo. Entrevista: Violência no parto vende cesárea, diz pesquisadora. 25 de mar. de 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2Vgqvmw>>. Acesso em: 28 dez. 2013.

DOMENJOZ, Iris; KAYSER, Bengt; BOULVAIN, Michel. Effect of physical activity during pregnancy on mode of delivery. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 211, n. 4, p. 401. e1-401. e11, 2014.

DUTRA, Ivete Lourdes; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. Parto natural, normal e humanizado: termos polissêmicos. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 28, n. 2 (jun. 2007), p. 215-222, 2007.

ESTEVEZ-PEREIRA, Ana Paula et al. Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: a population-based case control study in Brazil. **PloS one**, v. 11, n. 4, p. e0153396, 2016.

ENTRINGER, Aline Piovezan et al. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00022517, 2018a.

ENTRINGER, Aline Piovezan; PINTO, Márcia; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes. Análise de custo-efetividade do parto vaginal e da cesariana eletiva na saúde suplementar. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, p. -, 2018b.

ENTRINGER, Aline Piovezan et al. Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e116, 2018c.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 150-173, 1991.

FIOCRUZ. Nascer no Brasil. Inquérito Nacional sobre parto e nascimento, 2014. **ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**. Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2LtPw9F>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

FORTIER, Jacqueline H.; GODWIN, Marshall. Doula support compared with standard care: Meta-analysis of the effects on the rate of medical interventions during labour for low-risk women delivering at term. **Canadian Family Physician**, v. 61, n. 6, p. e284-e292, 2015.

GRISOLI, Nathalia do Monte Lima. A recente queda na epidemia de cesarianas no Brasil: uma análise sócio-demográfica. **Academus Revista Científica da Saúde**, v. 3, n. 1, p. 24-38, 2018.

GUISE, Jeanne-Marie et al. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. **Obstetrics & Gynecology**, v. 115, n. 6, p. 1267-1278, 2010.

GUSMAN, Christine Ranier et al. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, p. 365-370, 2015.

HARTMANN, Katherine E. et al. Comparative Effectiveness Review No. 80. AHRQ Publication No. 12(13)-EHC128-EF. **Agency for Healthcare Research and Quality**. USA: 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/1BPdghk>>. Acesso em 24 set. 2018.

JORGE, Cristina; SANTOS-ROCHA, Rita; BENTO, Teresa. Can group exercise programs improve health outcomes in pregnant women? A systematic review. **Current Women's Health Reviews**, v. 11, n. 1, p. 75-87, 2015.

KNIGHT, H. E. et al. Vaginal birth after caesarean section: a cohort study investigating factors associated with its uptake and success. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, n. 2, p. 183-192, 2014.

KRUNO, Rosimery Barão; BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi. Parto domiciliar na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS): 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/2q3Sl7o>>. Acesso em: 23 out. 2018.

LEAL, Maria do Carmo et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reproductive health*, v. 9, n. 1, p. 15, 2012.

LUNDGREN, Ingela et al. 'Groping through the fog': a metasynthesis of women's experiences on VBAC (Vaginal birth after Caesarean section). **BMC pregnancy and childbirth**, v. 12, n. 1, p. 85, 2012.

MACDORMAN, Marian F. et al. Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: Application of an "intention-to-treat" model. **Birth**, v. 35, n. 1, p. 3-8, 2008.

MAGNE, Fabien et al. The elevated rate of cesarean section and its contribution to non-communicable chronic diseases in latin america: the growing involvement of the microbiota. **Frontiers in pediatrics**, v. 5, p. 192, 2017.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, p. 885-904, 2015.

NARCHI, Nádia Zanon; SILVA, Lúcia Cristina Florentino Pereira da; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Contexto, desafios e perspectivas na formação de obstetrizes no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 510-519, 2012.

OSAVA, Ruth Hitomi; RIESCO, Maria Luiza Gonzales; TSUNECHIRO, Maria Alice. Parteiras-enfermeiras e enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, 2006.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. S25-S32, 1998.

O'NEILL, Jennifer et al. Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. **Journal of clinical epidemiology**, v. 67, n. 1, p. 56-64, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2R2yGUz>>. Acesso em 20 dez. 2018.

PARENTE, Raphael Câmara Medeiros et al. A história do nascimento (parte 1): cesariana: [revisão]. **Femina**, v. 38, n. 9, 2010.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 185-194, 2011.

PORTAL REGIONAL DA BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). DeCS/MESH. Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, s/d. Disponível em: <<https://bit.ly/2Bumylo>>. Acesso em: 24 out. 2018.

POYATOS-LEÓN, Raquel et al. Effects of exercise during pregnancy on mode of delivery: a meta-analysis. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v. 94, n. 10, p. 1039-1047, 2015.

RATTNER, Daphne; MOURA, Erly Catarina de. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 1, 2016.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetizas e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 449, 2002.

ROSSI, A. Cristina; PREFUMO, Federico. Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 222, p. 102-108, 2018.

RUIZ-MIRAZO, Eider; LOPEZ-YARTO, Maite; MCDONALD, Sarah D. Group prenatal care versus individual prenatal care: a systematic review and meta-analyses. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 34, n. 3, p. 223-229, 2012.

SANDALL, Jane et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 4, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2Ai4A5V>>. Acesso em: 20 dez. 2018.

SANDALL, Jane et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. **The Lancet**, v. 392, n. 10155, p. 1349-1357, 2018.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar From institutionalized birth to home birth. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 2, p. 362-370, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2EG6pNQ>>. Acesso em 19 dez. 2108

SÃO PAULO (Cidade). Lei nº 16.602, de 23 de dezembro de 2016. Dispõe sobre a permissão da presença de doula durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como nas consultas e exames de pré-natal, sempre que solicitado pela parturiente, nas maternidades, hospitais e demais equipamentos da rede municipal de saúde. **Diário Oficial da Cidade de São Paulo (DOCSP)**, São Paulo: 2016.

_____. Decreto nº 48.696, de 5 de setembro de 2007. Institui o serviço voluntário no âmbito da Administração Direta, das Autarquias e das Fundações do Município de São Paulo, disciplinando sua prestação nas condições que especifica. São Paulo: **DOCSP**, 2007. Disponível em: <https://bit.ly/2EROMmL>. Acesso em: 27 dez. 2018.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Manual Programa de Doulas Voluntárias da Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo: **SMS**, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2Aign3Y>. Acesso em: 27 dez. 2018.

SCARF, Vanessa et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. **Midwifery**, 2018.

SCOTT, Kathryn D.; BERKOWITZ, Gale; KLAUS, Marshall. A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 180, n. 5, p. 1054-1059, 1999.

SHEA, Beverley J. et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. **BMC medical research methodology**, v. 7, n. 1, p. 10, 2007. Disponível em: <https://bit.ly/2sw8rJo>. Acesso em: 24 out. 2018.

SOARES, Yndiara Kássia da Cunha et al. Satisfaction of puerperal women attended in a normal birth center. **Journal of Nursing UFPE** on line-ISSN: 1981-8963, v. 11, n. 11, p. 4563-4573, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2GuaS7F>. Acesso em: 19 dez. 2018

SOSA, Georgina A.; CROZIER, Kenda E.; STOCKL, Andrea. Midwifery one-to-one support in labour: More than a ratio. **Midwifery**, v. 62, p. 230-239, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2PT6e2y>. Acesso em 20 dez. 2018.

SOUZA, João Paulo; PILEGGI-CASTRO, Cynthia. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S11-S13, 2014.

TORNQUIST, Carmen Susana et al. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. **Repositório da Universidade Federal de Santa Catarina**. Santa Catarina: 2004.

TRINDADE, Eliane. Parto humanizado está distante de famílias carentes, diz mãe da periferia. Folha de São Paulo, São Paulo, 13 de outubro de 2016. Empreendedor Social. Disponível em: <https://bit.ly/2CCuFhu>. Acesso em: 27 dez. 2018.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação. **Ministério da Saúde**. Brasília: 2008. Disponível em: <https://bit.ly/2IfLFdF>. Acesso em: 27 dez. 2018.

VICTORA, Cesar G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2PPPwSD>>. Acesso em: 23 out. 2018.

WALSH, Denis; DOWNE, Soo M. Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: a structured review. **Birth**, v. 31, n. 3, p. 222-229, 2004.

WAX, Joseph R. et al. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 203, n. 3, p. 243. e1-243. e8, 2010.

WEGNER, Elisabeth K.; BERNSTEIN, Ira M. Operative vaginal delivery. **Uptodate**. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2EG6pNQ>>. Acesso em: 23 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. **WHO**. Geneva: 2018a. Disponível em: <<https://bit.ly/2OMDzwh>>. Acesso em: 27 dez. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. **WHO**. Geneva: 2018b. Disponível em: <<https://bit.ly/2CyKaHE>> Acesso em: 23 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization, 2016. **WHO**. Geneva: 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2EH7HZC>>. Acesso em: 23 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. Department of Reproductive Health and Research. WHO statement on caesarean section rates. **WHO**. Geneva: 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2Ahz9Zc>>. Acesso em: 27 dez. 2018.

YE, Jiangfeng et al. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. **Birth**, v. 41, n. 3, p. 237-244, 2014.

ZHANG, Jun et al. Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta-analysis. **Obstetrics & Gynecology**, v. 88, n. 4, p. 739-744, 1996.

APÊNDICES

Apêndice A – Quadro com as bases de dados e estratégias de buscas utilizadas para recuperação dos estudos para identificação das opções

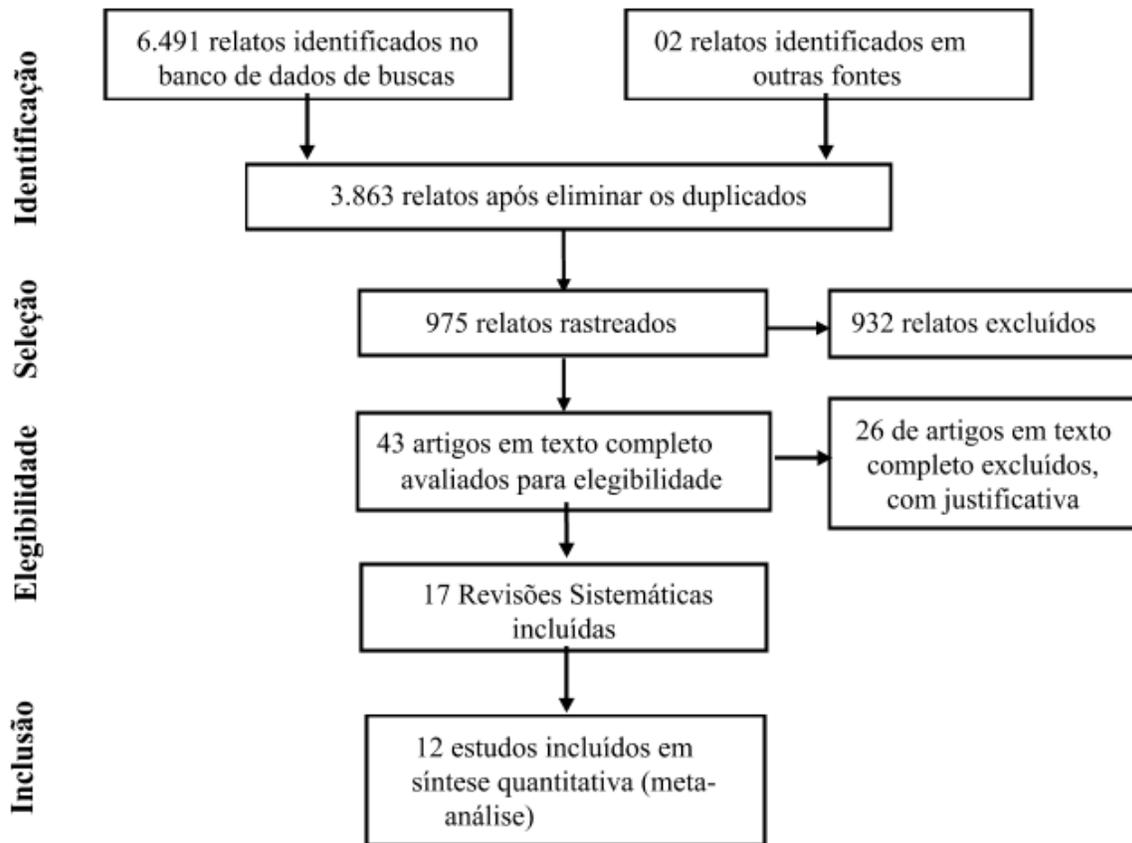
| Base de dados | Estratégia de busca | Resultado | Data da busca |
|-------------------------|--|-----------|---------------|
| COCHRANE LIBRARY | cesarean rates AND cesarean section | 195 | 05/04/2018 |
| EMBASE | 'cesarean rate' AND [systematic review]/lim AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim) AND [embase]/lim ('cesarean section'/exp OR 'cesarean section') AND [systematic review]/lim AND ([english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim) AND [embase]/lim | 453 | 04/04/2018 |
| HEALTH EVIDENCE | (Cesarean section OR Cesarean Sections OR Delivery, Abdominal OR Abdominal Deliveries OR Deliveries, Abdominal OR Caesarean Section OR Caesarean Sections OR Abdominal Delivery OR C-Section OR C Section OR C-Sections) AND “systematic review” | 50 | 20/03/2018 |
| HEALTH SYSTEMS EVIDENCE | Cesarean section OR Cesarean Sections OR Delivery, Abdominal OR Abdominal Deliveries OR Deliveries, Abdominal OR Caesarean Section OR Caesarean Sections OR Abdominal Delivery OR C-Section OR C Section OR C-Sections | 18 | 20/03/2018 |
| PDQ-EVIDENCE | Cesarean section AND systematic review | 33 | 21/03/2018 |
| PORTAL REGIONAL DA BVS | tw:(cesárea OR cesarean section OR cesariana) AND (instance:"regional") AND (type_of_study:"systematic_reviews" OR "overview" OR "health_technology_assessment" OR "health_economic_evaluation") AND limit:(“humans”) AND la:(“en” OR “pt” OR “es”)) | 727 | 20/03/2018 |
| PUBMED | "cesarean rate"[Title/Abstract] OR "cesarean rate"[All Fields] OR "cesarean delivery rate"[All Fields] AND (systematic[sb] AND "humans"[MeSH Terms]) | 44 | 04/04/2018 |
| PUBMED | Cesarean Section[Mesh] OR ("caesarean sections"[All Fields] OR "cesarean section"[MeSH Terms] OR ("cesarean"[All Fields] AND "section"[All Fields]) OR "cesarean section"[All Fields] OR ("cesarean"[All Fields] AND "sections"[All Fields]) OR "cesarean sections"[All Fields]) OR ("cesarean section"[MeSH Terms] OR ("cesarean"[All Fields] AND "section"[All Fields]) OR "cesarean section"[All Fields] OR ("delivery"[All Fields] AND "abdominal"[All Fields])) OR ("cesarean section"[MeSH Terms] OR ("cesarean"[All Fields] AND "section"[All Fields]) OR "cesarean section"[All Fields] OR ("abdominal"[All Fields] AND "deliveries"[All Fields]) OR "abdominal deliveries"[All Fields]) OR ("cesarean section"[MeSH | 1467 | 20/03/2018 |

