

ÁVILA TEIXEIRA VIDAL

**IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS NACIONAIS PARA O  
PARTO E NASCIMENTO: BARREIRAS, FACILIDADES E POSSIBILIDADES**

Brasília, 2020

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ÁVILA TEIXEIRA VIDAL

IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS NACIONAIS PARA O  
PARTO E NASCIMENTO: BARREIRAS, FACILIDADES E POSSIBILIDADES

Tese apresentada como requisito parcial para a  
obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva  
pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientador: Daphne Rattner

Co-orientador: Jorge Otávio Maia Barreto

BRASÍLIA

2020

ÁVILA TEIXEIRA VIDAL

IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS NACIONAIS PARA O  
PARTO E NASCIMENTO: BARREIRAS, FACILIDADES E POSSIBILIDADES

Tese apresentada como requisito parcial para a  
obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva  
pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva da Universidade de Brasília.

BANCA EXAMINADORA

Daphne Rattner (presidente)

Universidade de Brasília

Everton Nunes da Silva

Universidade de Brasília

Airton Tetelbom Stein

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Evelina Chapman

Fiocruz-Brasília

Camila Aloisio Alves (suplente)

Faculdade de Medicina de Petrópolis

*Dedico este trabalho ao meu sol, Maria.*

## **AGRADECIMENTOS**

Há muito e muitos a agradecer, uma tese de doutorado, apesar de ser, em muitos momentos, um trabalho solitário é um trabalho de muitos. Todos aqueles que passaram na minha vida distribuindo seus conhecimentos, sua generosidade e seu afeto estão de alguma maneira presentes nesse trabalho. Difícil nomeá-los porque sou uma pessoa de muita sorte e sempre tive felizes encontros nessa vida. Mas citando alguns nomes invoco uma rede de pessoas especiais. Começo por citar meus pais, que são exemplo de amor e de vida, que me colocaram de pé todas as vezes que precisei de forças para caminhar. Meu companheiro, Ivan, que está junto comigo nos dias brancos, para o que der e vier. A Yamila Comes por sua escuta qualificada e apoio nesse processo de doutoramento. A Maria Esther Vilela e Sonia Lansky, mulheres de fibra, exemplos de luta e resistência. Aos meus amigos e colegas de trabalho, tanto do Ministério da Saúde quanto da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que me motivam e inspiram. Aos meus queridos orientadores: Daphne Rattner, de inteligência e sensibilidade ímpar, que me acolheu e me apoiou nessa caminhada com suavidade e afeto; e Jorge Barreto, mestre brilhante, que tem o poder e a inteligência de fazer tudo acontecer.

*“Para mudar o mundo, é preciso primeiro mudar a forma de nascer.”*

*Michel Odent*

## RESUMO

**Introdução:** Nas últimas décadas, o Brasil, assim como outros países latino-americanos, vivenciou um crescimento alarmante das taxas de cesariana, tornando-se essa a principal via dos nascimentos ocorridos. Para enfrentar essa problemática e qualificar a atenção ao parto e nascimento, várias ações têm sido articuladas, com destaque para as Diretrizes Clínicas Nacionais de Assistência ao Parto. **Objetivos:** Avaliar potenciais barreiras e facilidades no processo de implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto e propor estratégias para a sua aplicabilidade. **Métodos:** Para alcançar os objetivos foram seguidos três passos metodológicos: 1<sup>o</sup>. Realizou-se um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa e perspectiva interpretativista, em que foi realizada uma análise de conteúdo, com auxílio do software Atlas.ti, para analisar a opinião das mulheres que participaram da consulta pública sobre barreiras à implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal; 2<sup>a</sup>. Foi realizado um estudo qualitativo descritivo, de corte transversal, baseado num teste de associação livre de palavras, com 12 atores estratégicos. A análise do resultado do teste de associação de palavras foi realizada na abordagem estrutural das Representações Sociais, com os softwares OpenEvoc e IRaMuTeQ; 3<sup>a</sup>. Foi realizado um overview de revisões sistemáticas sobre efeitos de intervenções organizacionais para redução de cesarianas. As buscas foram realizadas nas bases indexadas: Pubmed, Cochrane library, Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde, Epistemonikos e Health System Evidence. **Resultados:** A análise de conteúdo das contribuições das mulheres na Consulta Pública revelou sete categorias de barreiras, agrupadas em três famílias — barreiras relacionadas a formação e cultura profissional (com destaque para a centralidade dos médicos, e não das mulheres, no parto), barreiras relacionadas a cultura social (falta de informação por parte da população) e barreiras relacionadas a política e gestão (falta de interesse dos gestores, menor remuneração para médicos que atendem parto normal vs. cesariana e falta de infraestrutura hospitalar). Com o teste de associação de palavras com os atores estratégicos do cenário do parto e nascimento brasileiro foi possível identificar como potenciais barreiras à implementação as representações sobre parto

associado à dor, o médico obstetra como obstrutor e os estereótipos que marcam o papel da mulher e da mãe na sociedade. O *overview* de intervenções para redução de cesáreas identificou 33 intervenções, a maioria sobre intervenções de financiamento (9) e mistas (9), seguidas de estratégias de implementação (6), de arranjos de governança (6) e de prestação de serviços (3). Sobre os efeitos nas taxas de cesáreas as intervenções de financiamento apresentaram um maior número de estudos com efeitos incertos ou sem efeito (5/9). Já as intervenções mistas apresentaram maior sucesso com relação ao desfecho de redução de cesáreas (8/9), e dessas, majoritariamente, apresentaram intervenções de governança e de estratégias de implementação. **Conclusão:** Foi possível identificar barreiras importantes para a implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, entre elas as relacionadas as questões culturais e como possibilidades para o enfrentamento, as estratégias que se utilizam de mais de um tipo de intervenção e relacionadas a governança e a implementação se mostraram mais efetivas.

**Palavras-chave:** Parto; Protocolos Clínicos ; Ciência da implementação; Representações sociais; Revisão sistemática.

## ABSTRACT

**Introduction:** In recent decades, Brazil, like other Latin American countries, has experienced an alarming increase in cesarean section rates, making this the main route of births. In order to face this problem and qualify the care during childbirth and birth, several actions have been articulated, with emphasis on the National Clinical Guidelines for Assistance to Childbirth. **Objectives:** To assess potential barriers and facilities in the process of implementing the National Guidelines for Assistance to Childbirth and to propose strategies for their applicability. **Methods:** To achieve the objectives, three methodological steps were followed: 1st. A descriptive-exploratory study was carried out, with a qualitative approach and an interpretative perspective, in which a content analysis was carried out, with the aid of the Atlas.ti software, to analyze the opinion of women who participated in the public consultation on barriers to the implementation of the National Guidelines for Assistance to Childbirth; 2nd. A qualitative, descriptive, cross-sectional study was carried out, based on a free word association test, with 12 strategic actors. The analysis of the result of the word association test was carried out in the structural approach of Social Representations, with the software OpenEvoc and IRaMuTeQ; 3rd. An overview of systematic reviews on the effects of organizational interventions to reduce cesarean sections was carried out. The searches were performed on the indexed databases: Pubmed, Cochrane library, Regional Portal of the Virtual Health Library, Epistemonikos and Health System Evidence. **Results:** The content analysis of women's contributions to the Public Consultation revealed seven categories of barriers, grouped into three families - barriers related to training and professional culture (with emphasis on the centrality of doctors, and not women, in childbirth), barriers related to social culture (lack of information on the part of the population) and barriers related to politics and management (lack of interest from managers, lower remuneration for doctors who attend normal delivery vs. cesarean section and lack of hospital infrastructure). With the word association test with the strategic actors of the Brazilian birth and birth scenario, it was possible to identify as potential barriers to implementation the representations about childbirth associated with pain, the obstetrician as obstetrician and the stereotypes that mark the role of women and

mother in society. The overview of interventions to reduce cesarean sections identified 33 interventions, the majority on financing (9) and mixed (9) interventions, followed by implementation strategies (6), governance arrangements (6) and service delivery (3 ). Regarding the effects on cesarean rates, funding interventions showed a greater number of studies with uncertain or no effect (5/9). Mixed interventions, on the other hand, were more successful with regard to the outcome of reduction of cesarean sections (8/9), and of these, mostly, they presented governance interventions and implementation strategies.

**Conclusion:** It was possible to identify important barriers for the implementation of the National Guidelines for Assistance to Childbirth, among them those related to cultural issues and as possibilities for coping, the strategies that use more than one type of intervention and related to governance and the implementation proved to be more effective.

**Key words:** Parturition; Clinical Protocols; Implementation Science; Social representations; Systematic review.

## LISTA DE FIGURAS

### Introdução

<b>Figura 1.</b> Publicações sobre implementação de diretrizes clínicas no Pubmed, 1966 a 2016. ....	23
--	----

### Artigo 1

<b>Figura 1.</b> Rede de relações entre as famílias de dificuldades apontadas por mulheres participantes de uma consulta pública sobre implementação das recomendações sobre parto normal no brasil. ....	39
---	----

### Artigo 2

<b>Figura 1.</b> Diagrama de análise prototípica da evocação “Parto”.....	58
<b>Figura 2.</b> Diagrama de análise prototípica da evocação “Enfermeira Obstétrica”.....	60
<b>Figura 3.</b> Diagrama de análise prototípica da evocação “Nascimento”.....	61
<b>Figura 4.</b> Diagrama de análise prototípica da evocação “Médico Obstetra”.....	63
<b>Figura 5.</b> Diagrama de análise prototípica da evocação “Mãe”.....	65
<b>Figura 6.</b> Diagrama de análise prototípica da evocação “Complicações”.....	67
<b>Figura 7.</b> Diagrama de análise prototípica da evocação “Mulher”.....	68

### Artigo 3

<b>Figura 1.</b> Fluxograma de seleção das publicações.....	82
<b>Figura 2.</b> Avaliação da qualidade das revisões sistemáticas de acordo com os critérios AMSTAR.....	106

## LISTA DE QUADROS

### Artigo 3

<b>Quadro 1.</b> Estratégia de busca e resultados selecionados.....	79
<b>Quadro 2.</b> Características das revisões sistemáticas elegíveis.....	84
<b>Quadro 3.</b> Classificação das estratégias identificadas pela taxonomia EPOC, com análise do efeito sobre a taxa de cesárea.....	107

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADAPTE	<i>Método para adaptação de diretrizes</i>
AGREE II	<i>Appraisal of Guidelines for Research &amp; Evaluation II</i>
AMSTAR	<i>Assessing the methodological quality of systematic reviews</i>
ANS	<i>Agência Nacional de Saúde Suplementar</i>
ANVISA	<i>Agência Nacional de Vigilância Sanitária</i>
Atlas.ti	<i>Software para análise qualitativa de dados</i>
BVS	<i>Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde</i>
CHD	<i>Classificação hierárquica descendente</i>
CONITEC	<i>Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS</i>
DGITS	<i>Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde</i>
EPOC	<i>Effective Practice and Organisation of Care</i>
FIGO	<i>Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia</i>
HSE	<i>Health System Evidence</i>
IC	<i>Intervalo de confiança</i>
ICI	<i>International Childbirth Initiative</i>
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IRaMuTeQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
NHI	<i>National Health Insurance</i>
ODM	<i>Objetivos de Desenvolvimento do Milênio</i>
OMS	<i>Organização Mundial de Saúde</i>

Open Evoc	<i>Programa para coleta, análise e processamento de dados de pesquisa na perspectiva estrutural da teoria das Representações Sociais</i>
OR	<i>Odds ratio</i>
PCDT	<i>Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas</i>
RDC	<i>Resolução da Diretoria Colegiada</i>
RR	<i>Risco relativo</i>
SUPPORT	<i>Supporting Policy Relevant Reviews and Trials</i>
SUS	<i>Sistema Único de Saúde</i>
TCLE	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>
VBAC	<i>Vaginal Birth After Cesarean</i>

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	17
1. INTRODUÇÃO.....	18
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	22
2.1 O DESENVOLVIMENTO E A ELABORAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS .....	22
2.2 CONCEPÇÕES DE GÊNERO .....	26
2.3 HISTERIZAÇÃO DO CORPO DA MULHER: O DISCIPLINAMENTO. 27	
2.4 MODELO BIOMÉDICO E PATRIARCADO .....	27
2.5 OS PARADIGMAS TECNOCRÁTICO, HUMANÍSTICO E HOLÍSTICO DO CUIDADO EM SAÚDE E O PARTO .....	28
3. OBJETIVOS.....	30
3.1 OBJETIVO GERAL: .....	30
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	30
4. MÉTODOS.....	31
4.1 ESCOLHAS METODOLÓGICAS .....	31
4.2 ASPECTOS ÉTICOS .....	33
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	34
ARTIGO 1 – BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DE RECOMENDAÇÕES AO PARTO NORMAL NO BRASIL: A PERSPECTIVA DAS MULHERES.....	34
ARTIGO 2. BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL: UMA ANÁLISE PROTÓTIPIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ATORES ESTRATÉGICOS .....	51
ARTIGO 3. EFETIVIDADE DE INTERVENÇÕES SOBRE ARRANJOS ORGANIZATIVOS PARA REDUZIR CESARIANAS: <i>OVERVIEW</i> DE REVISÕES SISTEMÁTICAS .....	76
6. CONCLUSÃO .....	126

REFERÊNCIAS.....	128
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DOS PARTICIPANTES DO TESTE DE ASSOCIAÇÃO DE PALAVRAS.....	137
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .	139
APÊNDICE C – PROTOCOLO DE REVISÃO RÁPIDA .....	141
APÊNDICE D – RELATÓRIO DE CODIFICAÇÃO DA UNIDADE HERMENÊUTICA.....	144
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP .....	154
ANEXO B – IDENTIFICAÇÃO DO ARTIGO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO.	157
ANEXO C – IDENTIFICAÇÃO DE ARTIGO SUBMETIDO PARA REVISTA..	158
ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DE USO DA BASE DE DADOS DESIDENTIFICADA – MINISTÉRIO DA SAÚDE .....	159

## APRESENTAÇÃO

Essa tese nasceu de um incômodo. Em 2015 trabalhava no Ministério da Saúde, no então Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – DGITS, que abrigava a Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, responsável pela incorporação de tecnologias em saúde e elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT. Na ocasião fui indicada para apoiar o processo de elaboração das Diretrizes Nacionais para o Parto junto a Coordenação de Saúde da Mulher. O processo foi conduzido por uma equipe altamente qualificada, seguindo as recomendações internacionais de melhores práticas para elaboração de diretrizes clínicas e com a participação de todos os interessados no tema. Fazíamos reuniões mensais com os atores envolvidos, que duravam um dia inteiro e esse espaço se tornava arena para o afloramento dos conflitos, por vezes velados. O que a princípio seria mais um desafio técnico, se tornou um desafio pessoal, pois para mim, formada à luz da medicina baseada em evidências, a discussão parte do princípio das evidências científicas, mas o que fazer quando as evidências científicas não são suficientes para convencer ou ao menos trazer razão para a discussão? Diante desse desafio, que se tornou um incômodo, resolvi estudar. Mas o meu conhecimento era limitado para compreender tal fenômeno, logo, eu precisava aprender outras ferramentas que me possibilitassem alcançar o lugar desse conflito. Portanto, esse trabalho é a materialização da busca por sanar esse incômodo que aflorou em mim. E como diz Chico Buarque: não há como proibir quando o galo insistir em cantar. Essa tese é o meu canto.

## 1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil vivenciou um crescimento alarmante das taxas de operação cesariana, tornando-se a principal via dos nascimentos ocorridos. É fato que esse cenário se apresenta de forma diferenciada no âmbito público e privado, com a prevalência variando de 40% nas instituições públicas até taxas epidêmicas de 85% nas instituições privadas (1). Desde 1985 quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) se pronunciou sobre o que seria considerado ideal com relação a taxas de cesáreas – de 10 a 15% - este tem sido o parâmetro utilizado pela comunidade médica internacional, bem como por Políticas Públicas de diversos países. No entanto, paradoxalmente, o que tem se observado desde então, no mundo, é um considerável aumento dessas taxas, e, infelizmente, o Brasil tem se mantido como líder mundial desse *ranking* (2).

Em 2015 a OMS emitiu uma nova declaração (2) sobre as taxas de cesáreas em que reafirma a importância da cesárea como tecnologia efetiva para salvar vidas de mães e crianças, no entanto ressalta que esta deve ser realizada somente em casos de indicação obstétrica necessária, e que os esforços devem ser dirigidos para prover a oportunidade de realização de cesáreas nessas mulheres, com indicação, sendo esta ação mais importante do que se atingir uma taxa específica de cesáreas. Além disso, o documento propõe a utilização de um novo instrumento (padrão) de classificação para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas – Sistema de Classificação de Robson. Para exemplificar, a partir desse instrumento a taxa de referência ajustada para a população brasileira estaria entre 25% a 30% (1).

Paralelo a isso, em 2011 foi instituída a Rede Cegonha, por meio da portaria nº 1.459, de 24 de junho (3), que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A Rede Cegonha nasceu como uma resposta para o enfrentamento de problemas históricos no Brasil, a mortalidade materna e a mortalidade infantil neonatal.

Além disso, veio ao encontro de expectativas mundiais, representadas por exemplo, pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM (4), estabelecidos no ano de 2000 pelas Nações Unidas, como metas para serem atingidas até o ano de 2015. À época dois desses objetivos, assumidos como compromissos pelo Brasil, perante a comunidade internacional, eram: reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde das gestantes.

O Brasil avançou muito no que tange ao alcance das metas assumidas com os ODM, inclusive o Brasil foi um dos países que mais contribuiu para o alcance das metas em âmbito global, no entanto permanece como desafio o ODM – 5: reduzir a mortalidade materna, que não foi atingido, precisaria baixar de 64 para 35 óbitos/ 100 mil nascidos vivos até 2015, e atualmente estima-se que a taxa seja de 60 óbitos/ 100 mil nascidos vivos. (5)

A Rede Cegonha (3) organiza-se a partir de quatro componentes, quais sejam: I – Pré-Natal; II – Parto e Nascimento; III – Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e IV – Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. O eixo II é o recorte de análise desse ensaio e apresenta como principais ações: a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais; b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós parto imediato; e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização. Nessa perspectiva, ressalta-se que dentro das ações estabelecidas para o eixo II, o objeto deste ensaio é a ação c. práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento".

No sentido de enfrentar esse problema várias ações têm sido articuladas, tanto na esfera da saúde pública quanto na saúde suplementar. Haja vista as novas regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)(3,4) para estimular a realização do parto normal na rede de saúde particular. Tais medidas possuem duas frentes principais de ação: 1. Informação às usuárias e seus familiares e 2. Organização do serviço. No que tange a informação, as ações focam: a. divulgação dos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico; b. fornecimento do Cartão da Gestante<sup>1</sup> e de Nota de Orientação à Gestante<sup>2</sup>. Sobre o aspecto organizacional, as ações se expressam da seguinte forma: a. obrigatoriedade de utilização do Partograma<sup>3</sup> pelos obstetras; b. obrigatoriedade de credenciamento de enfermeiros obstétricos e obstetras por operadoras de planos privados de assistência à saúde e hospitais.

Somado a essas ações o Projeto Parto Adequado, outra iniciativa da Agência Suplementar de Saúde, em parceria com o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e o Hospital Israelita Albert Einstein, com o apoio do Ministério da Saúde, visa encorajar o parto normal e reduzir as cesáreas desnecessárias (5). O projeto teve início em 2015 com a participação de 42 hospitais de todas as regiões do Brasil. Atualmente participam 113 hospitais e 62 operadoras de planos de saúde, que atuam como apoiadores. O projeto tem como objetivo mudar o modelo de atenção ao parto, por meio de estratégias baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. Para isso, medidas relacionadas à adequação da estrutura hospitalar, capacitação de recursos humanos e promoção de novas práticas de assistência à mulher e ao bebê no pré-natal, parto, e pós-parto estão sendo desenvolvidas.

---

<sup>1</sup> Registro de todo o pré-natal (acesso em [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

<sup>2</sup> A Nota de Orientação à Gestante possui o objetivo de esclarecer sobre os riscos e benefícios da cesariana e do parto normal (acesso em [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

<sup>3</sup> Documento gráfico onde é registrado tudo o que acontece durante o trabalho de parto (acesso em [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

No âmbito da saúde pública os esforços foram direcionados no sentido de qualificar a atenção ao parto e nascimento, por meio do projeto Diretrizes Nacionais de Assistência à Gestante, para o parto normal e para a operação cesariana (1). Esse projeto tem como objetivo elaborar diretrizes nacionais sobre assistência ao parto e nascimento, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, no sentido de orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público e privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas. As Diretrizes Nacionais foram elaboradas baseadas na metodologia ADAPTE (6), de adaptação de diretrizes clínicas internacionais já existentes. Esse método consiste em fornecer uma abordagem sistemática no processo de adaptação para garantir a qualidade e a validade da diretriz adaptada.

Todos os nove passos propostos pela metodologia ADAPTE foram cumpridos, inclusive com a participação de um grupo ampliado de interessados, desde a elaboração do escopo até a reunião de consenso das recomendações. Nesse grupo estavam presentes representantes das sociedades e associações médicas, de enfermagem e das mulheres, agências reguladoras, pesquisadores, profissionais e conselhos de profissionais de saúde, além de áreas técnicas do Ministério da Saúde - da Mulher e da Criança - e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para o SUS – CONITEC (1).

Ressalta-se que todas essas ações reúnem esforços de atores estratégicos no cenário da gestão da assistência ao parto e nascimento do Brasil, no entanto é importante refletir sobre as estratégias de implementação dessas ações e políticas, no sentido de avaliar o que já está sendo feito e de criar caminhos possíveis para enfrentar potenciais barreiras que surgirão durante este processo.