| | | | |
|---|--|------|------------|
| | Terms] OR ("cesarean"[All Fields] AND "section"[All Fields]) OR "cesarean section"[All Fields] OR ("deliveries"[All Fields] AND "abdominal"[All Fields])) OR ("caesarean section"[All Fields] OR "cesarean section"[MeSH Terms] OR ("cesarean"[All Fields] AND "section"[All Fields]) OR "cesarean section"[All Fields]) OR ("caesarean sections"[All Fields] OR "cesarean section"[MeSH Terms] OR ("cesarean"[All Fields] AND "section"[All Fields]) OR "cesarean section"[All Fields] OR ("cesarean"[All Fields] AND "sections"[All Fields]) OR "cesarean sections"[All Fields]) OR ("cesarean section"[MeSH Terms] OR ("cesarean"[All Fields] AND "section"[All Fields]) OR "cesarean section"[All Fields] OR ("abdominal"[All Fields] AND "delivery"[All Fields]) OR "abdominal delivery"[All Fields]) OR ("cesarean section"[MeSH Terms] OR ("cesarean"[All Fields] AND "section"[All Fields]) OR "cesarean section"[All Fields] OR "c section"[All Fields]) OR ("cesarean section"[MeSH Terms] OR ("cesarean"[All Fields] AND "section"[All Fields] AND "c sections"[All Fields]) OR "cesarean section"[All Fields] OR "c section"[All Fields]) OR ("cesarean section"[MeSH Terms] OR ("cesarean"[All Fields] AND "section"[All Fields]) OR "cesarean section"[All Fields] OR "c sections"[All Fields]) AND (systematic[sb] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang])) | | |
| SCOPUS | (TITLE-ABS-KEY ("cesarean rate")) OR (TITLE-ABS-KEY ("cesarean section")) AND (TITLE-ABS-KEY ("systematic review")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish") OR LIMIT-TO LANGUAGE, "Portuguese")) | 1350 | 05/04/2018 |
| WEB OF SCIENCE | TOPIC: ("cesarean section" OR "cesarean rate") Refined by: TOPIC: ("systematic review") Timespan: All years. Indexes: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCL. | 263 | 04/04/2018 |
| CADTH | "cesarean rate or cesarean section" | 16 | 05/04/2018 |
| Center for reviews and dissemination NHS – University of York (CRD) | cesarean rate OR cesarean section | 37 | 05/04/2018 |
| INAHTA | "cesarean rate" or "cesarean section" | 3 | 05/04/2018 |
| COCHRANE | "childbirth" filtro cochrane reviews | 620 | 17/05/2018 |
| COCHRANE | "childbirth" - filtro other reviews | 26 | 17/05/2018 |
| HEALTH EVIDENCE | “vaginal birth” | 6 | 17/05/2018 |
| HEALTH SYSTEMS EVIDENCE | Childbirth | 139 | 17/05/2018 |
| PORTAL REGIONAL DA BVS | tw:(tologia OR midwifery OR partería OR “assistência ao parto” OR “assistência tradicional ao nascimento” OR obstetizes OR obstetiz OR parteira OR parteiras) AND (instance:"regional") AND | 159 | 17/05/2018 |

| | | | |
|----------------|---|-----|------------|
| | (type_of_study:(<code>"systematic_reviews"</code> OR <code>"overview"</code> OR <code>"health_technology_assessment"</code> OR <code>"evidence_synthesis"</code>)) | | |
| PUBMED | (<code>"Parturition"</code> [Mesh] OR (<code>"parturition"</code> [MeSH Terms] OR <code>"parturition"</code> [All Fields] OR <code>"parturitions"</code> [All Fields]) OR (<code>"parturition"</code> [MeSH Terms] OR <code>"parturition"</code> [All Fields] OR <code>"birth"</code> [All Fields]) OR (<code>"parturition"</code> [MeSH Terms] OR <code>"parturition"</code> [All Fields] OR <code>"births"</code> [All Fields]) OR (<code>"parturition"</code> [MeSH Terms] OR <code>"parturition"</code> [All Fields] OR <code>"childbirth"</code> [All Fields]) OR (<code>"parturition"</code> [MeSH Terms] OR <code>"parturition"</code> [All Fields] OR <code>"childbirths"</code> [All Fields])) AND <code>humanization</code> [All Fields] AND <code>systematic</code> [sb] | 604 | 17/05/2018 |
| PUBMED | (<code>natural</code> [All Fields] AND (<code>"parturition"</code> [MeSH Terms] OR <code>"parturition"</code> [All Fields] OR <code>"birth"</code> [All Fields])) AND <code>systematic</code> [sb] | 223 | 17/05/2018 |
| EMBASE | ((<code>'humanization'/exp</code> OR <code>'humanization'</code>) AND ((<code>'birth'/exp</code> OR <code>'birth'</code>) AND [<code>embase</code>]/lim)) AND ((<code>'childbirth'/exp</code> OR <code>'childbirth'</code>) AND [<code>embase</code>]/lim)) AND (((<code>'systematic review'/exp</code> OR <code>'systematic review'</code>) AND [<code>embase</code>]/lim) OR <code>overview</code>) | 2 | 21/05/2018 |
| SCOPUS | ((<code>TITLE-ABS-KEY</code> (<code>parturition</code>)) OR (<code>TITLE-ABS-KEY</code> (<code>birth</code>)) OR (<code>TITLE-ABS-KEY</code> (<code>childbirth</code>))) AND (<code>TITLE-ABS-KEY</code> (<code>humanization</code>))) AND ((<code>TITLE-ABS-KEY</code> (<code>"systematic review"</code>)) OR (<code>TITLE-ABS-KEY</code> (<code>overview</code>))) | 3 | 22/05/2018 |
| WEB OF SCIENCE | (<code>Tópico:</code> (<code>parturition</code>) OR <code>Tópico:</code> (<code>birth</code>) OR <code>Tópico:</code> (<code>childbirth</code>)) AND <code>Tópico:</code> (<code>humanization</code>) AND (<code>Tópico:</code> (<code>"systematic review"</code>) OR <code>Tópico:</code> (<code>overview</code>)) | 2 | 22/05/2018 |
| EMBASE | ((<code>'natural childbirth'/exp</code> OR <code>'natural childbirth'</code>) AND [<code>embase</code>]/lim) AND ((<code>'systematic review'/exp</code> OR <code>'systematic review'</code>) AND [<code>embase</code>]/lim) | 12 | 04/06/2018 |
| SCOPUS | <code>natural parturition</code> | 21 | 04/06/2018 |
| PUBMED | (<code>"Parturition"</code> [Mesh] OR (<code>"parturition"</code> [MeSH Terms] OR <code>"parturition"</code> [All Fields] OR <code>"parturitions"</code> [All Fields]) OR (<code>"parturition"</code> [MeSH Terms] OR <code>"parturition"</code> [All Fields] OR <code>"birth"</code> [All Fields]) OR (<code>"parturition"</code> [MeSH Terms] OR <code>"parturition"</code> [All Fields] OR <code>"births"</code> [All Fields]) OR (<code>"parturition"</code> [MeSH Terms] OR <code>"parturition"</code> [All Fields] OR <code>"childbirth"</code> [All Fields]) OR (<code>"parturition"</code> [MeSH Terms] OR <code>"parturition"</code> [All Fields] OR <code>"childbirths"</code> [All Fields])) AND (<code>"Doulas"</code> [Mesh] OR (<code>"doulas"</code> [MeSH Terms] OR <code>"doulas"</code> [All Fields] OR <code>"doula"</code> [All Fields]) OR (<code>"doulas"</code> [MeSH Terms] OR <code>"doulas"</code> [All Fields] OR <code>"labor"</code> [All Fields] AND <code>"coaches"</code> [All Fields]) OR <code>"labor coaches"</code> [All Fields]) OR (<code>"doulas"</code> [MeSH Terms] OR <code>"doulas"</code> [All Fields] OR (<code>"coaches"</code> [All Fields] AND <code>"labor"</code> [All Fields])) OR (<code>"doulas"</code> [MeSH Terms] OR <code>"doulas"</code> [All Fields] OR <code>"labor"</code> [All Fields] AND <code>"coach"</code> [All Fields]) OR <code>"labor coach"</code> [All Fields]) OR (<code>"doulas"</code> [MeSH Terms] OR <code>"doulas"</code> [All Fields] OR <code>"coach"</code> [All Fields] AND <code>"labor"</code> [All Fields])))) AND <code>systematic</code> [sb] | 18 | 01/07/2018 |

Fonte: Elaboração própria

Apêndice B – Fluxograma do processo de inclusão dos estudos



Fonte: Elaboração própria.

NOTA: Forma de apresentação do processo de inclusão dos estudos, *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement* (PRISMA). A versão em português do *checklist* e *flowchart* estão disponíveis em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>

Apêndice C – Lista de estudos excluídos após leitura completa

| Base de dados | Autor, Ano do estudo | Estudo | Motivo da Exclusão |
|------------------------------|---|--|---|
| COCHRANE | Lauzon e Hodnett, 2011 | Labour assessment programs to delay admission to labour wards. | Revisão foi atualizada |
| COCHRANE | Brown, et al., 2015 | Giving women their own case notes to carry during pregnancy. | Não reduziu taxas de cesárea |
| SCOPUS | Das, et al., 2014 | Evidence from facility level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: interventions and findings. | Não incluiu população de risco para recém-nascido de baixo peso |
| COCHRANE | Dowswell, et al., 2015 | Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. | Não reduziu taxas de cesárea |
| SCOPUS | Farine e Shepherd, 2017 | Debra. No. 281-Classification of Caesarean Sections in Canada: The Modified Robson Criteria. | Não é revisão sistemática |
| SCOPUS | Ferguson, Davis e Browne, 2013 | Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature. | Não reduziu taxas de cesárea - resultados contraditórios |
| SCOPUS | Fink, et al., 2012. | Relaxation during pregnancy: what are the benefits for mother, fetus, and the newborn? A systematic review of the literature. | Resultados contraditórios quanto à redução das taxas de cesárea |
| COCHRANE | Hodnett, 2002 | Caregiver support for women during childbirth. | Revisão retirada pela Cochrane |
| COCHRANE | Hodnett, Downe e Walsh, 2012 | Alternative versus conventional institutional settings for birth. | Não teve redução estatisticamente significativa para taxas de cesárea |
| HEALTH SYSTEM EVIDENCE (HSE) | Hollinghurst, et al., 2010 | Economic evaluation of the DiAMOND randomized trial: cost and outcomes of 2 decision aids for mode of delivery among women with a previous cesarean section. | Não é revisão sistemática |
| SCOPUS | Khan-Neelofur, GuÉlmezoglu e Villar, 1998 | Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. | Não é revisão sistemática |
| COCHRANE | Khunpradit, et al., 2011 | Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. | Revisão foi atualizada |
| PUBMED | Klaus e Kennell, 1997 | The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. | Não é revisão sistemática |
| COCHRANE | Kobayashi, et al., 2017 | Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. | Não reduziu taxas de cesárea |

| | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|
| SCOPUS | Lassi, et al., 2014 | Evidence from community level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: interventions and findings. | Não reduziu taxas de cesárea nas mulheres de risco habitual |
| COCHRANE Atualização de revisão | Lavender, Cuthbert e Smyth, 2018 | Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. | Não reduziu taxas de cesárea |
| PUBMED | Long, et al., 2016 | Onsite midwife-led birth units (OMBUs) for care around the time of childbirth: a systematic review. | Não apresentou resultado significativo para redução das taxas de cesárea |
| SCOPUS | Nilsson, et al., 2015 | Women-centred interventions to increase vaginal birth after caesarean section (VBAC): a systematic review. | Não reduziu taxas de cesárea |
| SCOPUS | Nyamtema, Urassa e Roosmalen, 2011 | Maternal health interventions in resource limited countries: a systematic review of packages, impacts and factors for change. | Não reduziu taxas de cesárea |
| PUBMED | Olsen, 1997 | Meta-analysis of the safety of home birth. | Não apresentou resultado significativo para redução das taxas de cesárea |
| COCHRANE | Pattinson, Cuthbert e Vannevel, 2017 | Pelvimetry for fetal cephalic presentations at or near term for deciding on mode of delivery. | Não reduziu taxas de cesárea |
| COCHRANE | Sandall, et al., 2016 | Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. | Não reduziu taxas de cesárea |
| Referência de uma revisão sistemática incluída | Sutcliffe, et al., 2012 | Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. | Não reduziu taxas de cesárea |
| WEB OF SCIENCE | Torloni, et al., 2011 | Classifications for cesarean section: a systematic review. | Não abordou redução das taxas de cesárea |
| SCOPUS | Vieira, et al., 2012 | Increasing the use of skilled health personnel where traditional birth attendants were providers of childbirth care: a systematic review. | Não reduziu taxas de cesárea |
| SCOPUS | Waldenström e Turnbull, 1998 | A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. | Não reduziu taxas de cesárea |

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice D – Revisões sistemáticas sobre a opção 1 – Incentivar o uso de intervenções combinadas para redução de cesarianas, com foco em profissionais de saúde e na gestão dos serviços e sistemas de saúde

| Autor | Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção de estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em países segundo renda | Proporção de estudo com foco no problema | Último ano da busca |
|-------------------|---|---|--|---|--------|--|---|--|---------------------|
| Chen et al., 2018 | Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section | Intervenções não clínicas para redução das taxas de cesárea | Analisar a efetividade e a segurança de intervenções não clínicas adotadas por instituições no intuito de reduzir as taxas de cesariana desnecessárias | A revisão sistemática incluiu 29 estudos, sendo 4 ensaios clínicos controlados randomizados; 15 ensaios clínicos não controlados; 3 estudos antes e depois; 7 séries temporais características da população: 8 dos estudos incluíram apenas mulheres nulíparas, 5 gestantes com cesariana anterior e os outros 16 foram feitos com uma população mista de mulheres (nulíparas, múltíparas, mulheres com medo do parto, com alto nível de ansiedade, com cesárea anterior, casais e gestantes sem qualquer alteração clínica). Aqui estão extraídos os dados relativos à essa opção. Os estudos com alvo nos profissionais (8) incluíram estratégias baseadas em guias clínicos associados com uma segunda opinião para a realização da cesariana, guias clínicos combinados com auditoria e feedback, treinamento dos médicos com um líder local e aulas preparatórias para o parto com enfermeiras especializadas em saúde pública. Contexto: Razões clínicas, demográficas, socioeconômicas e aspectos dos serviços de saúde tem sido extensivamente estudadas e há um consenso crescente de que os fatores clínicos sozinhos não conseguem explicar o aumento observado nas taxas de cesárea. As taxas de cesariana poderiam ser reduzidas por | 11/11 | As características e número de participantes não foram descritos em todos os estudos | HI 20/29 UMI 9/29 EUA (7); Canadá (2); Argentina/Brasil/Cuba/Guatemala/México (1 multicêntrico); Chile (1); Taiwan (2); Irã (6); Reino Unido (1); Austrália (2); Finlândia (3); China (2); (1) Portugal; Suécia (1) | 29/29 | 2018 |

| | | | | | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|------|-------|---|-------|------|
| | | | | <p>intervenções clínicas e também às relativas a políticas de saúde.</p> <p>Resultados: Nas intervenções com foco nos profissionais de saúde, houve uma ligeira redução das taxas de cesariana com a introdução de guias clínicos combinado com o uso de uma segunda opinião obrigatória para a indicação de cesariana (DM - diferença média de -1,9; IC95% -3,8 a -0,1); introdução de guia clínico combinado com auditoria e feedback (RD) -1,8%; IC95% -3,8 a -0,2) e educação médica com líderes locais (53,7%; IC95% 46,5-61,0%).</p> <p>Conclusão: Após analisar diferentes intervenções não clínicas para a redução das taxas de cesariana, foi encontrada relação com implementação de guias clínicos seguido de uso obrigatório de uma segunda opinião para a realização de cesariana, ou de auditoria e feedback, educação médica com o uso de líderes locais e modelo de cuidado colaborativo entre obstetizes e médicos.</p> <p>Benefícios: redução das taxas de cesariana.</p> | | | | | |
| Hartman et al., 2012 | Comparative Effectiveness Review No. 80. | Intervenções para redução das taxas de cesárea | <p>Análise de evidências que abordam estratégias para reduzir a cesárea em mulheres de risco habitual.</p> | <p>A revisão sistemática incluiu 97 ensaios clínicos randomizados com a seguinte distribuição de acordo com a abordagem: 9 estratégias usadas durante a gestação; 21 manejo do parto; 7 apoio psicossocial; 6 monitoramento fetal eletrônico; 8 amniotomia; 7 estratégias específicas; 33 em âmbito de sistemas; 18 eventos adversos. A população eram mulheres com gestação única, com pretensão de parto vaginal, a termo, posição cefálica, sem cesárea prévia.</p> <p>Contexto: O modelo teórico para definir as perguntas de pesquisa foi elaborado por meio de consulta a literatura e a um grupo de especialistas e posteriormente submetido a consulta pública.</p> | 9/11 | 97/97 | 77/97 estudos em países HI ; 1/97 estudos em países LMI ; 15/97 estudos em países UMI ; 4/97 estudos em países LI . | 97/97 | 2012 |

| | | | | | | | | | |
|---------------------|---|--|---|--|------|-----|---|-----|------|
| | | | | <p>Aqui estão extraídos os dados relativos à essa opção.</p> <p>Resultados: Sistema de saúde: 18 de 31 estudos mostraram redução de 1,6 a 17,0% nas cesáreas, a maioria analisando múltiplos componentes.</p> <p>Conclusão: As evidências quando existentes apresentaram baixa força de recomendação.</p> <p>Danos potenciais: Não houve danos nas estratégias analisadas.</p> <p>Incertezas – viés: As deficiências foram mais frequentemente relacionadas tamanho dos estudos, risco elevado de viés, achados inconsistentes entre os estudos, variação no relato de indicações para cesárea.</p> | | | | | |
| Boatin et al., 2018 | Audit and feedback using the Robson classification to reduce caesarean section rates: a systematic review | Qual é a intervenção? Uso da Classificação de Robson como ferramenta para oferta de auditoria e feedback para os prestadores de serviço em ciclos de auditoria clínica. Quem entrega? Local de | Identificar, avaliar criticamente e sintetizar estudos que tenham utilizado a classificação de Robson como um sistema para categorizar e analisar dados em ciclos de auditoria clínica, no intuito de | <p>A revisão sistemática incluiu 6 estudos, sendo 5 estudos prospectivos não controlados sobre antes e depois da intervenção e 1 estudo prospectivo de série interrompida. Em 1 dos estudos incluiu análise de 1720 nascimentos, outro artigo 900 nascimentos. O terceiro trabalho incluiu 4813 mulheres; quarto 2120 mulheres; quinto 15402 (não fala se são mulheres ou nascimentos) e o último 4946 nascimentos.</p> <p>Contexto: Auditoria e feedback é uma variação dos ciclos de auditoria clínica onde, após uma análise inicial, a ação chave é fornecer um retorno aos profissionais de saúde ou unidades de atendimento. A Classificação de Robson (CR) é um sistema que utiliza características obstétricas para classificar todas as mulheres admitidas para o parto em 10 categorias e tem ganhado aceitação em diferentes contextos. A OMS e a FIGO tem recomendado o seu uso como um padrão internacional de monitoramento e comparação das taxas de cesariana ao longo do tempo, dentro das instituições de saúde e entre localidades. Dessa forma, foram</p> | 8/11 | 0/7 | HI (6) UMI (1) Brasil (1), Chile (1), Itália (3) Suécia (1) | 7/7 | 2016 |

| | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------|---|--|--|--|--|
| | <p>entrega? Hospitais terciários ou de ensino; "birth centre" anexo a um serviço hospitalar. Para quem entrega? Gestores de serviço de saúde</p> | <p>reduzir as taxas de CS</p> | <p>incluídos estudos que incluíram a CR como um sistema de categorização e análise dos dados em ciclos de auditoria clínica, utilizados exclusivamente ou como parte de intervenções variadas para a redução das taxas de cesariana.</p> <p>Resultados (primários e secundários): Estudo realizado no Brasil que teve como estratégia a entrega e discussão mensal dos resultados dos nascimentos para o corpo clínico, com base na CR, teve como resultado após 10 meses de intervenção uma redução de 34,6 para 13,5% nas taxas de cesariana entre as mulheres dos grupos 1 e 2 de Robson. Na Suécia, a estratégia contempla nove itens de mudança cultural e organizacional. Foi implantado feedback das taxas monitoradas de cesariana para a equipe, introduzido uma obstetrix coordenadora para cada plantão, uso de classificação de risco com o modelo de cores, distribuição das mulheres baseadas na experiência do profissional (mulheres de menor risco para obstetrixes com menos experiência, ênfase no trabalho em equipe, monitoramento diário no período da manhã, utilizando um questionário curto em formato de checklist e discussão de casos ou auditoria, treinamento em monitoramento fetal, treinamento das habilidades obstétricas e promoção pública das práticas no serviço por meio de uma aula mensal para mulheres e parceiros. Todas essas etapas estavam permeadas pelo uso da CR. Como resultado, após a intervenção, as taxas de cesariana em mulheres do grupo 1 passaram de 10,1% em 2006 para 3,1% em 2015. No Chile, as equipes recebiam cartas mensais com o resultado das auditorias feita com base na CR e compareciam a encontros de equipe médica e de obstetrícia a cada três meses, onde os resultados eram discutidos. A equipe também</p> | | | | |
|--|--|-------------------------------|---|--|--|--|--|

era classificada por turno de plantão do pior para melhor de acordo com as taxas de cesariana nos grupos de interesse (1, 2,5 e 10). A taxa geral de cesariana foi de 36,8% na linha de base (3 meses em média), 26,5% durante a fase de intervenção (média de 9 meses) e 31,8% durante a fase pós-intervenção (média de 9 meses). Os autores relataram uma redução nas taxas de cesariana entre as fases um e dois em todos os grupos, com diferença significativa no grupo 1, 5 e 10. Uma reanálise dos dados publicados utilizando um modelo de regressão temporal em série não encontrou uma diferença significativa nas taxas de cesariana no período da intervenção. Outro trabalho avaliou a efetividade de uma intervenção multifacetada para a redução das taxas de cesariana nos grupos de 1 a 4, sem aumento na morbidade materna e neonatal. A CR foi usada para analisar os dados anteriores à intervenção e também como uma ferramenta para feedback diário e discussões com a equipe durante a fase de intervenção. Esta estratégia também incluiu componentes clínicos e não clínicos, como sensibilização e treinamento, auditoria clínica diária e feedback com o uso da CR para toda a equipe clínica, incluindo encontros semanais para discussão clínica e gerenciamento do trabalho de parto, uso de ultrassom intraparto para verificar a apresentação e posição fetal seguido de correção da apresentação quando necessário, classificação cuidadosa de CTG anormal, atenção ao bem estar psicológico materno, avaliação cuidadosa do diagnóstico de trabalho de parto e de fase latente prolongada, incluindo o uso do partograma, uso de epidural em mulheres que fazem essa solicitação com indicação médica. Os autores reportaram uma redução estatisticamente significativa nas taxas de cesariana nos grupos

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | <p>de Robson de 1 a 4 de 17,2% (linha de base), para 11% durante a intervenção e de 10,3% durante os seis meses de pós-intervenção. Quando analisados individualmente, a redução nas taxas apenas foi significativa no grupo 2 de Robson (52,7% para 36,4% e 39,4%). Não houve diferença estatisticamente significativa nos desfechos de Apgar menor que sete no quinto minuto ou taxa de parto instrumental. Um trabalho realizado em 7 maternidades da Itália utilizou a CR para classificar as cesarianas e promover auditoria e feedback para a equipe, também foi utilizado tutoria em duas maternidades e recomendações sobre estratégias para a condução do trabalho de parto. As taxas de cesariana passaram de 28,5% no período anterior a intervenção para 25% após a implementação. O último estudo descreveu o uso da CR para manter a meta das taxas de cesariana em um hospital de Roma. Os dados foram analisados em 2006 e em 2008 foi decidido que uma nova auditoria seria feita caso as taxas de cesariana crescessem acima dos 30% por três meses consecutivos. Houve um aumento nas taxas de cesariana para mais de 30% nos primeiros 5 meses de 2010 e houve uma auditoria nos grupos 1 e 2 que guiraram mudanças nas práticas. Foi identificada então uma redução nas taxas de cesariana (valor não descrito) e por fim uma manutenção nas taxas durante o ano de 2010 (30,5%). Uma comparação retrospectiva dos dados indicou um aumento nas taxas de cesariana no período entre 2001 e 2006 (27,5 a 31,1%), seguido de uma estabilização no segundo período (31,1 a 30,5%).</p> <p>Conclusão: Todos os estudos reportaram uma redução ou manutenção nas taxas de cesariana sem aumento concomitante da</p> | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|------------------------|--|------------------------|---|---|------|---------------|--|-------|------|
| | | | | <p>morbidade neonatal ou outro desfecho adverso.</p> <p>Benefícios: Redução ou manutenção das taxas de cesariana. O uso da CR também possibilita a categorização, análise e comparação dos dados em ciclos de auditoria clínica, de forma isolada ou em associação com outras intervenções.</p> <p>Incertezas – viés: A metodologia utilizada nos estudos não possibilita estabelecer uma relação de causalidade, dessa forma os resultados devem ser interpretados com cautela. Alguns estudos utilizaram também estratégias diversificadas e não foi possível medir o impacto de cada intervenção isoladamente. Em relação a metodologia, os desenhos de estudo escolhidos limitam não apenas a interpretação, mas também a aplicabilidade dos resultados</p> | | | | | |
| Chaillet; Dumont, 2007 | Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis | Pacote de intervenções | Os objetivos desta meta-análise foram, primeiro, avaliar a efetividade de das intervenções para reduzir a taxa de cesárea, em segundo lugar, determinar se uma identifica | <p>A revisão sistemática incluiu 10 estudos, sendo 5 ensaios clínicos randomizados, 5 séries temporais interrompidas. Participaram 776.909 mulheres, sendo 686.334 de ensaios controlados randomizados. 4/10 estudos tiveram como intervenção auditoria e feedback (segunda opinião obrigatória, revisão externa por pares, auditoria), 4/10 tiveram a melhoria da qualidade (manejo ativo do parto, cuidado contínuo de obstetrix, incentivo ao VBAC, uso rotineiro de monitoramento fetal eletrônico) e 2/10 envolveram estratégias multifacetadas (educação de médicos e do público, protocolos para manejo do parto com revisão por pares e feedback, reforma de más práticas e pagamento do hospital).</p> <p>Contexto: Intervenção de auditoria e feedback: estratégia baseada em uma segunda opinião obrigatória antes da cesariana e pós cesariana, e revisão dos registros de parto por</p> | 7/11 | Não informado | 8/10 estudos em países HI: EUA (6), Reino Unido (1), Austrália (1); 2/10 Taiwan (1); América do Sul (1) | 10/10 | 2005 |

ção de barreiras à mudança pode melhorar o efeito das intervenções e, terceiro, avaliar o impacto da redução da taxa de cesárea na mortalidade e morbidade materna e perinatal

auditores internos e externos; Intervenção de melhoria da qualidade: baseados na gestão ativa do trabalho de parto por meio de protocolos e na continuidade de cuidados de base na comunidade; Intervenção por estratégias multifacetadas: baseadas na educação aos profissionais sobre os benefícios maternos e fetais do parto vaginal; diretrizes práticas para a gestão do trabalho, com revisão por pares, e medidas corretivas quando as diretrizes não são seguidas.