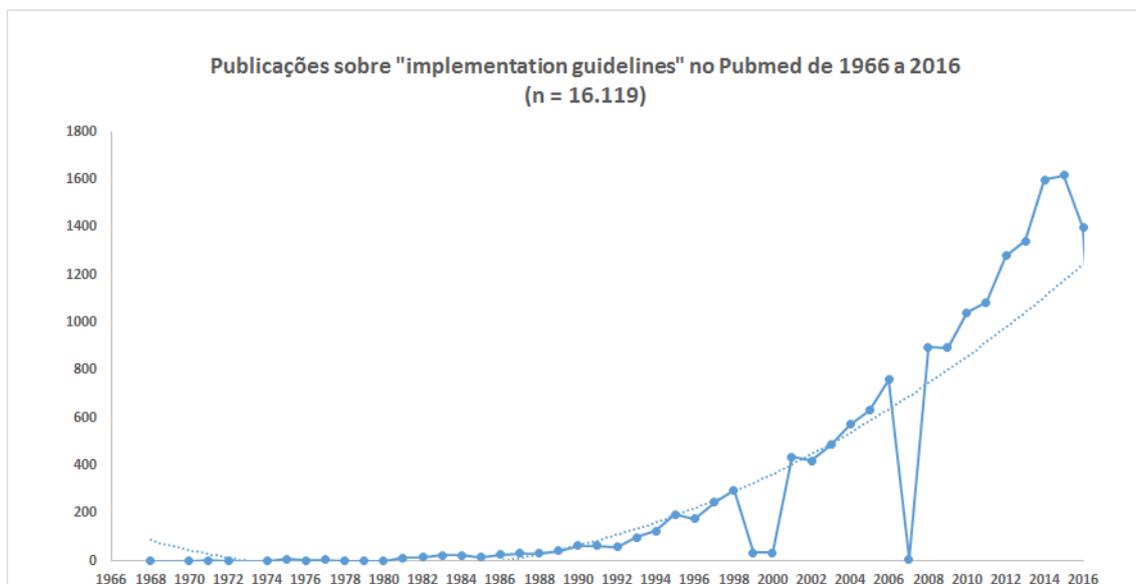
## 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 O DESENVOLVIMENTO E A ELABORAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS

Para a garantia de um padrão de qualidade e de métodos baseados nas melhores evidências, especialistas em diretrizes clínicas há anos se debruçam sobre este objeto para validar métodos que garantam a qualidade, a uniformização da linguagem e conseqüentemente a aplicação da saúde baseada em evidências nas diretrizes clínicas. Para isto, algumas agências, expoentes na temática, consolidaram em guias, manuais e ferramentas, orientações que guiam os elaboradores de diretrizes na tentativa de reduzir as diferenças metodológicas e melhorar a qualidade desses documentos. Entre as agências pioneiras na tradução desse conhecimento, e ainda hoje referências nesta temática, estão as agências de Nova Zelândia (7), Austrália (8) Reino Unido (9), Escócia (10) e Estados Unidos (11).

Ao analisar esses documentos se observa pontos importantes em comum, entre eles: as diretrizes clínicas precisam ser baseadas nas melhores evidências disponíveis, seguindo uma metodologia sistemática e replicável de busca na literatura, devem incluir a participação de diversos grupos de interesse, entre eles os usuários, e devem considerar a etapa de implementação da diretriz.

Para iniciar essa discussão foi realizada uma busca rápida no portal PubMed com as seguintes palavras chaves “implementation guidelines” e foram encontradas 16.119 publicações. Ao analisar a distribuição por ano de publicação, observa-se que as primeiras publicações sobre o tema datam de 1966 e o volume de publicações aumenta significativamente a partir do final da década de 90 início dos anos 2000, como pode ser visualizado no gráfico abaixo.



**Figura 1** Publicações sobre implementação de diretrizes clínicas no Pubmed, 1966 a 2016.

Destaca-se que o crescimento das publicações coincide com a publicação das primeiras versões das diretrizes para elaboração, desenvolvimento e implementação de diretrizes clínicas de algumas instituições internacionais (7,8,10).

Logo, para aprofundar a discussão foi realizado um levantamento nos sítios eletrônicos das agências e órgãos responsáveis por elaboração de diretrizes clínicas no mundo, observou-se que o tema implementação de diretrizes clínicas é de tal relevância que alguns países possuem diretrizes específicas sobre implementação (12–14), e em outros, apesar da não existência de uma publicação específica, reservam, pelo menos, um capítulo dos seus manuais de elaboração de diretrizes para essa temática (7,9–11,15–20). Com relação ao levantamento, destaca-se que, tanto países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento estão produzindo conteúdos nessa temática, com destaque para a diretriz metodológica para elaboração de diretrizes clínicas do Ministério da Saúde do Brasil (20), o que demonstra uma preocupação comum entre os desenvolvedores de diretrizes clínicas no mundo.

Ainda sobre as diretrizes de implementação, ressalta-se que ao analisar o conteúdo dessas observa-se semelhanças no que tange a compreensão da relevância da implementação no processo de elaboração de diretrizes, no entanto, observa-se diferenças com relação ao conteúdo abordado e

detalhamento e aprofundamento do tema. Talvez uma possível explicação para isso esteja na experiência com a implementação, países com maior experiência na temática e melhor organização dos seus sistemas de saúde para a implementação provavelmente conseguem compreender e detalhar melhor esse processo de implementação no contexto da elaboração de diretrizes clínicas.

Um estudo recente realizou uma revisão para sistematizar técnicas de planejamento para o desenvolvimento de diretrizes clínicas, numa tentativa de organizar um *checklist* do que é feito e desenvolvido no que tange a implementação (21). Nesta revisão foram selecionados 35 documentos que abordavam de alguma forma a implementação, desses 16 abordavam a temática apenas de forma superficial e nenhum forneceu informações para operacionalização de estratégias de implementação. Esse dado chama a atenção para a dificuldade de se encontrar informações sobre a forma de se realizar uma implementação. No entanto, outras informações importantes foram encontradas como algumas ferramentas e opções para realizar a disseminação e a implementação, o que possibilitou a elaboração do que os autores chamaram de *checklist* do plano de implementação de diretrizes clínicas. Destaca-se deste *checklist* a recomendação de que a implementação deve ser considerada desde o início do processo de elaboração de uma diretriz, de que o grupo responsável pela implementação deve incluir grupos de interessados, como pacientes e usuários finais, gestores e instituições relevantes, assim como especialistas em translação do conhecimento, além disso deve-se considerar os recursos disponíveis para a implementação, assim como as potenciais barreiras e por fim identificar as ferramentas a serem utilizadas e identificar estratégias de implementação de cada recomendação.

Em publicação no *National Guideline Clearinhouse* (22) Ganz do VA *QUERI Center for Implementation Practice and Research Support* de Los Angeles comentou que para implementar uma diretriz numa instituição é necessário fazer algumas perguntas chaves: 1. Qual a motivação da implementação? 2. Qual é o clima político em torno da implementação?; 3. Qual a cultura do seu local de trabalho?; 4. Você tem os recursos para avançar?; 5. Como você vai introduzir mudanças de prática com base nas diretrizes dentro da sua instituição? 6. Quais são seus principais objetivos com a implementação de

uma diretriz? 7. Como será mensurado o progresso da implementação da diretriz? 8. A diretriz não descreve sobre como realizar a implementação? 9. A diretriz foi testada em uma pequena escala? 10. Como será desenvolvida de forma mais abrangente a diretriz?

Todas essas questões suscitam grandes reflexões sobre as possíveis estratégias de implementação, mas também apontam o olhar para as instituições que serão alvo da implementação. A partir desses questionamentos observa-se que, apesar de existir um leque de possibilidades que podem ser utilizados para apoiar a implementação, a cada diretriz elaborada, a depender do tema e do local onde será implementada, será necessário refletir sobre quais as alternativas possíveis para apoiar a implementação para àquele contexto em particular. Dentre as perguntas que vão ao encontro dessa reflexão ressalta-se a oitava, que, ao questionar se a diretriz não descreve sobre como realizar a implementação, confirma que a melhor forma de implementar uma diretriz pode não estar clara dentro da própria diretriz, tendo em vista que, como diz o próprio autor, não existe “receita de bolo” para implementação de uma diretriz (22). Logo, necessitando de profundas reflexões sobre as disponibilidades e as possibilidades.

A experiência de outros países, bem como a literatura científica, apontam muito claramente que refletir e planejar a etapa de implementação de guias ou diretrizes clínicas é fundamental para o sucesso do processo de transformação das recomendações baseadas em evidência em realidade (6,23).

Ademais, no instrumento AGREE II (24), que é uma ferramenta reconhecida mundialmente para avaliação da qualidade de guias de práticas clínicas, um dos seis domínios de avaliação é a aplicabilidade, que diz respeito a análise e explicitação nas diretrizes clínicas dos potenciais fatores facilitadores e barreiras para a implementação, assim como estratégias para melhorar a sua aplicabilidade e os recursos necessários para a sua utilização.

São ainda muitas as lacunas no conhecimento sobre a operacionalização de diretrizes, principalmente na perspectiva de políticas públicas com barreiras à implementação tão complexas e culturalmente enraizadas, como é o caso do

parto no Brasil. Como desafio observa-se a necessidade de compreender a origem dessas potenciais barreiras, como elas se expressam no contexto e nos sujeitos, e como os facilitadores desse processo poderiam ser potenciais balizadores ou força motriz dessa dinâmica entre o contexto e os sujeitos.

## 2.2 CONCEPÇÕES DE GÊNERO

Ao analisar a construção histórica do conceito de gênero e de diferença sexual, Marta Lamas (25) marca a importância de se discutir esses conceitos na atualidade à luz de novos olhares e autores, entre eles ressalta-se Judith Butler, filósofa pós estruturalista de quem se inspira na compreensão de construção de gênero como comunhão do processo de socialização e da psique humana, numa concepção não essencialista do ser humano, onde o inconsciente desempenha um papel determinante. Outro autor referenciado por Marta Lamas é Bourdieu de quem ressalta a relação de *habitus* e a relação de dominação masculina. Para Bourdieu a dominação masculina está ancorada em nossos inconscientes, nas estruturas simbólicas e nas instituições da sociedade, e consagram uma ordem patriarcal. O *habitus* segundo Bourdieu são “*sistemas perduráveis e transferíveis de esquemas de percepção, apreciação e ação, resultantes da instituição do social nos corpos*” é a “*subjetividade socializada*”.

A partir dessas reflexões Marta Lamas (25) afirma que:

*Analisar os traços ostensivos do gênero, seu surgimento e sua atividade como performance, representação, ou habitus, rotinizado e integrado, são formas similares de apontar algo básico: apesar dos corpos de mulher e de homem, não há essência feminina nem masculina. Ainda que o gênero esteja inscrito culturalmente e inculcado inconscientemente, ele é transformável, alterável e reformável, não pela vontade, mas sim histórica, cultural e psiquicamente. Esta maleabilidade permite atenuar algumas das prescrições de gênero vividas como opressivas por muitos. Por isso, hoje, o dilema político do feminismo deixa de pensar toda a experiência como marcada pelo gênero e passa a pensá-la também como marcada pela diferença sexual, entendida não como anatomia, mas como subjetividade inconsciente.*

### 2.3 HISTERIZAÇÃO DO CORPO DA MULHER: O DISCIPLINAMENTO

Segundo Foucault (26) uma das estratégias que surgem a partir do século XVIII como dispositivos específicos de saber e poder a respeito do sexo foi a “histerização do corpo da mulher”:

*... tríplice processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado — qualificado e desqualificado — como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual, este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a "mulher nervosa", constitui a forma mais visível desta histerização.*

Foucault (26) ressalta que a figura da mulher histérica serviu como instrumento ao exercício de um poder disciplinar com fins de controle da sexualidade. Fenômeno que teve início na burguesia, mas logo entranhou-se nas classes populares. O controle sobre o corpo da mulher e de sua sexualidade se expressa por meio da patologização:

*... a histerização das mulheres que levou a uma medicalização minuciosa de seu corpo, de seu sexo, fez-se em nome da responsabilidade que elas teriam no que diz respeito à saúde de seus filhos, a solidez da instituição familiar e a salvação da sociedade.*

### 2.4 MODELO BIOMÉDICO E PATRIARCADO

A história da assistência à saúde da mulher está intimamente ligada ao modelo biomédico patriarcal (27). A partir do século XIX a exaltação da maternidade surge não como forma de proteção da mulher mas como perpetuação das relações de poder entre os sexos. Esses conceitos ganharam espaço e forma com a interferência do Estado no processo de expansão da assistência médica no Brasil. Com o objetivo de desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil foi desenvolvido o programa de assistência pré-natal. No entanto, essa assistência não se

debruçava sobre a proteção à saúde da mulher e estava intimamente relacionada à institucionalização do parto. De acordo com Illich (27):

*Desde que as mulheres do século XIX quiseram se afirmar, formou-se um grupo de ginecologistas: a própria feminilidade transformou-se em sintoma de uma necessidade médica tratada por universitários evidentemente de sexo masculino. Estar grávida, parir, aleitar são outras tantas condições medicalizáveis, como são a menopausa ou a presença de um útero que o especialista decide que é demais.*

Medicalizar, segundo Miles (28), significa transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais. No livro 'A medicalização do Corpo Feminino', Vieira (29) aborda a questão do processo de naturalização do corpo feminino como objeto da medicina, que consolida-se no início do século XIX, num cenário de redefinição da prática médica, de necessidade da sociedade de controlar suas populações, e da, conseqüente, medicalização da sociedade. Nesse contexto, de surgimento de uma medicina social, positivista e higienista, o médico passa a ser um "guardião da moral e dos bons costumes", que estende o exercício do controle social à sexualidade e à reprodução no corpo feminino.

## 2.5 OS PARADIGMAS TECNOCRÁTICO, HUMANÍSTICO E HOLÍSTICO DO CUIDADO EM SAÚDE E O PARTO

A antropóloga Robbie Davis-Floyd (30) descreve três paradigmas de cuidado em saúde que influenciam a atenção ao parto, eles se diferenciam pela forma de compreender a atenção à saúde e o olhar sobre o paciente/usuário. O modelo tecnocrático caracteriza-se pela divisão do indivíduo entre o corpo e a mente, compreendendo o corpo como uma máquina, pela objetificação do paciente e pela supervalorização da ciência e das tecnologias; nesse sentido incorpora acriticamente tecnologias novas e, em algumas situações, faz uso de um grande número de intervenções desnecessariamente e acaba por atender, preferencialmente, à conveniência dos profissionais de saúde. As altas taxas de cesarianas são uma das conseqüências desse tipo de modelo (31). O modelo humanístico ou biopsicossocial compreende a mente em conexão com o corpo, e, esse corpo, como um organismo, além disso o foco do cuidado é na prevenção

e compreende a tecnologia como aliada do humanismo e valoriza o cuidado dirigido pela compaixão (30). O modelo humanista privilegia o bem-estar da parturiente e de seu bebê, e o uso racional de tecnologias, buscando ser o menos invasivo possível (31). Já o modelo holístico compreende o corpo, a mente e o espírito como algo único. Esse modelo se pauta pela individualização do cuidado e incorpora, além do entendimento do parto como evento biológico, social, cultural e sexual, o enfoque do nascimento e do parto como eventos da vida espiritual (31). Segundo Davis-Floyd (30) o uso da tecnologia em cada modelo poderia ser compreendido nesses termos: o modelo tecnocrático caracteriza-se pelo "high tech/low touch"; o modelo humanístico "low tech/high touch"; e o modelo holístico como "high tech/high touch". Nesse sentido, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto e Nascimento se apresentam como uma ferramenta para a mudança de um modelo tecnocrático de cuidados na atenção a partos e nascimentos para um modelo humanista.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL:

- Avaliar potenciais barreiras e facilidades no processo de implementação das Diretrizes Clínicas Nacionais de Assistência ao Parto e propor estratégias para a sua aplicabilidade.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analisar a opinião das mulheres sobre as barreiras para a implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto.
- Compreender a opinião de atores estratégicos no processo de implementação das diretrizes sobre as potenciais barreiras e facilidades nesse processo.
- Identificar e analisar estratégias efetivas para redução de cesáreas.

## 4. MÉTODOS

### 4.1 ESCOLHAS METODOLÓGICAS

Para responder aos objetivos desse trabalho, foram desenhados três passos metodológicos que se estruturaram em três artigos científicos apresentados no capítulo 5:

**Artigo 1.** Barreiras à implementação de recomendações ao parto normal no Brasil: a perspectiva das mulheres;

**Artigo 2.** Barreiras à implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: uma análise prototípica das representações sociais de atores estratégicos;

**Artigo 3.** Efetividade de intervenções sobre arranjos organizativos para reduzir cesarianas: *overview* de revisões sistemáticas.

A seguir, é descrita uma síntese das escolhas metodológicas de cada um desses passos. Mais detalhes dos métodos adotados são encontrados nos respectivos artigos apresentados no capítulo 5 desta tese.

**Análise das contribuições das mulheres na Consulta Pública das Diretrizes Clínicas Nacionais de Assistência ao Parto** – nas Consultas Públicas da Comissão Nacional de Tecnologias do SUS - CONITEC são disponibilizados dois tipos de formulário, o de usuários, familiares ou cuidadores e o de contribuições do tipo técnico-científicas (profissionais da saúde). O formulário de usuários, familiares ou cuidadores, que foi o utilizado para extrair as opiniões das mulheres, é composto de um questionário estruturado semiaberto com seis perguntas, das quais duas são fechadas e quatro abertas, que incluem a percepção sobre as potenciais facilidades e dificuldades para a implementação das diretrizes. Para fins da análise do conteúdo das perguntas abertas foi utilizado como referencial teórico Laurence Bardin (32), que propõe três passos para isso, o primeiro seria a pré-análise do conteúdo, que é a fase de organização das ideias, o segundo passo é a de exploração do material, com a codificação dos dados, e o terceiro e último passo é do tratamento dos

resultados e sua interpretação, onde são feitas as categorizações do conteúdo (classificação por características em comum). Foi utilizado o software Atlas ti para realizar a análise de conteúdo.

**Opinião de atores estratégicos no processo de implementação das diretrizes sobre as potenciais barreiras e facilidades nesse processo** – para isso foram realizadas entrevistas com atores estratégicos da gestão, da assistência e da sociedade civil organizada para captar as suas percepções sobre esses aspectos. A abordagem da entrevista (APÊNDICE A) foi por meio do teste de associação de palavras (32). Esse teste é utilizado com a finalidade de estudar os estereótipos sociais espontaneamente partilhados por membros de um grupo social, bem como *“fazer surgir espontaneamente associações relativas as palavras exploradas ao nível dos estereótipos que criam”* (32). Para isso são criadas palavras indutoras e pede-se aos participantes que associem, livre e rapidamente essas a outras palavras – *palavras induzidas*. Para todos os entrevistados foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Foi utilizado os softwares OpenEvoC e Iramutec para análise prototípica das representações sociais dos atores entrevistados.

**Identificação e análise de estratégias para redução de cesáreas** – foi realizado um *overview* de revisões sistemáticas sobre efeitos de intervenções sobre arranjos organizacionais para reduzir cesarianas, com a elaboração de um protocolo a priori (APÊNDICE C). Como estratégia para classificação das intervenções foi utilizada a taxonomia da iniciativa EPOC - *Effective Practice and Organisation of Care*, do grupo Cochrane (33). A taxonomia EPOC considera quatro tipos de intervenções do tipo organizacionais: 1. Intervenções sobre a prestação de serviços; 2. Intervenções sobre o financiamento; 3. Intervenções sobre arranjos de governança; e 4. Intervenções sobre estratégias de implementação. Foram realizadas buscas nas bases indexadas: Pubmed, Cochrane library, Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde – BVS, Epistemonikos e Health System Evidence – HSE. A avaliação da qualidade metodológica foi realizada utilizando-se a ferramenta AMSTAR (34).

## 4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto, principalmente no que tange o seu conteúdo referente a realização de entrevistas com os atores estratégicos, foi submetido e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO A).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### ARTIGO 1 – BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DE RECOMENDAÇÕES AO PARTO NORMAL NO BRASIL: A PERSPECTIVA DAS MULHERES<sup>4</sup>

#### RESUMO

**Objetivo.** Identificar barreiras à implementação das diretrizes de assistência ao parto normal no Brasil sob a perspectiva das mulheres.

**Métodos.** Realizou-se um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa e perspectiva interpretativista. A unidade hermenêutica foi construída a partir das contribuições de usuárias, familiares ou cuidadores a uma consulta pública *on-line* sobre as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal realizada em 2016 pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo para examinar especificamente as respostas à questão “Considerando sua realidade local, o que dificultaria a implantação deste protocolo ou diretriz?”.

**Resultados.** Das 396 contribuições recebidas pela CONITEC, 55 foram incluídas na análise de conteúdo. A média de idade das mulheres foi de 31 anos, sendo a maioria branca (69%) e residente na região Sudeste do Brasil (56,3%). A codificação revelou sete categorias de barreiras, agrupadas em três famílias — barreiras relacionadas a formação e cultura profissional (com destaque para a centralidade dos médicos, e não das mulheres, no parto), barreiras relacionadas a cultura social (falta de informação por parte da população) e barreiras relacionadas a política e gestão (falta de interesse dos gestores, menor remuneração para médicos que atendem parto normal vs. cesariana e falta de infraestrutura hospitalar).

**Conclusões.** Os resultados mostraram que aspectos da formação e cultura profissional, cultura social e questões políticas e de gestão são pontos críticos que devem ser considerados na realização de intervenções futuras com o

---

<sup>4</sup> Manuscrito submetido para a *Revista Pan-Americana de Saúde Pública* em 25 de julho de 2020. Aceito em versão revisada em 24 de setembro de 2020 (ANEXO B).

objetivo de transpor ou enfraquecer as barreiras à implementação de recomendações ao parto normal no Brasil.