Resultados: A meta-análise dos 10 estudos incluídos mostrou uma redução de 19% nas taxas de cesárea (RR 0,81; IC95% 0,75-0,87; I² 87,6%). Na análise de subgrupos, as estratégias multifacetadas apresentaram redução de 27% nas taxas de cesárea (RR 0,73; IC95% 0,68-0,79; I² 54,8%), seguidas por intervenção de melhoria de qualidade com redução de 26% (RR 0,74; IC95% 0,70-0,77; I² 0%) e por auditoria e feedback com redução de 13% (RR 0,87; IC95% 0,81-0,93; I² 81,7%). Estudos que incluíram identificação de barreiras (um estudo sobre auditoria/feedback, um sobre melhoria da qualidade e dois sobre estratégias multifacetadas) melhoraram a implementação das intervenções e reduziram as taxas de cesáreas em 26% (RR 0,74; IC95% 0,71-0,78; I² 46,3%). Estratégias multifacetadas foram eficazes e mostraram a redução mais forte da taxa de cesárea. A estratégia de auditoria e feedback deve ser incluída em um programa de mudança, visando diferentes barreiras e promovendo um feedback detalhado, para ser totalmente eficaz. Não foram observadas diferenças significativas para morte materna, taxa de natimortos e Apgar menor que 7 no primeiro minuto entre os grupos. Esses resultados parecem confirmar que as taxas de cesárea podem ser reduzidas com segurança.

Conclusão: A taxa de cesárea pode ser reduzida com segurança por intervenções que envolvem os profissionais de saúde na análise e modificação de sua prática. Estratégias multifacetadas, baseadas em auditoria e feedback, podem melhorar a prática clínica e reduzir efetivamente as taxas de cesariana. Além disso, essas descobertas apoiam a suposição de que a identificação de barreiras à mudança é uma das principais chaves para o sucesso.

Benefícios: Redução das taxas de cesárea
Danos potenciais: Risco de incontinência urinária é maior entre mulheres que tiveram partos vaginais do que entre mulheres que tiveram cesáreas, mas o risco de complicações em uma gravidez futura é maior entre mulheres que fizeram cesáreas.

Incertezas – viés: Intervenções de melhoria da qualidade têm eficácia altamente variável e são extremamente dependentes do contexto em que são usadas e da maneira como são implementadas. Muitos estudos incluídos foram publicados a partir de meados da década de 1990. Nos últimos anos, as práticas obstétricas podem ter mudado. Os achados desta revisão sobre a morbidade materna devem ser considerados com cautela.

Fonte: Elaboração própria.

NOTA:

Siglas do inglês: Países de baixa renda (*Low Income Countries - LIC*); média baixa renda (*Low Middle Income - LMI*); média alta renda, que inclui o Brasil (*Upper Middle Income - UMI*); e alta renda (*High Income - HI*). Classificação disponível em: <https://libraries.acm.org/binaries/content/assets/libraries/archive/world-bank-list-of-economies.pdf>.

Apêndice E – Revisões sistemáticas sobre a opção 2 – Preparar a mulher, durante o pré-natal, para o parto normal

| Autor | Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção de estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em países segundo renda | Proporção de estudo com foco no problema | Último ano da busca |
|------------------|---|---|---|---|--------|--|--|--|---------------------|
| Chen et al, 2018 | Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section | Intervenções não clínicas para redução das taxas de cesárea | Analisar a efetividade e a segurança de intervenções não clínicas adotadas por instituições no intuito de reduzir as taxas de cesarianas desnecessárias | <p>A revisão sistemática incluiu 29 estudos, sendo 4 ensaios clínicos controlados randomizados - ECR; 15 ensaios clínicos não controlados; 3 estudos antes e depois; 7 séries temporais características da população: 8 dos estudos incluíram apenas mulheres nulíparas, 5 gestantes com cesariana anterior e os outros 16 foram feitos com uma população mista de mulheres (nulíparas, múltíparas, mulheres com medo do parto, com alto nível de ansiedade, com cesárea anterior, casais e gestantes sem qualquer alteração clínica). Aqui estão extraídos os dados relativos à essa opção. As intervenções com enfoque nas mulheres ou familiares (15 estudos) incluíram educação pré-natal e suporte para gestantes, cursos de preparação para o parto, exercícios para o fortalecimento da musculatura pélvica, programas de relaxamento, terapia em grupo, intervenções psicossociais para casais e auxílio aos pacientes para tomada de decisão.</p> <p>Contexto: Razões clínicas, demográficas, socioeconômicas e aspectos dos serviços de saúde tem sido extensivamente estudadas e há um consenso crescente de que os fatores clínicos sozinhos não conseguem explicar o aumento observado nas taxas de cesárea. As taxas de cesariana poderiam ser reduzidas por</p> | 11/11 | As características e número de participantes não foram descritos em todos os estudos | <p>HI 20/29 UMI 9/29</p> <p>EUA (7); Canadá (2); Argentina/Brasil/Cuba/Guatemala/México (1 multicêntrico); Chile (1); Taiwan (2); Irã (6); Reino Unido (1); Austrália (2); Finlândia (3); China (2); (1) Portugal; Suécia (1)</p> | 29/29 | 2018 |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|---|--|------|-------|--|-------|------|
| | | | | <p>intervenções clínicas e também às relativas a políticas de saúde.</p> <p>Resultados: No grupo das intervenções com foco na família e nas mulheres, observou-se que houve uma redução nas taxas de cesariana com intervenções voltadas para ações educativas, de preparação para o parto e programas de suporte (workshops de preparação para o parto) com as gestantes (RR) 0,55; IC95% 0,33- 0,89), com os casais (RR) RR 0.59 (0.37 to 0.94); Programa de relaxamento aplicado por enfermeiras (RR 0,22; IC95% 0,11-0,43); Programas de terapia psicossocial com casais (RR 0,53; IC95% 0,32-0,90). Aconselhamento psicoeducativo (redução de cesárea: RR 0,70; IC (0.49 to 1.01), parto vaginal espontâneo: RR: 1.33 (1.11 to 1.61). Uma série de 1722 participantes mostrou que o cuidado colaborativo de obstetrix reduziu as taxas de cesárea em 7% no primeiro ano após a intervenção e, posteriormente, em 1,7% ao ano.</p> <p>Conclusão: Após analisar diferentes intervenções não clínicas para a redução das taxas de cesariana, foi encontrada relação com o uso de workshops de preparação para o parto, programas de relaxamento aplicados por enfermeiras, programas de prevenção psicossocial para casais, psicoeducação.</p> <p>Benefícios: redução das taxas de cesariana.</p> | | | | | |
| Hartmann et al., 2012 | Comparative Effectiveness Review No. 80. | Intervenções para redução das taxas de cesárea | Análise de evidências que abordam estratégias para reduzir a cesárea em mulheres de risco habitual. | <p>A revisão sistemática incluiu 97 ensaios clínicos randomizados com a seguinte distribuição de acordo com a abordagem: 9 estratégias usadas durante a gestação; 21 manejo do parto; 7 apoio psicossocial; 6 monitoramento fetal eletrônico; 8 amnioinfusão; 7 estratégias específicas; 33 em âmbito de sistemas; 18 eventos adversos.</p> <p>A população eram mulheres com gestação única, com pretensão de parto vaginal, a termo, posição cefálica, sem cesárea prévia.</p> <p>Contexto: O modelo teórico para definir as perguntas de pesquisa foi elaborado por meio de</p> | 9/11 | 97/97 | 71/97 estudos em países HI ; 1/97 estudos em países LMI ; 14/97 estudos em países UMI : Brasil (1), África do Sul (3), Tailândia (1), México (1), Croácia (1), América do Sul | 97/97 | 2012 |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|---|--|--|------|-------|--|-------|------|
| | | | | <p>consulta a literatura e a um grupo de especialistas e posteriormente submetido a consulta pública. Aqui estão extraídos os dados relativos à essa opção.</p> <p>Resultados: Estratégias durante a gestação: De 3 estudos sobre atenção de obstetrix no pré-natal e parto, um estudo apresentou efeito modesto da intervenção, com redução de 4,5% na taxa de cesárea. De 4 estudos sobre modelos de atenção pré-natal, dois mostraram redução de 4,5 e 11,1% nas cesáreas.</p> <p>Conclusão: Nenhuma estratégia única foi uniformemente bem-sucedida na redução de cesarianas. A força da evidência foi baixa a insuficiente para todas as estratégias. Benefícios: As evidências quando existentes apresentaram baixa força de recomendação.</p> <p>Danos potenciais: Não houve danos nas estratégias analisadas.</p> <p>Incertezas – viés: As deficiências foram mais frequentemente relacionadas tamanho dos estudos, risco elevado de viés, achados inconsistentes entre os estudos, variação no relato de indicações para cesárea.</p> | | | (1), Indonésia/Tailândia/Malásia (1), Malásia (1), Irã (1), Egito (1), Taiwan (1), Equador (1) 4/97 estudos em países LI . | | |
| Poyatos-León et al., 2015 | Effects of exercise during pregnancy on mode of delivery: a meta-analysis. | Pré-natal - Prática de atividade física | Determinar a influência de de exercícios físicos no tipo de parto (Vaginal, vaginal instrumental ou cesárea) | <p>A revisão sistemática incluiu 10 ensaios clínicos randomizados com gestantes de qualquer paridade, saudáveis, com baixo ou moderado nível de prática de atividade física; de risco habitual e de feto único. Um total de 3160 mulheres: 1576 no grupo intervenção e 1584 no grupo controle.</p> <p>Contexto: Todos os estudos avaliaram os efeitos de uma intervenção de exercício físico no tipo de parto. Alguns programas de exercícios foram realizados durante toda a gravidez e outros apenas a partir do segundo trimestre. A frequência das sessões foi de três vezes por semana, exceto em um estudo que foi quatro vezes por semana. A duração das sessões variou entre 35 e 60 min. Havia uma grande variedade no tipo de exercícios,</p> | 9/11 | 10/10 | 9/10 estudos em países HI : Espanha (7), Noruega (1), EUA (1); 1/10 estudos em país UMI : Brasil (1) | 10/10 | 2013 |

que incluía exercícios aeróbicos, exercícios de resistência, tonificação, flexibilidade e força e exercícios de força com músculos do trabalho de parto e do assoalho pélvico no último trimestre da gravidez. Os níveis de intensidade dos exercícios foram categorizados como muito leve, leve, leve a moderado e moderado. Todos os programas foram supervisionados. Em todos os estudos, as mulheres do grupo controle receberam o pré-natal habitual. Apenas um ECR relatou perda de uma participante em seus resultados.

Resultados: Todos os ECR mediram o resultado do parto vaginal (7 estudos), vaginal instrumental (6 estudos) e cesárea (10 estudos). A meta-análise do conjunto de estudos mostrou resultados favoráveis, embora pequenos, no grupo intervenção apenas em relação ao parto normal (RR 1,12; IC95% 1,01-1,24; I2 56%). De acordo com a análise do subgrupo, observou-se taxa maior de parto normal e menor de cesariana no grupo intervenção quando o exercício foi realizado durante o segundo (RR 1,14; IC95% 1,01–1,32) e terceiro trimestres (RR 0,66; IC95% 0,46–0,96). O exercício físico durante a gravidez aumenta a probabilidade de parto normal provavelmente devido a uma melhora na função cardiovascular materna e/ou um ganho de peso limitado na gravidez. A melhora na condição aeróbica durante a gravidez pode contribuir para que as mulheres mantenham de forma mais eficaz o esforço necessário durante o parto, particularmente durante o segundo estágio do parto. Além disso, os efeitos benéficos do exercício físico regular sobre a placenta podem contribuir para um resultado melhor no rastreamento de frequência cardíaca fetal, que é uma das razões mais importantes para interromper um parto normal.