**Palavras-chave** Parto; protocolos clínicos; ciência da implementação; Brasil.

## 1. INTRODUÇÃO

O Brasil possui um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública de acesso universal do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante assistência integral desde a atenção primária até a alta complexidade, incluindo programas de imunização, acesso a medicamentos de alto custo e transplante de órgãos (1). De forma suplementar, pouco mais de 46 milhões dos 209,5 milhões de brasileiros possuem planos privados de saúde (2).

Nas últimas décadas, o Brasil, assim como outros países latino-americanos, vivenciou um crescimento alarmante das taxas de cesariana, tornando-se essa a principal via dos nascimentos ocorridos — 55,9% em 2018 (3). Nesse mesmo ano, a taxa média de cesariana chegou a 70% em algumas unidades da federação, e a 90% em algumas unidades de saúde privadas (3, 4).

Para enfrentar essa problemática e qualificar a atenção ao parto e nascimento, várias ações têm sido articuladas, na esfera tanto do sistema público quanto do sistema de saúde suplementar (5, 6), com destaque para as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto (7). Essas Diretrizes, elaboradas pelo Ministério da Saúde do Brasil em parceria com sociedades científicas e representantes da sociedade civil, propõem recomendações baseadas em evidências sobre questões relacionadas às vias de parto. A elaboração das Diretrizes seguiu métodos sistemáticos descritos na literatura para adaptação à realidade local de diretrizes clínicas já existentes (8). Tal processo foi conduzido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), responsável legal (9) por assessorar a elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.

Apesar desses esforços metodológicos, as Diretrizes possuem fragilidades. Na aplicação do instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE II) (10), utilizado na avaliação do rigor metodológico de diretrizes

clínicas, observou-se que o domínio da “aplicabilidade”, que diz respeito à análise e explicitação dos potenciais fatores para implementação das diretrizes, foi pouco atendido.

A experiência internacional aponta que, além do planejamento da implementação já no momento da formulação de diretrizes clínicas (11, 12), a inclusão da perspectiva dos usuários em todas as etapas da elaboração também é fundamental, possibilitando a incorporação de experiências e demandas. Além disso, a inclusão da perspectiva de usuários tem um papel importante na disseminação do conhecimento relacionado com o tema abordado (13, 14).

Para inclusão da perspectiva da sociedade em seu processo de decisão, a CONITEC tem estimulado a participação social por meio de consultas públicas, com a disponibilização de formulário específico para contribuições de usuários (15). Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi identificar potenciais barreiras à implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal no Brasil a partir da perspectiva das mulheres. Tal perspectiva se justifica por serem as mulheres as personagens principais e diretamente afetadas por essas recomendações.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

Este estudo integrou o projeto “Barreiras e estratégias para a implementação das Diretrizes do Parto Normal no Brasil”, no âmbito da iniciativa *Embedding Research for the Sustainable Development Goals* (ER-SDG), da Organização Pan-Americana da Saúde e instituições parceiras. Outros dois artigos relacionados também compõem este suplemento especial (16, 17).

Foi realizado um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa e perspectiva interpretativista, cujo objeto de análise foi a contribuição das mulheres participantes da Consulta Pública 01/2016, que tratou da versão preliminar das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (7). O documento foi disponibilizado no portal público da CONITEC e recebeu contribuições por formulário *on-line* de 12 de janeiro a 29 de fevereiro de 2016. Após esse período, todas as contribuições recebidas foram disponibilizadas integralmente, de forma anônima, no portal eletrônico da CONITEC (18).

Para o presente estudo, foram excluídas as contribuições de profissionais de saúde, pessoas interessadas no tema e pessoas jurídicas, e incluídas apenas as respostas de usuárias (18) do sexo feminino à seguinte pergunta: Considerando sua realidade local, o que dificultaria a implantação deste protocolo ou diretriz?.

Após a organização dos dados em uma planilha eletrônica, foi conduzida análise de conteúdo das contribuições. A análise foi realizada em três etapas, de acordo com os fundamentos propostos por Bardin (19). Primeiro, foi realizada a pré-análise do conteúdo, quando foram organizadas as contribuições por tipo e selecionadas aquelas advindas de mulheres, a fim de criar uma unidade hermenêutica. Na segunda etapa, de exploração do material, deu-se a leitura e a codificação dos dados. Na terceira etapa, foi feito o tratamento dos resultados e sua interpretação, para categorização do conteúdo conforme características comuns. Essa categorização foi realizada de forma não apriorística, ou seja, as categorias emergiram da interpretação dos sentidos obtidos nas codificações. Posteriormente, as categorias foram organizadas em grupos, denominados de “famílias”, de acordo com as relações percebidas entre elas. A análise de conteúdo foi conduzida com apoio do *software* Atlas.Ti (7.0).

Foram adotados critérios para avaliação do rigor metodológico em pesquisa qualitativa (credibilidade, confiabilidade, confirmabilidade e transferibilidade) (20). A fim de garantir a credibilidade e a confiabilidade dos achados, os dados utilizados neste estudo estão disponíveis num repositório público de dados (DOI: <http://dx.doi.org/10.17632/znjsyz3kzy>). Para garantir a validade, a análise dos dados foi realizada por uma pesquisadora (ATV) e validada *a posteriori* por outra pesquisadora (DR). O critério de confirmabilidade foi atendido pelo uso do *software* Atlas.ti, uma vez que o registro de todas as etapas metodológicas realizadas na pesquisa está disponível num repositório público de dados, onde é possível acessar o relatório com as codificações das *quotations* e a classificação das famílias identificadas na unidade hermenêutica (DOI: <http://dx.doi.org/10.17632/znjsyz3kzy.1>).

Com relação à transferibilidade, ressalta-se que as contribuições das mulheres podem sofrer efeitos do contexto, o fato de ter sido uma consulta pública, anônima, via internet, num dado período de tempo pode afetar o conteúdo das contribuições.

Compreende-se que um processo de reflexividade é importante para o reconhecimento da influência dos valores dos pesquisadores na interpretação dos dados. Apesar de não ter ocorrido nenhum momento de interação entre o grupo de pesquisa e as mulheres que realizaram as contribuições, admite-se que o lugar de onde se observa o objeto de estudo pode afetar a interpretação dos dados. É importante, assim, declarar que as pesquisadoras responsáveis pela análise dos dados participaram do processo de discussão das recomendações das Diretrizes, e que uma delas atua na defesa de temas relacionados com a saúde da mulher e a humanização do parto. Assim, embora a experiência e o conhecimento nas temáticas abordadas tenham auxiliado a identificação e o reconhecimento das categorias, expressam também uma perspectiva de análise.

De acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, considerando que o conteúdo analisado é de caráter público e sem identificação (18), foi dispensada a aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa.

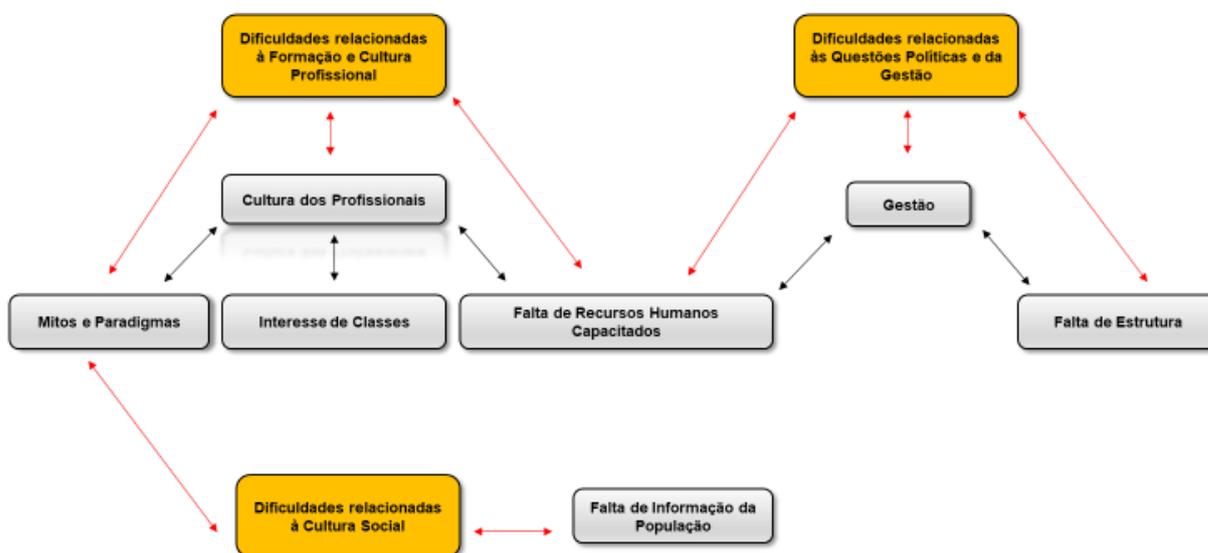
### **3. RESULTADOS**

Foram recebidas pela CONITEC 396 contribuições, das quais 66 eram procedentes de usuários/pacientes, 24 de familiares, amigos ou cuidadores de paciente, 233 de profissionais de saúde, 63 de interessados no tema e 10 advindas de pessoas jurídicas.

Das 90 contribuições procedentes do formulário de usuários/pacientes, amigos ou cuidadores, 82 eram de mulheres. Dessas, 55 responderam à pergunta do questionário “Considerando sua realidade local, o que dificultaria a implantação deste protocolo ou diretriz?”. Essas respostas foram submetidas à análise de conteúdo.

A média de idade dessas mulheres era de 31 anos, sendo a maioria branca (69%) e residente na região Sudeste do Brasil (56,3%). Ao analisar o conteúdo das contribuições das mulheres sobre as dificuldades de implementação das diretrizes para o parto normal, foram identificadas sete categorias recorrentes nos seus discursos: 1) cultura dos profissionais; 2) falta de recursos humanos capacitados; 3) gestão; 4) falta de estrutura; 5) falta de informação da população; 6) interesse de classes; e 7) mitos e paradigmas.

Essas categorias foram agrupadas em três famílias: 1) dificuldades relacionadas à formação e cultura profissional; 2) dificuldades relacionadas à cultura social; e 3) dificuldades relacionadas às questões políticas e de gestão. Observaram-se inter-relações entre as famílias apresentadas, sendo as categorias que estabelecem esses elos a falta de recursos humanos capacitados e os mitos e paradigmas (figura 1).



**Figura 1-** Rede de relações entre as famílias de dificuldades apontadas por mulheres participantes de uma consulta pública sobre implementação das recomendações sobre parto normal no Brasil.