Conclusão: Deve-se encorajar gestantes saudáveis a seguir uma rotina de exercícios de intensidade moderada. Para os casos estudados,

| | | | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------------------|---|---|---|------|-------|----------------|-------|------|
| | | | | <p>programas de exercícios físicos são uma estratégia segura para aumentar as chances de um parto normal.</p> <p>Benefícios: Houve queda na taxa de cesariana, aumento da taxa de parto vaginal, ganho de peso materno adequado para o estado gestacional, melhora no potencial físico materno.</p> <p>Danos potenciais: Entre os motivos de desistência dos programas, foram encontradas dificuldades logísticas, como conflitos de horários, horários de trabalho e problemas de transporte.</p> <p>Incertezas – viés: Houve grande amplitude na variação das taxas de cesárea, que foi atribuída ao fato de ter sido incluído dois estudos realizados em países com altas taxas de cesárea (Brasil e EUA). Outra questão relatada foi que as participantes dos estudos, no grupo intervenção foram voluntárias. Os estudos incluídos na meta-análise apresentaram algumas limitações. Houve estudos com dificuldades metodológicas em realizar o cegamento da intervenção. Os programas de atividade física eram heterogêneos em relação ao tipo, duração e nível de intensidade dos exercícios. Nenhum dos estudos avaliou a atividade física diária das mulheres fora dos programas. As mulheres grávidas que participaram desses estudos eram voluntárias, então elas podem ter mantido níveis mais elevados de adesão do que a população geral de mulheres grávidas. A intervenção mostrou-se relativamente segura porque os ECR relataram apenas 29 casos de ameaça e de parto pré-termo no grupo de intervenção e 26 no grupo controle.</p> | | | | | |
| Domenjo; Kayser; Boulva | Effect of physical activity during | Pré-natal - Prática de atividade física | Avaliar o efeito de programas estruturados de | A revisão sistemática incluiu 16 ensaios clínicos controlados randomizados, com mulheres de qualquer idade, paridade e índice de massa corporal (IMC) com gestação única e nenhuma das contraindicações obstétricas absolutas ao exercício, de acordo com o Colégio Americano de | 8/11 | 15/16 | Não disponível | 16/16 | 2013 |

| | | | | | | | | |
|-------------|-------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|
| in, 2014 | pregnancy on mode of delivery | exercícios físicos durante a gravidez sobre o trabalho de parto e parto | <p>Obstetras e Ginecologistas (ACOG). Três estudos incluíram apenas primíparas, em 4 estudos as mulheres tinham sobrepeso ou obesidade, e um incluiu apenas mulheres com diabetes gestacional. Total de 3.359 mulheres participaram.</p> <p>Contexto: A maioria dos estudos incluiu mulheres com baixos níveis de exercício habitual. Foram considerados exercícios de resistência ou exercício aeróbico; sendo que a maior parte dos estudos escolheu exercícios mistos; mínimo de 1 sessão por semana, com duração entre 30 e 60 minutos, supervisionada por fisioterapeuta ou especialista em fitness. Estudos com uma intervenção limitada a exercícios do assoalho pélvico, alongamento ou relaxamento foram excluídos.</p> <p>Resultados: O grupo de exercício apresentou um risco de cirurgia cesariana significativamente menor (RR 0,85; IC95% 0,73-0,99; I² 0%) em comparação com o grupo controle. Houve 14,2% cesariana no grupo de exercício e 17,8% no grupo controle. 8 estudos, com 2.083 mulheres reportaram desfechos de parto instrumental, que não apresentou diferenças nos resultados de acordo com a intervenção. As mulheres dos grupos de exercício tiveram ganho de peso significativamente menor do que nos grupos controle (diferença média 1,13 kg; IC95% 1,49 a 7,78). O peso ao nascer foi ligeiramente menor nos grupos de exercício, mas não foi estatisticamente significativa.</p> <p>Conclusão: Programas estruturados de exercícios aeróbicos ou de resistência durante a gravidez diminuem em 15% o risco de cesariana e reduzem o ganho de peso materno em 1 kg em média.</p> <p>Benefícios: Redução de 15% do risco de cesariana e diminuição do ganho médio de peso durante a gestação em 1 kg. Toda mulher sem complicações na gravidez pode se beneficiar da atividade física, mesmo em quantidades modestas,</p> | | | | | |
|-------------|-------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|--|------|--|---|-----|------|
| | | | | independentemente do seu peso, aptidão anterior ou paridade. Incertezas – viés: A maioria dos estudos incluídos tiveram amostras pequenas e a capacidade individual dos estudos para indicar diferença no risco de cirurgia cesariana foi limitado, corrigido pela meta-análise. | | | | | |
| Ruiz-Mirazo, Lopez-Yarto; McDonal, 2012 | Group prenatal care versus individual prenatal care: a systematic review and meta-analyses | Pré natal - consultas em grupo | Comparar os efeitos do pré-natal em grupo (PNG) e do pré-natal individual (PNI) nos desfechos de parto prematuro (< 37 semanas) e baixo peso ao nascer (< 2500g), além de outros desfechos de saúde materna e da criança, incluindo a redução das taxas de cesárea | A revisão sistemática incluiu 8 estudos, 3 ensaios clínicos randomizados (1903 mulheres) e 5 coortes (1106 mulheres). A maioria das mulheres pertenciam a grupos minoritários com alta vulnerabilidade, como adolescentes e mulheres de baixo nível socioeconômico. A intervenção era o pré-natal em grupo, comparado com o modelo de pré-natal individual (consistia de 12 visitas com duração de 10 a 15 minutos, e com início em torno de 8 a 10 semanas de gestação e o cuidado era oferecido por obstetras ou obstetras). Contexto: O modelo de cuidado PNG parece oferecer uma nova maneira de interação entre as participantes. Resultados: Apenas um estudo analisou o desfecho sobre o parto, demonstrando redução da taxa de cesárea (RR 0,80; IC95% 0,67-0,93). Em relação aos outros desfechos dos ensaios clínicos randomizados, mulheres alocadas no PNG tiveram uma redução significativa na prevalência de parto prematuro. Os bebês dessas mulheres apresentaram um maior peso ao nascimento, melhores taxas de aleitamento materno e duração da amamentação. As mulheres alocadas no PNG apresentaram um maior conhecimento e grau de satisfação com o cuidado. Não houve diferença no baixo peso ao nascer, taxa de morte perinatal, óbito fetal, restrição de crescimento intrauterino, Apgar, admissão ou custos. Nos estudos de coorte, a prevalência de prematuridade foi similar entre as mulheres que escolheram o cuidado PNG em comparação com o pré-natal tradicional. O risco de baixo peso ao nascer foi menor no pré- | 8/11 | Dos 8 artigos, apenas três relatam ter excluído gestantes de alto risco, pela tabela não é possível saber se no restante dos trabalhos foram incluídas mulheres de alto risco ou não | 7/8 (EUA); 1/8 (Irã) HI: 7 UMI: | 1/8 | 2011 |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|---|------|-------|---|------|------|
| | | | | <p>natal em grupo (3 estudos), entretanto a diferença não foi estatisticamente significativa no único estudo classificado como de qualidade moderada. Em relação a prevalência de morte perinatal, extremo baixo peso, restrição de crescimento intrauterino, peso ao nascer, cesariana, amamentação não foram encontradas diferenças significativas, porém as mulheres que escolheram o PNG tiveram uma maior satisfação com o cuidado.</p> <p>Benefícios: Maior satisfação no cuidado, maior conhecimento das mulheres, menor taxa de cesariana e aumento nas taxas de aleitamento, bem como duração.</p> <p>Danos potenciais: Parece impraticável reagendar sessões de grupo perdidas, no entanto, os dados não estão disponíveis.</p> <p>Custo efetividade: Nos ECR não houve diferença em relação aos custos do cuidado pré-natal.</p> <p>Incertezas – viés: No Irã, atividades de grupo pré-natal não são fornecidas durante o pré-natal tradicional. Dessa forma, os benefícios obtidos no pré-natal em grupo poderiam ter sido alcançados no cuidado tradicional caso essas atividades estivessem incluídas. Poucos estudos analisaram o mesmo desfecho e a qualidade no geral foi baixa. A maioria dos estudos não avaliou a frequência às atividades educativas das mulheres que receberam a educação individual.</p> | | | | | |
| Jorge, Santos - Rocha, Bento, 2015 | Can group exercis e progra ms impro ve health outco | Pré-natal - Prática de atividade física | Avaliar as evidências sobre o conteúdo e a eficácia dos programas de exercícios | A revisão sistemática incluiu 17 ensaios clínicos randomizados com 2.569 gestantes adultas de risco habitual e IMC normal. Contexto: Programas de exercício físico: Os grupos tiveram em média de 70-75 a 80-85 sessões, com 8 a 15 mulheres. Os encontros variaram de 1 a 4 sessões por semana, de 35-45 min a 45-60 min de duração. A maioria das intervenções seguiu as recomendações para exercícios durante a gestação (do ACOG de 2002), com intensidade moderada. | 6/11 | 17/17 | 16/17 estudos em países HI: EUA (1), Espanha (8), Noruega (7); 1/17 estudos em países UMI: Brasil (1) | 7/17 | 2014 |

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|--|
| <p>mes in pregnant women? A systematic review</p> | <p>físicos em grupo para melhorar os resultados de saúde das mulheres durante a gravidez e dos recém-nascidos.</p> | <p>Os programas abrangeram: aquecimento (caminhada e alongamento estático); 30-35 min de aeróbica de baixo impacto, ou exercício aquático, ou caminhada, ou circuito de treinamento; 10-25 minutos de treinamento de força, incluindo treinamento muscular do assoalho pélvico; resfriamento (alongamento e relaxamento) ou finalização com exercícios de equilíbrio e estabilização. Outras intervenções consistiram em um programa de treinamento supervisionado focado em exercícios de resistência muito leve e tonificação. Uma intervenção foi caracterizada como aulas de fitness, incluindo treinamento muscular do assoalho pélvico uma vez por semana, os participantes foram encorajados a seguir um programa de exercícios em casa de 45 min por pelo menos duas vezes por semana (atividade aeróbia 30 min e exercícios de força e equilíbrio de 15 min). Os grupos de exercícios de duas vezes por semana foram encorajados a realizar mais 30 min de atividade física diária auto-imposta durante 12 semanas. Um grupo de exercícios de três vezes por semana foi encorajados a realizar uma quarta sessão de caminhada individual.</p> <p>Resultados: Nos grupos intervenção constatou-se: melhora na percepção materna do estado de saúde e no ganho de peso; melhora na aptidão aeróbica e a força muscular; bebês de tamanho semelhantes aos do grupo controle, mas menores números de partos cesáreos; recuperação mais rápida no pós-parto, relacionado à menor incidência de cesárea; o estado geral de saúde do recém-nascido, assim como outros resultados da gravidez, não foi afetado; menor frequência de incontinência urinária; melhora nos níveis de tolerância à glicose materna; mulheres nulíparas, no grupo de intervenção tiveram um segundo estágio ativo de trabalho de parto significativamente mais longo em comparação com o grupo controle; mais mulheres grávidas no</p> | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|--|

grupo de controle que ganharam mais peso durante a gravidez; não houve relatos de hipertensão gestacional e nenhuma lesão relacionada ao regime de exercícios; houve menores taxas de partos cesárea e instrumental no grupo de exercício e maior índice de Apgar do recém-nascido (1 min). Tanto os grupos intervenção quanto os controles tiveram uma pequena redução significativa no consumo de oxigênio entre o período basal e pós-intervenção; não houveram diferenças significativas entre os grupos de mulheres que relataram dores lombopélvicas no terceiro trimestre, mas a proporção de mulheres em licença médica devido a essas dores foi menor no grupo de intervenção.

Conclusão: Os profissionais de exercícios e de saúde devem aconselhar as gestantes que o treinamento aeróbico em grupo durante a gravidez melhora uma ampla gama de resultados de saúde para as mulheres e para o recém-nascido.

Benefícios: Melhora dos desfechos materno-infantis.

Incertezas – viés: Apesar da amostra grande, foram poucos estudos que mostraram pouca consistência nos métodos utilizados para avaliar as variáveis de desfecho, duração da intervenção, controle de intensidade e resultados estatísticos. Nenhum estudo procedeu à avaliação dos níveis anteriores de atividade física. Não traz dados estatísticos e dos 8 estudos que avaliaram via de nascimento, apenas dois encontraram diminuição na cesariana, mas não sabemos quanto foi a redução e em apenas um o autor diz que foi significativo.

Fonte: Elaboração própria.

NOTA:

Siglas do inglês: Países de baixa renda (*Low Income Countries - LI*); média baixa renda (*Low Middle Income - LMI*); média alta renda, que inclui o Brasil (*Upper Middle Income - UMI*); e alta renda (*High Income - HI*). Classificação disponível em: <https://libraries.acm.org/binaries/content/assets/libraries/archive/world-bank-list-of-economies.pdf>.

Apêndice F – Revisões sistemáticas sobre a opção 3 – Fornecer apoio contínuo às mulheres durante o trabalho de parto e parto