**Setas vermelhas** – representação da relação entre as famílias e as codificações.

**Setas pretas** – representação da relação entre as codificações.

### 3.1 DIFICULDADES RELACIONADAS A FORMAÇÃO E CULTURA PROFISSIONAL

Sobre a cultura dos profissionais, destacaram-se, nas contribuições das mulheres, a resistência dos profissionais de saúde de aceitar mudanças, a centralidade dos médicos, e não das mulheres, no parto, bem como a falta de autonomia de outros profissionais não médicos. Esses aspectos são exemplificados nos depoimentos a seguir:

*A resistência dos/as profissionais à mudança da realidade. Enquanto a postura dos/as profissionais ainda for no sentido de inviabilizar a humanização do parto, seja por conveniência, falta de paciência para a espera do desencadeamento e andamento normal do trabalho de parto, a implementação do protocolo ou diretriz será cada vez mais distante de sua concretização. (CONITEC, Consulta Pública 01/2016, p. 126) (18)*

*Os profissionais da área da saúde (obstetras, técnicos em enfermagem, enfermeiros e pediatras) insistem em tornar o parto um evento médico [...] Não deixam a mulher ser protagonista, caminhar, se alimentar ou escolher a posição mais confortável para parir (CONITEC, Consulta Pública 01/2016, p. 15) (18)*

Dois outros pontos se destacam nesta categoria — a questão da humanização e a violência obstétrica, ambas abordadas com ênfase na falta de tratamento humanizado, com intervenções violentas que desrespeitam os direitos da mulher:

*Muitas violências obstétricas ainda acontecem no contexto obstétrico atual, que nos deixam indignadas e sabemos, com poucas informações que temos como leigas, que não precisam ser assim os atendimentos às gestantes. (CONITEC, Consulta Pública 01/2016, p. 111) (18)*

Outras três categorias que se relacionam com a questão da cultura dos profissionais são a falta de recursos humanos capacitados, interesses de classes e mitos e paradigmas. O conteúdo das contribuições das mulheres segue no sentido de afirmar que faltam na rede profissionais de saúde capacitados para um atendimento integral e humanizado, com um olhar para as práticas baseadas em evidências científicas e não baseadas em mitos e paradigmas assistenciais ultrapassados. Isso é reforçado pelos interesses de classes, que, segundo a contribuição das mulheres, perpetuam essas práticas e esse olhar sobre o

campo do parto e nascimento, ao defender certas práticas e modelos de assistência ao parto:

*[...] um grande dificultador serão as corporações médicas, que desejam manter o controle do corpo da mulher e os procedimentos que vêm adotando há décadas, privilegiando a cesárea, a episiotomia e a não informação esclarecida da mulher assistida na hora do parto. (CONITEC, Consulta Pública 01/2016, p. 227) (18)*

Cabe aqui a reflexão sobre a normatização da concessão do “pedido” da realização de cesariana pelas mulheres, o real desejo dessas mulheres e a necessidade de se realizar essa intervenção. Essa situação pode exemplificar o que as mulheres expressaram, em sua contribuição à consulta pública, como interesses de classes.

### 3.2 DIFICULDADES RELACIONADAS À CULTURA SOCIAL

Um ponto importante levantado como fragilidade para o exercício pleno da autonomia e reivindicação de direitos foi a falta de informações da população, que apareceu em contribuições como *“desconhecimento e falta de informação da população”*, e preocupação quanto à *“acessibilidade desta proposta às gestantes e aos pais”*.

Para fins desta análise, consideraram-se os mitos e paradigmas como aspectos que reforçam essa questão, como indicam as menções a *“antigos conceitos e preconceitos”* e *“paradigmas e mitos culturais pregados há décadas”*.

### 3.3 DIFICULDADES RELACIONADAS A QUESTÕES POLÍTICAS E DE GESTÃO

Muito presente também nas contribuições dessas mulheres foram questões relacionadas à gestão como fator para dificultar a implementação de uma política de apoio à assistência ao parto normal de qualidade, tendo em vista, segundo as contribuições, a *“falta de vontade política dos gestores”*, *“falta de interesse da prefeitura e da secretaria de saúde”* e *“... manobras políticas [que] impedem que muitos recursos sejam implantados em meu município”* (CONITEC, Consulta Pública 01/2016, p. 30, 34 e 136).

Outra questão que emergiu na contribuição das mulheres sobre a gestão foi a forma de remuneração dos médicos:

*A remuneração dos profissionais que assistem o parto normal, pois é muito mais vantajoso fazer 10 cesáreas no dia do que atender somente um trabalho de parto que dure 12 horas*

*O pagamento realizado aos médicos pelos planos de saúde deve ser justo, ou seja, um valor muito acima do empregado nos dias atuais (CONITEC, Consulta Pública 01/2016, p. 23 e 246)*

Além disso, outro destaque nas contribuições é a falta de fiscalização e cumprimento da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que regulamenta o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal e da “*lei do acompanhante*”, como descrito na contribuição: “... a falta de fiscalização do cumprimento da RDC 36/2008 e da *Lei do Acompanhante*”. (CONITEC, Consulta Pública 01/2016, p. 181).

A lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, conhecida popularmente como lei do acompanhante, garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

A falta de estrutura foi sinalizada como falta de profissionais, instalações hospitalares inadequadas ou mesmo ausência de maternidades. Outro problema de estrutura relatado foi a ausência de casas de parto e escassez de enfermeiras obstétricas e obstetrizes: “*A falta de Casas de Parto e de acesso a Enfermeiras Obstétricas e Obstetrizes que possam acompanhar as gestantes*” (CONITEC, Consulta Pública 01/2016, p. 235)

#### 4. DISCUSSÃO

O presente estudo analisou a contribuição das brasileiras participantes de um processo de consulta pública acerca das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, com foco nas dificuldades percebidas por essas usuárias para a implementação das Diretrizes. Entre as dificuldades citadas, os depoimentos acerca de dificuldades relacionadas a formação e cultura profissional vão ao encontro de relatos anteriores. O inquérito nacional 'Nascer no Brasil', que entrevistou 23 894 mulheres de todas as regiões do país sobre intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto (21), observou boas práticas durante o trabalho de parto em menos de 50% da experiência das mulheres. Em estudo realizado em 2017, com todas as 606 maternidades públicas e mistas envolvidas na Rede Cegonha e um total de 10 675 puérperas, Leal et al. (22) observaram frequências menores às da pesquisa Nascer no Brasil, mas ainda expressivas, de práticas consideradas prejudiciais, como, por exemplo, episiotomia (27,7% vs. 47,3%) e manobra de Kristeller (15,9% vs. 36,1%).

Para evidenciar o reconhecimento internacional do problema de práticas prejudiciais no momento do parto, em 2015 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou declaração sobre a prevenção e eliminação do desrespeito e abuso durante o parto (23). Além disso, esse tema aparece como recomendação explícita, tanto em diretrizes da OMS sobre cuidados intraparto para uma experiência positiva de parto (24), como no *International Childbirth Initiative* (ICI) (25), elaborado em parceria com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). Essa discussão é tão relevante e atual que, em 2019, uma revisão sistemática com estudos da América Latina relatou prevalência de 43% de desrespeito e abuso às mulheres durante o parto, evidenciando que essa violência é da cultura dos serviços (26).

No Brasil, diante de um cenário de discussão sobre a autonomia das mulheres e do profissional médico, o Conselho Federal de Medicina resolveu se manifestar por meio de uma Resolução (27), que diz, no seu artigo 1º, que, desde que tenha recebido as informações sobre os riscos e benefícios do parto vaginal e cesariana, é direito da gestante optar pela realização de cesariana em situações eletivas (a partir da 39ª semana).

Dados da pesquisa 'Nascer no Brasil' (21) revelaram que a preferência das mulheres pela cesariana no início da gestação foi de apenas 27,6%, com variações a depender do setor (público ou suplementar) em que estavam sendo assistidas e do número de gestações anteriores. É importante destacar que, independentemente do desejo das mulheres e do setor em que estavam sendo assistidas, a proporção de cesáreas foi superior à preferência inicial dessas mulheres.

Em estudo realizado em maternidades do Sul do Brasil (28), observou-se que os fatores significativamente associados ao pedido de realização da cesariana foram: elevada escolaridade e renda familiar, realização de pré-natal no setor privado, ter sido atendida pelo mesmo médico durante todo o pré-natal e não ter referido comorbidade no período gestacional. Ou seja, a ocorrência de cesarianas a pedido foi maior em mulheres com menores riscos de complicações durante a gravidez e o parto.

Quanto às dificuldades relacionadas à cultura social, a falta de informação e os mitos e paradigmas apareceram nos depoimentos. Em consonância, as recomendações da OMS sobre Intervenções Não Clínicas para Reduzir Cesarianas Desnecessárias (29) destacam que a educação em saúde para as mulheres é um componente essencial no cuidado pré-natal, pois elas se sentem fortalecidas, o que fornece, inclusive, a base para um diálogo informado com os profissionais de saúde.

Um exemplo de como a falta de informação pode afetar a implementação das Diretrizes pode ser observado no documento da OMS sobre cuidados intraparto (24). Esse documento relata que algumas mulheres podem apresentar dificuldades em relação ao uso de analgesia epidural, por medo do procedimento e de seus riscos, dor, conflito ou culpa. Ao compreender que o fenômeno de altas taxas de cesariana no Brasil e outros países da América Latina têm forte relação com fatores socioculturais (30), ressalta-se aqui a importância da comunicação eficaz e do acesso à informação para essas mulheres.

Em relação a dificuldades relacionadas a questões políticas e de gestão, cabe lembrar que o apoio contínuo à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, por um acompanhante, é direito garantido por lei no Brasil desde 2005 (31); no entanto, observa-se que, passados 15 anos desse marco legal, ainda há dificuldades com relação ao seu cumprimento. Diniz et al. (32)

observaram que 24,5% das mulheres não tiveram acompanhamento em nenhum momento da internação hospitalar, com diferenças importantes no setor público (29,5%) e privado (4,7%).

O estudo de Bittencourt et al. (33) evidenciou que, no Brasil, 70,6% e 98,8% dos hospitais públicos e privados, respectivamente, dispunham de equipamentos mínimos de emergência materna. Com relação aos equipamentos mínimos de emergência para recém-nascidos, a proporção foi de 67,7% e 87,8% respectivamente. Essas diferenças aumentavam ao olhar a situação regionalmente. Os hospitais públicos das regiões Norte e Nordeste apresentavam percentuais de 56,3% e 44,8% na disponibilidade de equipamentos de emergência materna e de recém-nascidos. Essa situação explicita o problema de inadequação da estrutura hospitalar, que é a barreira importante à implementação de diretrizes assistenciais que objetivam a qualidade do cuidado. No estudo de Bittencourt et al., foi utilizado como indicador para avaliar os recursos humanos a verificação da existência de coordenador médico e de enfermagem com título de especialista nos serviços de obstetrícia e neonatologia; observou-se que, entre médicos coordenadores, a maioria possuía especialização em obstetrícia, 94,4% nos hospitais públicos e 100,0% nos hospitais privados. Na neonatologia, foram 94,4% e 77,0%. Com relação à presença de coordenadores enfermeiros com especialização, esta foi menor em ambas as especialidades, 58,0% na obstetrícia e 64,4% na neonatologia, nos hospitais públicos, e 62,7% e 71,8% nos hospitais privados. Isso converge com a preocupação das mulheres com a falta de recursos humanos capacitados (33).