| Autor | Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção de estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em países segundo renda | Proporção de estudo com foco no problema | Último ano da busca |
|---------------------|---|---|--|---|--------|---|---|--|---------------------|
| Bohren et al., 2017 | Continuus support for women during childbirth | Apoio contínuo durante o parto e nascimento | Avaliar os efeitos do apoio contínuo individual durante o período intraparto comparado à assistência habitual. | <p>A revisão sistemática incluiu 26 ensaios clínicos randomizados, com 15.858 participantes.</p> <p>Contexto: Nesta revisão foi definido como apoio contínuo, uma combinação de medidas de conforto, apoio emocional, fornecimento de informações e defesa da mulher, desde o trabalho de parto (antes da dilatação de 6 cm pelo menos) ou dentro de uma hora de internação hospitalar (em admissões com dilatação maior ou igual a 6 cm), até pelo menos o nascimento, e fornecida por uma pessoa cuja única responsabilidade foi prestar apoio à mulher, o mais continuamente possível sem interrupção.</p> <p>Resultados: Mulheres com apoio contínuo tiveram maior probabilidade de parto vaginal espontâneo (RR 1,08; IC95% 1,04 a 1,12; I² 61%; 21 ensaios, 14.369 mulheres; evidência de baixa qualidade); menor probabilidade de experiência de parto negativa (RR 0,69; IC95% 0,59 a 0,79; I² 63%; 11 estudos, 11.133 mulheres; baixa qualidade); menor probabilidade de usar qualquer analgesia intraparto (RR 0,90; IC95% 0,84 a 0,96; I² 73%; 15 ensaios, 12.433 mulheres); menor tempo de trabalho de parto (DM - Diferença de média -0,69 horas, IC95% -1,04 a -0,34; I² 66%; 13 estudos, 5429 mulheres; evidências de baixa qualidade); menor probabilidade de cesariana (RR 0,75; IC95% 0,64 a 0,88; I² 58%, 24 ensaios, 15.347 mulheres; evidências de baixa qualidade); menor probabilidade de parto vaginal instrumental (RR 0,90; IC95% 0,85 a 0,96; I² 25%; 19 ensaios, 14.118 mulheres), menor probabilidade de analgesia regional (RR 0,93; IC95% 0,88 a 0,99; I² 81%; 9 estudos, 11.444 mulheres), menor probabilidade de bebê com Apgar</p> | 11/11 | 26/26 | <p>16/26 estudos em países HI: Austrália (1), Bélgica (1), Canadá (3), Chile (1), EUA (6), Finlândia (2), França (1), Grécia (1); 9/26 estudos em países UMI: África do Sul (1), Botsuana (1), Brasil (1), Irã (3), México (1), Tailândia (1), Turquia(1); 2/26 estudos em países LMI: Guatemala (1), Nigéria (1).</p> | 24/26 | 2017 |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|--|---|---|------|-----|---|-----|--------------|
| | | | | <p>baixo aos cinco minutos (RR 0,62; IC 95% 0,46 a 0,85; I² 17%; 14 ensaios, 12.615 mulheres). As análises sugeriram que o apoio contínuo foi mais eficaz na redução de cesárea quando fornecido por uma doula e em contextos nos quais a analgesia peridural não estava rotineiramente disponível. Países de alta renda em comparação com os de média renda, mostraram que o apoio contínuo oferece benefícios semelhantes para o binômio na maioria dos desfechos, com exceção da cesárea, que tiveram ainda maior redução na cesariana.</p> <p>Conclusão: O apoio contínuo um para um durante o trabalho de parto pode melhorar os resultados para mulheres e bebês, como aumento do parto vaginal espontâneo, menor duração do trabalho de parto, diminuição de cesárea, de parto vaginal instrumental, de uso de analgesias, maiores escores de Apgar de cinco minutos e melhores sentimentos sobre experiências de parto.</p> <p>Benefícios: Menores chances de intervenções clínicas (cesárea, parto vaginal instrumental, analgesia) melhores resultados neonatais e satisfação materna.</p> <p>Incertezas – viés: A qualidade das evidências foi baixa por falta de cegamento nos estudos primários e limitações nos desenhos dos estudos, inconsistência ou imprecisão das estimativas de efeito.</p> | | | | | |
| Fortier; Godwin, 2015 | Doula support compared with standard care: Meta-analysis of the effects on the rate of medical interventions during | Apoio contínuo, oferecido por doulas treinadas, a mulheres de risco habitual | Avaliar o efeito do suporte proporcionado por doulas nas taxas de intervenções clínicas (via de parto, uso de epidural e ocitocina) durante o trabalho de parto, em mulheres de | <p>A revisão sistemática incluiu 5 ensaios clínicos controlados randomizados, com 2019 gestantes de risco habitual. Do total de estudos, 4 incluíram apenas mulheres nulíparas. Como intervenção foi oferecido um suporte contínuo por doula.</p> <p>Contexto: Doulas são profissionais treinadas para oferecer suporte emocional e físico para mulheres e suas parcerias durante a gestação, nascimento e puerpério, incluindo suporte contínuo ao longo do trabalho de parto e parto.</p> <p>Resultados: A presença da doula reduziu significativamente as taxas de cesariana (OR 0,68; IC95% 0,47 a 0,99; I² 58%) e taxa de parto vaginal instrumental (OR 0,54; IC95% 0,35 a 0,92; I² 53%). Outros desfechos como epidural e uso de ocitocina não tiveram diferença</p> | 9/11 | 5/5 | 4/5 HI ; 1/5 UMI Canadá (1); EUA (3); México (1) | 5/5 | Não relatado |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|---|--|--|------|----------------------------|--|-------|--------------|
| | labour for low-risk women delivering at term | | risco habitual, a termo, e que pretendiam ter um parto vaginal. | <p>estatisticamente significativa. Para os resultados das metanálises foram utilizados 5 estudos para redução das taxas de cesárea (1014 mulheres assistidas por doula e 994 no cuidado habitual), e 4 para a redução do parto vaginal instrumental (789 mulheres assistidas por doula e 798 no cuidado habitual).</p> <p>Conclusão: A presença de doula treinada reduz a probabilidade de cesariana e parto vaginal instrumental em comparação com mulher recebendo cuidado materno padrão e não tem efeito no uso de anestesia epidural ou condução com ocitocina.</p> <p>Benefícios: redução de cesariana e parto vaginal instrumental</p> <p>Incertezas – viés: Os estudos apresentam heterogeneidade em relação às parturientes e aos cuidados fornecidos pelas doulas, bem como sua formação (treinamento de 3 semanas, treinamento na comunidade com atendimento a pelo menos 2 partos, outros treinamentos). Devido ao número reduzido de estudos não foi possível analisar o efeito do tipo de formação das doulas nos desfechos, mas os autores apresentam a hipótese de que doulas com formação em enfermagem ou obstetrícia percebem e discutem as intervenções de uma forma diferente com as mulheres.</p> | | | | | |
| Scott; Berkowitz Klaus, 1999 | A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis | Apoio contínuo ou intermitente, oferecido por uma doula, a gestantes saudáveis no contexto hospitalar | Contrastar a influência do apoio intermitente e contínuo fornecido por doulas durante o trabalho de parto e parto em 5 desfechos de nascimento | A revisão sistemática incluiu 11 ensaios clínicos controlados randomizados, 5 sobre apoio contínuo envolvendo 1809 mulheres e 6 sobre apoio intermitente, envolvendo 2582 mulheres, que apresentavam boa saúde física, no termo ou próximo ao termo. Entre os estudos que avaliaram o suporte contínuo, 3 eram com mulheres primigestas e 2 com nulíparas. Nos cuidados intermitente, 3 eram com mulheres primíparas, 1 com nulíparas e 2 não informaram. A intervenção era o apoio contínuo ou intermitente oferecido por uma doula, em comparação com a ausência do cuidado. Nos estudos sobre apoio contínuo as doulas eram mulheres leigas em quatro estudos e parteiras em um estudo. Nos estudos sobre apoio intermitente em cinco deles as doulas eram obstetristas ou estudantes de obstetrícia, e em seis deles as doulas eram leigas. | 6/11 | 11/11 (mulheres saudáveis) | HI (8); LMI (2); UMI (1) Finlândia (2); Canadá (1); África do Sul (1); EUA (2); Guatemala (2); Bélgica (1); França (1); Grécia (1) | 10/11 | Não relatado |

Contexto: A doula, palavra grega que significa "uma mulher que cuida de outra mulher" refere-se a uma acompanhante do trabalho de parto com experiência, que fornece à mulher e seu acompanhante um apoio emocional e físico (não clínico), ao longo do trabalho de parto e nascimento.

Resultados: Na análise do conjunto de 11 ensaios, a presença da doula, independente da duração do apoio (contínuo ou intermitente) reduziu significativamente a probabilidade de analgesia (20%), uso de ocitocina (16%), fórceps (44%), cesariana (47%) e duração do trabalho do parto (diminuição de 44%). A análise dos estudos de apoio intermitente de doulas não mostrou diferença estatisticamente significativa para os cinco desfechos analisados. Entretanto, a análise dos estudos sobre apoio contínuo dessa profissional, em comparação com a ausência de apoio, reduziu a probabilidade de uso de analgesia, ocitocina, fórceps e cesárea em, respectivamente 36%, 71%, 57%, e 51%.

Conclusão: A meta-análise demonstrou que o cuidado contínuo fornecido por uma doula parece ter um efeito benéfico maior que o apoio intermitente.

Benefícios: O apoio contínuo de doulas a mulheres com baixo risco obstétrico resultou em menores taxas de analgesia, ocitocina, fórceps, cesárea, e menor duração do trabalho de parto.

Custo-efetividade: A presença de uma acompanhante leiga do sexo feminino durante o trabalho de parto pode ter um impacto positivo nos desfechos sociais e de saúde, além de ter o potencial de reduzir os custos hospitalares.

Incertezas – viés: Os resultados dos estudos originais e das meta-análises podem ter subestimado ou diluído os efeitos positivos do suporte fornecido pelas doulas por não terem exigido a sua presença de forma contínua, ou por terem combinado os resultados de suporte contínuo com intermitente. O nível de treinamento das doulas nos dois grupos era diferente. No grupo de apoio contínuo o cuidado foi exercido por mulheres leigas, enquanto que no intermitente as doulas eram obstetrias experientes ou estudantes de obstetria. Para essas profissionais

| | | | | | | | | | |
|--------------------|--|--|--|---|------|-----|---|-----|------|
| | | | | com formação em obstetrícia ou em processo de formação era permitido sair do ambiente de parto para atender outras mulheres, e se sentiam desvalorizadas por estarem prestando esse cuidado e achavam que a sua presença não era necessária. Dessa forma, o cuidado no grupo contínuo pode ter sido mais benéfico porque essas doulas tinham mais interesse na tarefa, menores distrações e achavam que esse apoio valia a pena. | | | | | |
| Zhang et al., 1996 | Continuos labor support from labor attendant for primiparas women: a meta-analysis | Apoio contínuo ou intermitente durante o trabalho de parto e parto, oferecido por doulas ou doulas em conjunto com companheiro | Avaliar a literatura disponível sobre os efeitos do apoio contínuo ao parto em mulheres primíparas | <p>A revisão sistemática incluiu 5 ensaios clínicos randomizados, sendo que 4 foram incluídos na meta-análise e 1 excluído por heterogeneidade. As participantes dos 4 estudos eram primíparas jovens (média 20 anos de idade), de baixa renda, sem complicações pré-natais, que deram à luz em uma unidade que não permitiam acompanhantes. E 1 estudo contou com mulheres com média de 30 anos de idade, classe média, casadas, primíparas, que deram a luz em quartos individuais, com acompanhante. O número de participantes foi 553 no grupo intervenção e 699 no grupo controle.</p> <p>Contexto: Nas últimas décadas, em alguns locais do mundo, um novo tipo de profissional tem emergido, com o objetivo de prestar apoio contínuo a mulheres durante o trabalho de parto, parto e puerpério, as doulas.</p> <p>Resultados (primários e secundários): Mulheres que receberam apoio de doula tiveram 2,8 horas a menos em trabalho de parto do que as mulheres no grupo controle (IC95% 2,2-3,4); menor frequência de uso de ocitocina (RR 0,44; IC95% 0,3-0,6), foram duas vezes mais propensas a ter um parto vaginal espontâneo (RR 2,01, IC95% 1,5-2,7), com 50% menos probabilidade de uso de fórceps (RR 0,46; IC95% 0,3-0,7) ou cesariana (RR 0,54; IC95% 0,4-0,7).</p> <p>O uso de analgesia foi 20% menor no grupo que teve apoio no estudo não incluído na meta-análise. Nenhuma diferença substancial foi observada no uso de analgesia nos demais estudos.</p> <p>Conclusão: Esta revisão sugere que em jovens, de baixa renda, primíparas, o apoio durante o trabalho de parto reduz o tempo de trabalho de parto, o uso de ocitocina,</p> | 2/11 | 5/5 | 2/5 estudos em países HI : EUA (1), Canadá (1); 1/5 estudos em países UMI : África do Sul (1); 2/5 estudos em países LMI : Guatemala (2) | 5/5 | 1995 |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | <p>a necessidade de analgesia e cesárea. O suporte parece também ter efeitos até ao período pós-parto, em com relação a melhoria da ligação afetiva e amamentação. Foi encontrado também maior grau de satisfação e menor cansaço.</p> <p>Benefícios: Redução na duração do trabalho de parto, no uso de ocitocina, de analgesia e cirurgia cesariana.</p> <p>Danos potenciais: Não relatado.</p> <p>Incertezas – viés: Com relação à experiência das doulas houve uma variabilidade nos estudos desde "bem treinado e experiente" até "não ter treinamento algum". Algumas variáveis de desfecho nesses estudos podem ter relação com o modelo de cuidado e a tecnologia disponível em nível regional, uma vez que quanto mais intervenções clínicas são implementadas, ocorre menor efeito do apoio do acompanhante. Cada estudo incluído usou um critério de inclusão diferente para a dilatação cervical na admissão, que pode ter interferido nos resultados finais. Inconsistência nos resultados também pode ser devido à baixa qualidade metodológica dos ensaios que não eram duplo-cegos.</p> | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fonte: Elaboração própria.

NOTA:

Siglas do inglês: Países de baixa renda (*Low Income Countries - LI*); média baixa renda (*Low Middle Income - LMI*); média alta renda, que inclui o Brasil (*Upper Middle Income - UMI*); e alta renda (*High Income - HI*). Classificação disponível em: <https://libraries.acm.org/binaries/content/assets/libraries/archive/world-bank-list-of-economies.pdf>.

Apêndice G – Revisões sistemáticas sobre a opção 4 – Estruturar e facilitar o acesso a diferentes ambientes para o parto

| Autor | Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção de estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em países segundo renda | Proporção de estudo com foco no problema | Último ano da busca |
|--------------------|--|---------------------|--|---|--------|---|---|--|---------------------|
| Scarf et al., 2018 | Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. | Local de nascimento | Comparar os desfechos maternos e perinatais de diferentes locais de nascimento (parto em casa, em Centro de parto (Centro de parto normal ou casa de parto) e em hospital) | Foram incluídos 28 artigos (25 entraram para a meta-análise), sendo 20 coortes, dois ensaios clínicos randomizados, 1 estudo descritivo comparativo, três caso-controle e um populacional retrospectivo. As participantes eram gestantes de risco habitual, classificadas pelo pesquisador por meio de critérios consistentes e claros, e que deram à luz em países de alta renda. A amostra total incluiu 3.238.784 participantes. Contexto: As mulheres estão, cada vez mais, procurando por opções de local de parto que não se resumam ao ambiente hospitalar. Apesar disso, os resultados das pesquisas são bastante variáveis em relação aos desfechos em diferentes locais de nascimento. Dessa forma, há um interesse cada vez maior em evidências científicas confiáveis que comparem os resultados maternos e neonatais em diferentes cenários de parto, especialmente para informar profissionais de saúde, tomadores de decisão, gestantes e suas famílias. Resultados: Nos desfechos maternos, analisando a via de parto, mulheres que planejaram um parto domiciliar tiveram aproximadamente três vezes mais chances de parto normal não instrumental do que mulheres que escolheram parir em um hospital. A probabilidade foi maior quando se restringiu a análise a estudos de maior qualidade e que utilizavam uma definição mais específica de parto vaginal não instrumental sem indução do trabalho de parto, anestesia epidural, espinal e geral. Mulheres que planejaram parto domiciliar tiveram chances significativamente menores de cesariana ou parto instrumental (aproximadamente um terço das que planejaram parto hospitalar), independente da qualidade | 10/11 | 28/28 | 28 HI: 5 Austrália 5 Holanda 3 Reino Unido 4 Nova Zelândia 2 EUA 1 Japão 3 Noruega 1 França 1 Islândia 2 Dinamarca 1 Eslovênia | 13/28 | 2017 |

do estudo. Mulheres que planejaram parir em um centro de parto (centro de parto normal ou casa de parto) tiveram quase duas vezes mais chance de parto vaginal do que mulheres que escolheram o hospital, com chances maiores em estudos de maior qualidade e em partos em casa de parto. Análise de sensibilidade encontrou que mulheres planejando partos em centro de parto (centro de parto normal ou casa de parto) tiveram uma chance significativamente maior de parto vaginal sem intervenção. A probabilidade de parto normal instrumental e cesariana também foi significativamente menor para mulheres que planejaram receber assistência nesses ambientes, independente do tipo de unidade ou qualidade do estudo. Apenas dois estudos avaliaram como desfecho o períneo íntegro para mulheres que haviam planejado um parto domiciliar e nesses estudos a chance foi significativamente maior nesse ambiente. Seis estudos avaliaram esse desfecho em centro de parto (centro de parto normal ou casa de parto) e não houve diferença quando comparado com parto hospitalar, independente da qualidade do estudo. A probabilidade de trauma perineal severo foi significativamente menor em partos domiciliares planejados, independente da qualidade do estudo e entre estudos de alta qualidade com mulheres que escolheram parir em um Centro de parto (centro de parto normal ou casa de parto). A probabilidade de hemorragia pós-parto grave ($\geq 1000\text{mL}$) foi significativamente menor em mulheres que planejaram um parto domiciliar e não houve diferença nos nascimentos em Centro de parto (centro de parto normal ou casa de parto), independente do tipo de unidade ou qualidade do estudo.

Conclusão: Mulheres que planejaram parir em um Centro de parto (centro de parto normal ou casa de parto) ou domicílio tiveram chances significativamente menores de intervenção e morbidade severa no momento do parto e nascimento.

Benefícios: Menores chances de cesariana e parto normal instrumental (domicílio e centro de parto (centro de parto normal ou casa de parto), admissão à unidade neonatal (parto domiciliar), menor trauma perineal

| | | | | | | | | | |
|-------------|--|---------------------|---|---|------|-----|---|-----|------|
| | | | | <p>(Centro de parto (centro de parto normal ou casa de parto e domicílio) e períneo íntegro (domicílio). Incertezas – viés: As meta-análises desenvolvidas apresentaram alta heterogeneidade, e isso se deve às diferenças de tamanhos de amostra, diferentes desfechos dos estudos individuais, tipo de estudos, desenhos observacionais diversos. Outro ponto importante a destacar é que a busca foi realizada somente em inglês, em países de alta renda, e com contextos variados em relação aos sistemas de saúde, o que sugere cautela na hora de generalizar os resultados.</p> | | | | | |
| Rossi, 2018 | Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis | Local de Nascimento | Comparar os desfechos em partos domiciliares e hospitalares planejados assistidos por obstetizes. | <p>A revisão sistemática incluiu 8 estudos, sendo 4 trabalhos prospectivos e 4 retrospectivos. Do total de participantes, 32,6% (14.637) pertenciam a estudos relativos a partos domiciliares planejados e 67,4% (30.177) a nascimentos hospitalares planejados. A amostra final abrangeu então um total de 44.814 mulheres.</p> <p>Contexto: A análise foi realizada com base na intenção do local de parto, mais do que no local de parto efetivamente.</p> <p>Resultados: A chance de parto espontâneo foi 2 vezes maior em mulheres que planejaram parto domiciliar. Além disso, houve também menores intervenções clínicas, como analgesia epidural (0,3 vezes), episiotomia (0,6 vezes) e monitoramento fetal (0,1 vezes). No parto hospitalar, além do risco aumentado de cesariana (0,6 vezes), houve também uma maior probabilidade de parto vaginal instrumental (0,4 vezes). Em relação aos desfechos de morbidade materna e neonatal, as mulheres que planejaram parto domiciliar tiveram menores riscos de hemorragia pós-parto, sem diferença clinicamente significativa, menores chances de distócia e um aumento na ocorrência de laceração perineal de qualquer grau (1,8 vezes). Os riscos de asfixia fetal, Apgar baixos e morte perinatal foram similares nos dois grupos. Cinco estudos relataram taxa de transferência para o hospital, sendo que cerca de 4 a 10% dessas mulheres necessitam de transferência. A maioria das transferências ocorreu durante o trabalho de parto (82%) e um dos estudos</p> | 8/11 | 8/8 | 8/8 estudos em países HI: Canadá (3); Holanda (1); Japão(1); Nova Zelândia (2); Noruega(1). | 8/8 | 2017 |

| | | | | | | | | | |
|-------------|---|---------------------|---|--|------|-----|--|-----|------|
| | | | | <p>descreveu que 72% das mulheres transferidas tiveram um parto espontâneo.</p> <p>Conclusão: Os partos domiciliares demonstraram ser tão seguros quanto os hospitalares e resultam em menores intervenções clínicas.</p> <p>Benefícios: Nulíparas em ambiente domiciliar têm menor risco de desfechos neonatais adversos em comparação com os nascimentos no hospital. Os partos domiciliares têm menores probabilidades de intervenção clínica.</p> <p>Danos potenciais: Nas mulheres que tiveram os partos domiciliares planejados, os riscos de laceração perineal de qualquer grau foram aumentados (1,8 vezes).</p> <p>Incertezas – viés: os artigos incluídos não compararam os resultados maternos e neonatais após a cesariana realizada após a transferência dos domiciliares para hospitais versus cesariana realizada em mulheres já instaladas no hospital. Os estudos não estratificaram os resultados maternos e neonatais de acordo com o tipo de parto.</p> | | | | | |
| Walsh, 2004 | Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: a structured review | Local de nascimento | Avaliar os desfechos de partos atendidos em casas de parto lideradas por obstetrias, com os nascimentos em centros de parto hospitalares (unidade de referência). | <p>A revisão sistemática incluiu 5 estudos de coorte (prospectivos e retrospectivos). Foram incluídos apenas estudos que examinaram os desfechos associados a unidades de parto normal independentes em comparação com centros de parto hospitalares. Todos os estudos selecionaram apenas mulheres de risco habitual, os estudos incluíram 1.932 mulheres no grupo dos centros de parto e 23.199 no grupo controle, nulíparas e multíparas.</p> <p>Contexto: Um centro de parto autônomo liderado por obstetria (Casa de Parto) é definido como uma unidade que não tem como rotina de trabalho o envolvimento da equipe médica, não tem facilidade para oferecer analgesia epidural e cesárea, e está geograficamente separada de qualquer maternidade que tenha instalações para analgesia epidural e para a realização de cesarianas.</p> <p>Resultados (primários e secundários): Não foi possível realizar uma meta-análise devido a metodologia dos trabalhos incluídos. Cesárea: três dos quatro estudos que relataram taxas de cesariana, observaram uma taxa</p> | 6/11 | 5/5 | 5/5 estudos em países HI: EUA (3); Reino Unido (1); Alemanha(1). | 4/5 | 2002 |

significativamente mais baixa nas Casas de parto em comparação com os grupos hospitalares (6% vs 14%; 6,1% vs 12,6%; 6,5% vs 11,3%; respectivamente). Um estudo retrospectivo comparativo encontrou taxas consideravelmente mais baixas em ambos os grupos (3% vs 4%). Períneo íntegro: As taxas de incidência variaram nos quatro estudos que informaram sobre o períneo íntegro (46,7% vs 43,3%; 22% vs 8%; 30 vs 22%; 25 vs 6,3%), respectivamente nos grupos das casas de parto e controle, o que poderia ser explicado por diferenças nas abordagens para o uso de episiotomia entre os países. Episiotomia: As taxas de episiotomia foram muito variadas. O estudo do Reino Unido relatou taxas de 5% na Casa de parto, em comparação com 18,9% nos hospitais. Os estudos da Alemanha e dos Estados Unidos mostraram uma grande diferença entre os grupos das casas de parto e controle (15,7% vs 54,8% e 47,2% vs 78,1%, respectivamente). Em todos os casos, as taxas para as Casas de parto foram menores, com a redução percentual absoluta variando de 13,9 a 39,1%. Taxas de transferência intraparto: Para os três estudos que relataram taxas de transferência intraparto, o intervalo foi de 14,6 a 22 por cento. Nos três estudos, a principal indicação para a transferência foi a parada na progressão do parto no primeiro período clínico do parto. Mortalidade perinatal: Os dados de mortalidade perinatal na maioria dos estudos impossibilitaram o relato confiável dessa medida.

Conclusão: Como modelo, a Casa de parto é um fenômeno pequeno, mas crescente, em muitos países, sendo seguro para que gestantes em risco habitual sejam atendidas.

Benefícios: Foram observadas redução nas taxas de cesariana e episiotomia, sem prejuízos a saúde das mulheres e bebês.

Incertezas – viés: As mulheres que frequentam os centros de parto tendem a ser mais instruídas, mais velhas, caucasianas, mais ricas e mais orientadas para o parto natural do que as mulheres que escolhem o parto no hospital. Os estudos não detalharam as distâncias entre os centros de parto autônomos e as unidades de

| | | | | | | | | | |
|-----------|--|---------------------|---|---|------|------------------------------------|--|-------|------|
| | | | | referência. Alguns estudos, apresentaram amostras pequenas que acabaram limitando a interpretação dos resultados, especialmente para desfechos de baixa incidência. | | | | | |
| Wax, 2010 | Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis | Local de nascimento | Avaliar a segurança materna e neonatal dos partos domiciliares planejados em comparação com parto hospitalar planejado. | <p>A revisão sistemática incluiu 12 estudos, sendo 1 ensaio clínico randomizado e 11 estudos de coorte. Um total de 342.056 casos de parto domiciliar planejado e 207.551 partos hospitalares planejados foram analisados.</p> <p>Contexto: Para busca e realização desta revisão, foi considerado "parto domiciliar" aquele planejado para sua realização em casa; "parto obstétrico" como nascimento do feto e da placenta sob os cuidados de um obstetra ou de um profissional de saúde, sendo que os partos obstétricos podem envolver intervenções físicas, psicológicas, médicas ou cirúrgicas. Os termos "hospitalização" (definido como estar em um hospital ou ser transferida para um hospital); e "paciente internada" (definidos como pessoa admitida em serviços de saúde para fins de observação, cuidados, diagnóstico ou tratamento), foram atribuídos à condicionamento de parto obstétrico.</p> <p>Resultados: 10 estudos incluídos analisaram o desfecho cesárea. Nos partos domiciliares planejados houve uma redução significativa de intervenções clínicas, incluindo analgesia epidural, monitoramento fetal eletrônico, episiotomia, partos instrumentais e cesariana. Da mesma forma, as mulheres que pretendiam partos domiciliares apresentaram menos infecções, lacerações de terceiro ou quarto grau, hemorragias e placentas retidas. Houve ainda menor probabilidade de nascimento prematuro ou baixo peso ao nascer, maior probabilidade de chegar às 42 semanas e não houve diferença estatisticamente significativa na taxa de ventilação assistida em nove dos 10 estudos. A mortalidade perinatal foi semelhante por local de de parto pretendido.</p> <p>Conclusão: O parto domiciliar planejado em comparação com os partos hospitalares planejados está associado a significativamente menos intervenções e morbidades médicas maternas e neonatais, particularmente entre mulheres selecionadas de baixo</p> | 3/11 | 9/12 (3 estudos não especificaram) | 12/12 estudos em países HI: EUA (2), Reino Unido (2), Austrália(1), Suíça(1), Holanda(1), Suécia(1) e Canadá(3). | 10/12 | 2009 |

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|--|
| | | | <p>risco, cuidadas por parteiras altamente treinadas e regulamentadas, integradas ao sistema de saúde.</p> <p>Benefícios: Entre os partos domiciliares planejados, houve menores taxas de intervenção médica, cesarianas, infecções, lacerações de terceiro grau ou mais, hemorragias e placentas retidas, menor probabilidade de nascimento prematuro ou baixo peso ao nascer e maior probabilidade de chegar às 42 semanas.</p> <p>Danos potenciais: A taxa geral de mortalidade neonatal foi quase duas vezes maior em partos domiciliares planejados e quase triplicou entre os recém-nascidos sem problemas de saúde. Essas mortes foram atribuídas à angústias respiratórias e falha na ressuscitação, sendo levantados como fatores que podem contribuir para esse desfecho a falta de pessoal, treinamento e equipamento para ressuscitação neonatal.</p> <p>Incertezas – viés: Os baixos escores de Apgar não puderam ser avaliados, pois a maioria dos estudos considerou limiares diferentes. Devido à grande quantidade de desfechos diferentes os resultados devem ser interpretados com cautela.</p> | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|--|

Fonte: Elaboração própria.

NOTA: Siglas do inglês: Países de baixa renda (*Low Income Countries* - LI); média baixa renda (*Low Middle Income* - LMI); média alta renda, que inclui o Brasil (*Upper Middle Income* - UMI); e alta renda (*High Income* - HI). Classificação disponível em: <https://libraries.acm.org/binaries/content/assets/libraries/archive/world-bank-list-of-economies.pdf>.