Embora pautado em métodos consistentes, o presente estudo apresenta algumas limitações, entre elas o tamanho da amostra e o viés de seleção, devido aos dados não terem sido coletados de forma ativa, tendo em vista que o perfil de mulheres que participam de uma consulta pública é potencialmente diferenciado, por questões como acesso à rede de Internet e possibilidade de dedicar tempo, voluntariamente, para contribuir num texto dessa natureza. Logo, os resultados têm conclusões norteadoras para a implementação das diretrizes, mas não podemos afirmar que são representativos da opinião das mulheres brasileiras.

Ao interpretar essas contribuições, é importante considerar a possibilidade de serem provenientes, em sua maioria, de mulheres ativas na causa da

assistência ao parto no Brasil. Por outro lado, pode-se igualmente especular que sejam contribuições de pessoas com maior disponibilidade de acesso a informações e, portanto, de desenvolvimento de crítica ao cuidado que é oferecido, tanto no setor público, como no setor privado.

A partir da análise realizada, observou-se que as barreiras para a implementação das Diretrizes de Assistência ao Parto, na percepção das mulheres que participaram dessa Consulta Pública, estavam concentradas nas dificuldades relacionadas à formação e cultura profissional, à cultura social e às questões políticas e de gestão. Resguardadas as limitações, considera-se que este estudo fornece importante contribuição para a implementação de políticas públicas para a saúde da mulher, ao indicar potenciais pontos críticos para realização de futuros estudos ou intervenções, no sentido de transpor ou enfraquecer algumas barreiras para a implementação das Diretrizes de Assistência ao Parto Normal.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude> Acessado em 11 de setembro de 2020.
2. Brasil, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2010-2020). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais> Acessado em 11 de setembro de 2020.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson). Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/2018> Acessado em 14 de junho de 2020.
4. Oliveira RR de, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TA de F. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5):733–40.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1 459/2011. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html) Acessado em novembro de 2020
6. Brasil, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa 368/2015. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20direito%20de,no%20%C3%A2mbito%20da%20sa%C3%BAde%20suplementar> Acessado em novembro de 2020
7. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/DDT\\_Assistencia\\_PartoNormal.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/DDT_Assistencia_PartoNormal.pdf) Acessado em novembro de 2020.
8. Fervers B, Burgers JS, Voellinger R, Brouwers M, Browman GP, Graham ID, et al. Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in

- guideline development and improve utilisation. *BMJ Qual Saf.* 2011;20(3):228–36.
9. Brasil. Lei 12 401/2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm#:~:text=Alterar%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS.&text=%E2%80%9CArt.&text=A%20assist%C3%AAncia%20terap%C3%AAutica%20integral%20a,do%20inciso%20I%20do%20art](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm#:~:text=Alterar%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS.&text=%E2%80%9CArt.&text=A%20assist%C3%AAncia%20terap%C3%AAutica%20integral%20a,do%20inciso%20I%20do%20art) Acessado em novembro de 2020
  10. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Can Med Assoc J.* 2010;182(18):E839–42.
  11. Harrison MB, Graham ID, van den Hoek J, Dogherty EJ, Carley ME, Angus V. Guideline adaptation and implementation planning: a prospective observational study. *Implement Sci.* 2013;8(1):49.
  12. Gagliardi AR, Marshall C, Huckson S, James R, Moore V. Developing a checklist for guideline implementation planning: review and synthesis of guideline development and implementation advice. *Implement Sci.* 2015;10(1):19.
  13. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Improving how patients and the public can help develop NICE guidance and standards. NICE; 2016.
  14. Chapman E, Haby MM, Toma TS, de Bortoli MC, Illanes E, Oliveros MJ, et al. Knowledge translation strategies for dissemination with a focus on healthcare recipients: an overview of systematic reviews. *Implement Sci.* 2020;15(1):14.
  15. Brasil. Ministério da Saúde. Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS : como se envolver. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
  16. Oliveira CF, Ribeiro AAV, Luquine Jr CD, de Bortoli MC, Toma TS, Chapman EMG, et al. Barreiras à implementação de recomendações para assistência ao parto normal: revisão rápida de evidências. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e132. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.132>
  17. Barreto JOM, Bortoli MC, Luquine Jr. CD, Oliveira CF, Toma TS, Ribeiro AAV, et al. Barreiras e estratégias para implementação de Diretrizes Nacionais

- do Parto Normal no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e120. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.120>
18. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Contribuições da Consulta Pública - PCDT - Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal - CONITEC. Consulta Pública no 1, de 8 de janeiro de 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Contribuicoes/2016/CP\\_CONITEC\\_01\\_2016\\_PCDT\\_Diretriz\\_Nacional\\_de\\_Assist%C3%Aancia\\_ao\\_Parto\\_Normal.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Contribuicoes/2016/CP_CONITEC_01_2016_PCDT_Diretriz_Nacional_de_Assist%C3%Aancia_ao_Parto_Normal.pdf) Acessado em novembro de 2020.
  19. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
  20. Forero, R., Nahidi, S., De Costa J et al. Application of four-dimension criteria to assess rigour of qualitative research in emergency medicine. BMC Health Serv Res. 2018;18(120).
  21. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saude Publica. 2014;30(suppl 1):S17–32.
  22. Leal M do C, Bittencourt S de A, Esteves-Pereira AP, Ayres BV da S, Silva LBRA de A, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. Cad Saude Publica. 2019;35(7).
  23. World Health Organization (WHO). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Genebra: WHO; 2015. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf;jsessionid=CDC29B6324A27B5F7889C28A4C0A5990?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=CDC29B6324A27B5F7889C28A4C0A5990?sequence=1) Acessado em novembro de 2020.
  24. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: WHO; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> Acessado em novembro de 2020.
  25. Lalonde A, Herschderfer K, Pascali-Bonaro D, Hanson C, Fuchtner C, Visser GHA. The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and

- respectful MotherBaby-Family maternity care. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019 Jul;146(1):65-73. doi: 10.1002/ijgo.12844.
26. Tobiasía-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R, et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:1.
  27. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM no 2 144/2016. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf> Acessado em novembro de 2020.
  28. Cesar JA, Sauer JP, Carlotto K, Montagner ME, Mendoza-Sassi RA. Cesarean section on demand: a population-based study in Southern Brazil. *Rev Bras Saude Materno Infant*. 2017;17(1):99–105.
  29. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Genebra: WHO; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/non-clinical-interventions-to-reduce-cs/en/> Acessado em novembro de 2020.
  30. Teixeira S, S Machado H. Who Caesarean Section Rate: Relevance and ubiquity at the present day – a review article. *J Pregnancy Child Health*. 2016;03(02).
  31. Brasil, Presidência da República. Lei 11 108/2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm) Acessado em novembro de 2020.
  32. Diniz CSG, D’Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(suppl 1):S140–53.
  33. Bittencourt SD de A, Reis LG da C, Ramos MM, Rattner D, Rodrigues PL, Neves DCO, et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Cad Saude Publica*. 2014;(suppl 1):S208–19.

## ARTIGO 2. BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL: UMA ANÁLISE PROTOTÍPICA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ATORES ESTRATÉGICOS <sup>5</sup>

### **Resumo**

Este estudo tem por objetivo analisar as representações sociais de atores estratégicos envolvidos na assistência ou gestão em saúde, sobre as questões que envolvem a mulher, o parto e o nascimento, buscando identificar e compreender barreiras à implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Foi realizado um estudo qualitativo descritivo, de corte transversal, baseado num teste de associação livre de palavras, com 12 atores estratégicos. As palavras (Parto; Enfermeira obstétrica; Nascimento; Médico obstetra; Mãe; Complicação; Mulher) foram selecionadas a partir de uma análise textual das contribuições da sociedade na Consulta Pública das Diretrizes, com o software IRaMuTeQ. A análise do resultado do teste de associação de palavras foi realizada na abordagem estrutural das Representações Sociais, com os softwares OpenEVOC e IRaMuTeQ. Foram identificadas como potenciais barreiras à implementação as representações sobre parto associado à dor, o médico obstetra como obstrutor e os estereótipos que marcam o papel da mulher e da mãe na sociedade. Compreender essas representações é importante para evidenciar as convenções que subjazem nas atitudes e práticas de profissionais e usuárias, possibilitando a definição de estratégias específicas para cada grupo.

**Palavras-chave:** Parto; Protocolos Clínicos ; Ciência da implementação; Representações sociais

---

<sup>5</sup> Manuscrito submetido a *Physis Revista de Saúde Coletiva* em 31 de agosto de 2020. Em 11 de outubro de 2020 os revisores recomendaram a publicação com poucas alterações (ANEXO C).

## 1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a cesariana tornou-se a principal via dos nascimentos no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Muitos desses procedimentos cirúrgicos são eletivos, realizados sem indicação materna e fetal; todavia, podem ter consequências para a saúde das mulheres e seus bebês (2) Ademais, tanto pelo uso de recursos para sua realização, como por suas consequências, têm impacto financeiro para os sistemas de saúde: Gibbons et al (2010) estimaram que, no mundo, são realizadas cerca de 6,2 milhões de cesáreas desnecessárias, sendo que o custo global do excesso de cesáreas foi estimado em 2,32 bilhões de dólares.

Diante desse cenário, várias foram as iniciativas da política pública elaboradas para reduzir essa proporção, sendo parte destas as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), que foram elaboradas com o objetivo de apresentar recomendações sobre assistência ao parto e nascimento, baseadas nas melhores evidências disponíveis.

Ao refletir sobre a implementação dessas diretrizes, não se pode desconsiderar elementos do contexto brasileiro que contribuem para as altas taxas de cesarianas e o fato deste tema envolver importantes questões de gênero e poder. Para Bourdieu (5) a dominação masculina está ancorada em nossos inconscientes, nas estruturas simbólicas e nas instituições da sociedade, e consagram uma ordem patriarcal. Foucault (6) denunciou que essa dominação se expressa na sociedade por meio da patologização dos corpos femininos. Miles (7) apresenta o conceito da medicalização da sociedade ocidental, que significa transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais.

A partir da segunda metade do século XX, um terreno fértil para a institucionalização do parto foi criado, num cenário de entusiasmo pelos avanços tecnológicos, aliado à inclusão da percepção de fatores de risco, no campo da saúde (8). Logo, o parto foi transformado em objeto de intervenção médica, e diversas etapas fisiológicas, como as dores inerentes ao processo, passaram a ser compreendidas como indesejáveis e “tratáveis” pelo uso das novas

tecnologias desenvolvidas pela medicina (9). Além disso, o componente técnico passou a ser privilegiado no lugar do cuidado abrangente, e uma racionalidade mecânica, industrial, focada na produtividade, foi incorporada também no âmbito da saúde (10).

No sentido de compreender esses fenômenos, que se reproduzem na sociedade, as representações sociais, compreendidas como sistemas de interpretação que regem a relação dos sujeitos com o mundo, orientam as práticas, têm efeito sobre os processos de difusão e assimilação de conhecimentos, na definição das identidades pessoais e sociais, na expressão dos grupos e nas transformações sociais (11), e que são transmitidas por meio de uma sequência de elaborações e mudanças que ocorreram ao longo do tempo (12), podem ser utilizadas para orientar essa leitura.