Apêndice H – Revisões sistemáticas sobre a opção 5 – Implementar estratégias de apoio ao parto vaginal após cesárea prévia (VBAC - *Vaginal Birth After Cesarean*)

| Autor | Estudo | Elementos da opção | Objetivo do estudo | Principais achados | AMSTAR | Proporção de estudos que incluíram a população-alvo | Proporção de estudos realizados em países segundo renda | Proporção de estudo com foco no problema | Último ano da busca |
|-------------------|---|---|---|---|--------|--|---|--|---------------------|
| Chen et al., 2018 | Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section | Intervenções não clínicas para redução das taxas de cesárea | Analisar a efetividade e a segurança de intervenções não clínicas adotadas por instituições no intuito de reduzir as taxas de cesarianas desnecessárias | <p>A revisão sistemática incluiu 29 estudos, sendo 4 ensaios clínicos controlados randomizados; 15 ensaios clínicos não controlados; 3 estudos antes e depois; 7 séries temporais características da população: 8 dos estudos incluíram apenas mulheres nulíparas, 5 gestantes com cesariana anterior e os outros 16 foram feitos com uma população mista de mulheres (nulíparas, múltíparas, mulheres com medo do parto, com alto nível de ansiedade, com cesárea anterior, casais e gestantes sem qualquer alteração clínica). Aqui estão extraídos os dados relativos à essa opção.</p> <p>Contexto: Razões clínicas, demográficas, socioeconômicas e aspectos dos serviços de saúde tem sido extensivamente estudadas e há um consenso crescente de que os fatores clínicos sozinhos não conseguem explicar o aumento observado nas taxas de cesárea. As taxas de cesariana poderiam ser reduzidas por intervenções clínicas e também às relativas a políticas de saúde.</p> <p>Resultados (primários e secundários): Foi encontrada redução nas taxas de cesárea com o uso de modelo de cuidado colaborativo entre obstetras e obstetras, no qual as obstetras são responsáveis pelo cuidado clínico das mulheres e os obstetras dão cobertura 24h para os casos de emergência. A taxa de VBAC aumentou com essa estratégia, passando de 13,3% para 22,4 após a intervenção (OR 2,03; IC95% 1,08-3,80).</p> <p>Conclusão: Após analisar diferentes intervenções não clínicas para a redução das taxas de cesariana, foi</p> | 11/11 | As características e número de participantes não foram descritos em todos os estudos | EUA (7); Canadá (2); Argentina/Brasil/Cuba/Guatemala/México (1 multicêntrico); Chile (1); Taiwan (2); Irã (6); Reino Unido (1); Austrália (2); Finlândia (3); China (2); (1) Portugal; Suécia (1) HI 20/29 UMI 9/29 | 29/29 | 2018 |

| | | | | | | | | | |
|------------------------|--|------------------------|--|---|------|---------------|--|-------|------|
| | | | | encontrada relação com o modelo de cuidado colaborativo entre obstetrias e médicos. Benefícios: redução das taxas de cesariana e aumento de VBAC. | | | | | |
| Chaillet; Dumont, 2007 | Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis | Pacote de intervenções | Os objetivos desta meta-análise foram, primeiro, avaliar a efetividade das intervenções para reduzir a taxa de cesárea, em segundo lugar, determinar se uma identificação de barreiras à mudança pode melhorar o efeito das intervenções e, terceiro, avaliar o impacto da redução da taxa de cesárea na mortalidade e morbidade materna e perinatal | A revisão sistemática incluiu 10 estudos, sendo 5 ensaios clínicos randomizados, 5 séries temporais interrompidas. Participaram 776.909 mulheres, sendo 686.334 de ensaios controlados randomizados. 4/10 estudos tiveram como intervenção auditoria e feedback (segunda opinião obrigatória, revisão externa por pares, auditoria), 4/10 tiveram a melhoria da qualidade (manejo ativo do parto, cuidado contínuo de obstetriz, incentivo ao VBAC, uso rotineiro de monitoramento fetal eletrônico) e 2/10 envolveram estratégias multifacetadas (educação de médicos e do público, protocolos para manejo do parto com revisão por pares e feedback, reforma de más práticas e pagamento do hospital). Contexto: Intervenção de auditoria e feedback: estratégia baseada em uma segunda opinião obrigatória antes da cesariana e pós cesariana, e revisão dos registros de parto por auditores internos e externos; Intervenção de melhoria da qualidade: baseados na gestão ativa do trabalho de parto por meio de protocolos e na continuidade de cuidados de base na comunidade; Intervenção por estratégias multifacetadas: baseadas na educação aos profissionais sobre os benefícios maternos e fetais do parto vaginal; diretrizes práticas para a gestão do trabalho, com revisão por pares, e medidas corretivas quando as diretrizes não são seguidas. Resultados: A meta-análise dos 10 estudos incluídos mostrou uma redução de 19% nas taxas de cesárea (RR 0,81; IC95% 0,75-0,87; I ² 87,6%. Na análise de subgrupos, as estratégias multifacetadas apresentaram redução de 27% nas taxas de cesárea (RR 0,73; IC95% 0,68-0,79; I ² 54,8%), seguidas por intervenção de melhoria de qualidade com redução de 26% (RR 0,74; IC95% 0,70-0,77; I ² 0%) e por auditoria e feedback com redução de 13% (RR 0,87; IC95% 0,81-0,93; I ² 81,7%). Estudos que incluíram identificação de barreiras (um estudo sobre auditoria/feedback, um sobre melhoria da | 7/11 | Não informado | 8/10 estudos em países HI: EUA (6), Reino Unido (1), Austrália (1); 2/10 Taiwan (1); América do Sul (1) | 10/10 | 2005 |

| | | | | | | | | | |
|----------------|--------------|----------------------|--------------------------|---|------|--------------|---------|-------|------|
| | | | | <p>qualidade e dois sobre estratégias multifacetadas) melhoraram a implementação das intervenções e reduziram as taxas de cesáreas em 26% (RR 0,74; IC95% 0,71-0,78; I² 46,3%). Estratégias multifacetadas foram eficazes e mostraram a redução mais forte da taxa de cesárea. A estratégia de auditoria e feedback deve ser incluída em um programa de mudança, visando diferentes barreiras e promovendo um feedback detalhado, para ser totalmente eficaz. Não foram observadas diferenças significativas para morte materna, taxa de natimortos e Apgar menor que 7 no primeiro minuto entre os grupos. Esses resultados parecem confirmar que as taxas de cesárea podem ser reduzidas com segurança.</p> <p>Conclusão: A taxa de cesárea pode ser reduzida com segurança por intervenções que envolvem os profissionais de saúde na análise e modificação de sua prática. Estratégias multifacetadas, baseadas em auditoria e feedback, podem melhorar a prática clínica e reduzir efetivamente as taxas de cesariana. Além disso, essas descobertas apoiam a suposição de que a identificação de barreiras à mudança é uma das principais chaves para o sucesso.</p> <p>Benefícios: Redução das taxas de cesárea</p> <p>Danos potenciais: Risco de incontinência urinária é maior entre mulheres que tiveram partos vaginais do que entre mulheres que tiveram cesáreas, mas o risco de complicações em uma gravidez futura é maior entre mulheres que fizeram cesáreas.</p> <p>Incertezas – viés: Intervenções de melhoria da qualidade têm eficácia altamente variável e são extremamente dependentes do contexto em que são usadas e da maneira como são implementadas. Muitos estudos incluídos foram publicados a partir de meados da década de 1990. Nos últimos anos, as práticas obstétricas podem ter mudado. Os achados desta revisão sobre a morbidade materna devem ser considerados com cautela.</p> | | | | | |
| Catling-Paull; | Non-clinical | Protocolos clínicos, | Avaliar a efetividade de | A revisão sistemática incluiu 27 estudos, sendo 5 ensaios clínicos randomizados controlados; 9 coortes | 6/11 | Não descrito | HI (27) | 27/27 | 2008 |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Johnston; Ryan; Foureur; Homer, 2011 | interventions that increase the uptake and success of vaginal birth after caesarean section: a systematic review | políticas e programas para redução das taxas de cesárea ou aumento das taxas de VBAC | intervencções não clínicas que tenham o propósito de aumentar a proporção de mulheres que optam por um VBAC ou de aumentar as taxas de sucesso de VBAC | <p>retrospectivas e 1 prospectiva, 1 caso controle e 11 estudos antes-depois. 9 estudos analisaram o impacto de novos protocolos clínicos, políticas ou programas para cesáreas ou VBAC. 3 estudos avaliaram o impacto de auditoria e feedback para médicos; 8 estudos avaliaram o impacto de características de hospitais/médicos na tentativa e sucesso de VBAC. 3 estudos avaliaram o efeito da situação de seguro de saúde sobre a tentativa e sucesso das mulheres em conseguir VBAC. 4 estudos foram sobre efetividade de diversos meios de prover informação para as mulheres (1 abordou educação pré-natal e programa de apoio de VBAC, 2 sobre programa para auxílio na tomada de decisão, por meio de computador ou livreto, 1 sobre aconselhamento pré-natal sobre VBAC).</p> <p>Contexto: As taxas de cesariana têm aumentado ao redor do mundo nas últimas duas décadas e grande parte desse aumento é em decorrência das cesarianas por repetição. É necessário entender quais os fatores que afetam a oferta e realização do VBAC, e quais modelos de cuidado ou intervenções resultariam em maiores taxas de sucesso.</p> <p>Aqui estão extraídos os dados relativos à essa opção.</p> <p>Resultados: Entre os 9 estudos que avaliaram a efetividade do uso de protocolos clínicos nacionais sobre VBAC, 3 reportaram um aumento nas taxas de VBAC. Um estudo realizado nos Estados Unidos com 366.246 mulheres mostrou aumento de VBAC de 22 para 31%; e um outro realizado em 55 hospitais e 47.480 nascimentos mostrou aumento de 12,6 para 18,5%; estudo realizado no Canadá em 140 hospitais e 316 obstetras obteve relato de que 67% dos médicos realizaram menos cesárea de repetição. Quanto à conferência do Programa para Desenvolvimento de Consenso sobre VBAC em 10 hospitais dos Estados Unidos elevou a tentativa de VBAC de 11 para 29% (P<= 0,001) e da taxa de VBAC de 6 para 16% (P<= 0,05). Dois estudos sobre protocolos clínicos locais mostraram impacto sobre as taxas de VBAC. Um deles mostrou aumento significativo nas tentativas (de 32 para 84%, P< 0,0001) e de taxas de VBAC (de 65 para 83%, P< 0,0001); um</p> | | EUA (18); Canadá (6); Reino Unido (2); Austrália (1) | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

outro realizado em um grande hospital de ensino de Chicago, EUA, mostrou aumento de tentativas (de 45 para 86%, $P \leq 0,05$) e de taxas de VBAC (de 53 para 70%, $P \leq 0,05$). 3 estudos analisaram o uso de auditoria e feedback e dois deles encontraram associação positiva com as taxas de VBAC. Em um desses estudos foi oferecido treinamento para um médico líder do hospital, que ficava responsável pela auditoria dos prontuários e de dar feedback para os colegas. Com essa estratégia houve um aumento significativo nas taxas de oferta de VBAC às mulheres, de mulheres tentando um VBAC (50,5%; IC95% 42-59) e de VBAC realizados (33%, IC95% 26-40). No outro estudo, os obstetras com altas taxas de cesariana precisavam explicar o porquê de terem realizado os procedimentos. Dessa maneira, em um período de 10 anos as taxas de cesariana caíram de 16,6% para 10,9 % e continuaram baixas. O principal motivo dessa redução foi um aumento na oferta de VBAC, que passou de 35,6% para 54,5%. 8 estudos avaliaram as características de hospitais e médicos, 2 desses estudos reportaram que a chance de VBAC é maior em hospitais de ensino, porém um outro trabalho que avaliou essa questão não encontrou diferença nesse desfecho. Em um dos estudos, apesar da taxa de oferta de VBAC ter variado muito entre os hospitais, nos contextos nos quais era possibilitado que as mulheres tivessem um trabalho de parto mais longo, a chance de VBAC foi maior, independente da oferta. As mulheres também tiveram maior probabilidade de um VBAC quando cuidadas em hospitais de maior capacidade obstétrica, quando cuidadas por obstetras mulheres e em contextos com menor taxa de cesariana. Três estudos avaliaram o impacto da situação de seguro saúde na oferta e sucesso de VBAC. Em dois deles, as mulheres com plano de saúde tiveram uma probabilidade menor de conseguir parto vaginal, sendo que em um deles a chance de uma cesariana eletiva de repetição foi sete vezes maior em mulheres com plano privado. Em relação à oferta de informações para as mulheres sobre o VBAC e cesariana eletiva, um estudo que avaliou o impacto do aconselhamento pré-natal nas taxas de VBAC mostrou

que 66% das mulheres que receberam a intervenção tentaram parto vaginal, em comparação com 38% do grupo controle.

Conclusão: Protocolos clínicos, principalmente os que são implementados em nível local, podem ter um impacto significativo nas taxas de VBAC. Em relação a auditoria e feedback, a opinião de líderes locais parece ter um maior impacto na mudança das práticas hospitalares. A característica dos serviços e profissionais variou consideravelmente nos estudos e podem ser um reflexo das expectativas culturais, medo, confiança e importância dada ao cuidado baseado em evidências. Com relação à oferta de informações para as mulheres os estudos mostraram reduzir os conflitos sobre a escolha do modelo de nascimento quando passadas de forma individual, em especial, de modo verbal. No entanto, apenas o aconselhamento mostrou ser efetivo nas taxas de VBAC.

Benefícios: promoção e aumento das taxas de VBAC, menor conflito na tomada de decisão

Incertezas – viés: Com relação ao uso de protocolos clínicos, um dos estudos não encontrou uma correlação entre a intervenção e o desfecho, pois apesar da redução nas taxas, essa queda foi consistente com a queda geral nas taxas nacionais, o que denota que o gerenciamento hospitalar e as políticas de saúde não são as únicas forças envolvidas na tomada de decisão dos obstetras. Quanto à influência das características de hospitais e médicos, dois estudos encontraram resultados discrepantes sobre essa temática, em um deles as taxas de VBAC foram menores em hospitais de grande porte e outro trabalho encontrou que mulheres que recebiam o cuidado de clínicos tinham maiores chances de tentar um VBAC e de conseguí-lo. Com relação à situação de seguro saúde, um dos estudos não encontrou associação entre o tipo de seguridade e a oferta ou sucesso de VBAC. Os estudos selecionados cobriram um período de 20 anos e é provável que o cuidado oferecido às mulheres deva ter mudado

Fonte: Elaboração própria. NOTA: Siglas do inglês: Países de baixa renda (*Low Income Countries* - LI); média baixa renda (*Low Middle Income* - LMI); média alta renda, que inclui o Brasil (*Upper Middle Income* - UMI); e alta renda (*High Income* - HI). Classificação disponível em: <https://libraries.acm.org/binaries/content/assets/libraries/archive/world-bank-list-of-economies.pdf>.