Segundo Moscovici (12) as representações sociais possuem uma natureza, de convenção e de prescrição. Ao convencionalizar objetos, pessoas ou acontecimentos, acomoda-se algo a uma forma determinada, a padrões (inconscientes, em sua maioria), partilhados por um grupo de pessoas. Já no sentido prescritivo, as representações se impõem como uma “força irresistível”, que é a combinação de uma estrutura que antecede o começo do pensar e de uma tradição que determina o que deve ser pensado.

Abric (1993) descreve a teoria estrutural das representações sociais, e reconhece nelas um núcleo central que define a essência da representação e cuja função é a geração de significados e a organização desses significados. Em torno do núcleo central estão os elementos periféricos, cuja presença, valor e função são determinados pelo núcleo; uma primeira periferia que forma parte dessas representações traz a heterogeneidade das ideias do grupo. Nela incluem-se ideias, as vezes contraditórias com o núcleo central, porém protetoras dele; a segunda periferia seria outra das partes da estrutura que estaria conformada pelas ideias que não formam parte dessas representações. Por último, uma zona de contraste onde estariam os significados de, provavelmente, futuras representações, e que pode conter elementos contra-normativos (14,15)

Para Abric (14) as representações sociais desempenham um papel fundamental nas práticas e na dinâmica das relações sociais e respondem a: i.

funções de saber, pois permitem entender e explicar a realidade; ii. funções identitárias, que definem a identidade e situam o indivíduo e os grupos no campo social; iii. funções de orientação, sendo um guia para a ação e; iv. funções justificadoras, após uma ação, para explicar e justificar conduta em uma determinada situação ou em consideração aos seus pares.

Reconhecer a força dessas representações na subjetividade dos profissionais de saúde, na tentativa de compreender como influenciam nas suas atitudes e comportamentos, pode auxiliar a elucidar as barreiras à implementação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Tendo como referência as Diretrizes Brasileiras de Assistência ao Parto Normal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), este estudo tem por objetivo analisar as representações sociais de atores estratégicos envolvidos na assistência ou gestão em saúde, sobre as questões que envolvem a mulher, o parto e o nascimento, buscando identificar e compreender potenciais barreiras à implementação das Diretrizes.

## **2. MÉTODO**

Foi realizado um estudo qualitativo descritivo, de corte transversal, baseado numa técnica associativa livre de palavras (16) com 12 atores estratégicos selecionados pelo envolvimento na assistência ou gestão do cuidado ao parto e nascimento, de acordo com os critérios estabelecidos pelas Ferramentas SUPPORT (Supporting Policy Relevant Reviews and Trials) para Políticas Informadas por Evidências, que incluem a organização de diálogos deliberativos (17). A escolha dos participantes se deu a partir do mapeamento de interessados no problema e/ou no seu enfrentamento, incluindo de forma equilibrada quatro grupos: tomadores de decisão e seus apoiadores, profissionais de saúde, membros da sociedade civil organizada e pesquisadores da temática abordada. É importante salientar que buscou-se alcançar a 'justa representação' dos stakeholders. Assim, pode-se considerar que se trata de uma amostra de conveniência, composta por atores/informantes-chave com alto conhecimento, interesse e envolvimento com a problemática abordada no

diálogo deliberativo. Dos 12 atores estratégicos, 10 eram mulheres e 2 homens; 6 eram enfermeiros, 4 médicos (3 obstetras e 1 pediatra), 1 odontólogo e 1 jornalista.

O diálogo foi realizado em outubro de 2019, em Brasília, em reunião cujo objetivo foi deliberar sobre estratégias de implementação das Diretrizes do Parto Normal no Brasil, tendo como subsídio uma síntese de evidências globais (BARRETO et al, 2019), produzida para informar o diálogo.

A coleta de dados foi realizada aplicando um teste de associação de palavras (16), amplamente utilizado para este tipo de análises das representações sociais (WACHELKE, CONTARELLO, 2012; SHIMIZU, SILVA, et al., 2015) que serve para fazer surgir espontaneamente associações relativas às palavras vinculadas ao estereótipo que cada indivíduo cria. Logo, foram apresentadas sete palavras, uma por vez, individualmente. A cada apresentação da palavra indutora foi solicitado para o indivíduo associar livre e espontaneamente outras três palavras – palavras induzidas. As palavras foram dispostas de maneira que uma palavra com potencial de sugestionar outra não estivessem próximas.

As palavras foram selecionadas a partir da análise das contribuições da sociedade na Consulta Pública das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, que ocorreu no período de 12 de janeiro de 2016 a 29 de fevereiro de 2016, e estão disponíveis no sitio eletrônico da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS – CONITEC (21). Uma análise textual sobre as contribuições foi realizada utilizando o software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) (CARVALHO et al, 2019). As contribuições foram incluídas e organizadas em um único corpus, que foi submetido a análise lexical clássica (23,24) e a análise de classificação hierárquica descendente (CHD) (23,25). O conteúdo analisado foi categorizado pelo software em classes de palavras, que representam temas de abordagem pelos contribuintes. Foram selecionadas as palavras mais frequentes em cada classe que expressavam significado para a compreensão do tema.

A análise do resultado do teste de associação de palavras foi realizada com o auxílio dos softwares OpenEVOC (26) e IRaMuTeQ. Por meio do

OpenEVOC foi realizada uma análise na abordagem estrutural das Representações Sociais. Essa abordagem, baseou-se na Teoria do Núcleo Central (14). Para Abric (2004) toda representação é organizada em torno de um núcleo central, elemento fundamental, que determina o significado e a organização da representação. Em torno do núcleo central estão os elementos periféricos, que possuem uma natureza hierárquica: quando próximos ao núcleo, desempenham um papel na definição de significado da representação; mais distantes do núcleo, atuam para esclarecer ou justificar o seu significado. Por meio do IRaMuTeQ foi feita a análise de matrizes, com análises de frequência e prototípica (27), que proporciona a criação de um diagrama para o estudo da centralidade das palavras evocadas, auxiliando na identificação da estrutura da representação.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília (parecer no. 3.119.080, CAAE 01857418.1.0000.8027) em março de 2019. Os sujeitos de pesquisa foram informados sobre a pesquisa, assinaram e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 ANÁLISE LEXICAL E ANÁLISE DE CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE DA CONSULTA PÚBLICA DAS DIRETRIZES**

A consulta pública contou com 386 contribuições da sociedade (pessoa física); dessas, 82 foram excluídas da análise, pois, contavam apenas com “sim” ou “não” como texto da sua contribuição. O corpus geral foi constituído por 296 textos, separados em 971 segmentos de texto, onde 879 foram aproveitados, correspondendo a 90,53% do total.

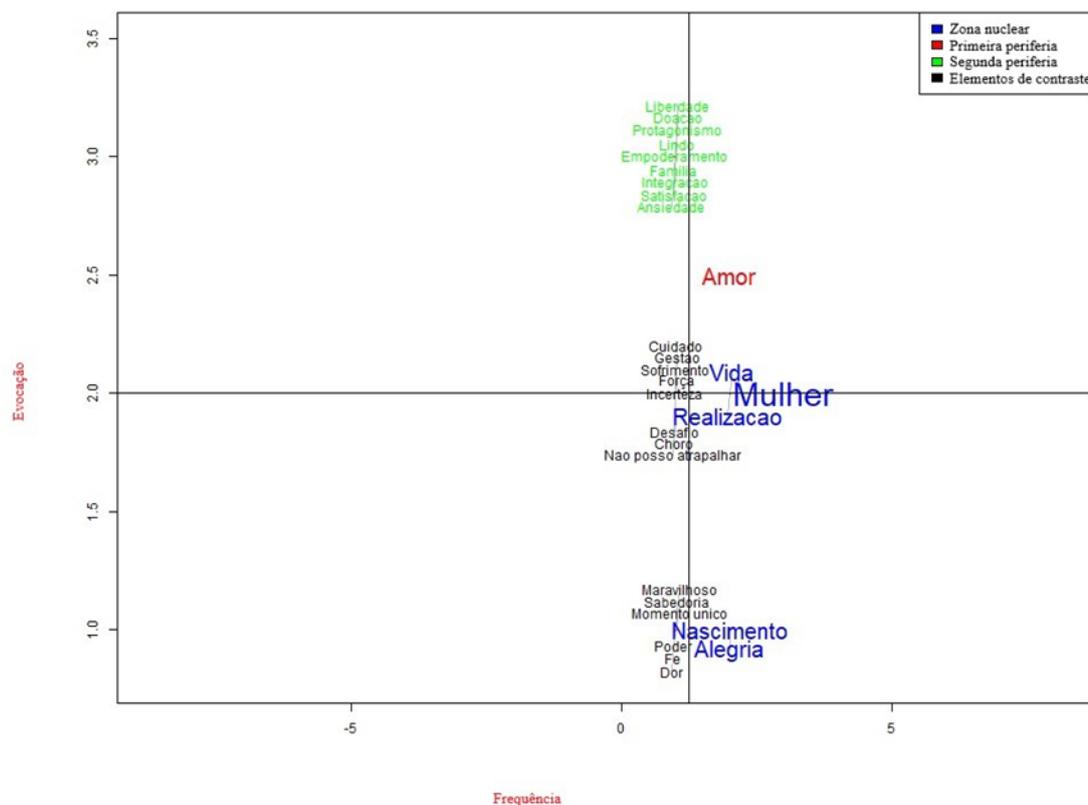
O conteúdo analisado foi categorizado pelo software em cinco classes de palavras: classe 1, com 262 segmentos de texto (29,81%), classe 2, com 253 (28,78%), classe 3, com 124 (14,11 %), classe 4, com 172 (19,57%) e classe 5, com 68 (7,74%).

Foram observadas as palavras mais frequentes em todas as classes e selecionadas àquelas que tinham significado no contexto do estudo. Logo, foram selecionadas as seguintes palavras: 1. Parto; 2. Enfermeira obstétrica; 3. Nascimento; 4. Médico obstetra; 5. Mãe; 6. Complicação; 7. Mulher.

### 3.2 ANÁLISE DE FREQUÊNCIAS E EVOCAÇÃO

Ao analisar as figuras, de 1 a 7, das análises prototípicas, pode-se observar que as palavras situadas abaixo da linha central e evocadas com maior frequência em baixa ordem de evocação, ou seja, que foram prontamente evocadas (representadas em azul), indicam ser os elementos do núcleo central. As palavras em vermelho, situadas no quadrante acima da linha central são denominadas de primeira periferia, foram evocadas com maior frequência, mas como evocação de maior ordem, ou seja, que não foram prontamente evocadas. A zona de contraste, situada abaixo da linha central e ao centro (em preto), são palavras que foram evocadas prontamente (primeira ou segunda evocação), no entanto, com menos frequência, são denominadas de elementos de contraste. Por fim, as palavras em verde, situadas acima da linha central, são denominadas de segunda periferia, são àquelas com menor frequência e em maior ordem de evocação.

**3.2.1 Parto** – As palavras mais frequentes como primeira evocação foram “nascimento” (5,56%) e “alegria” (5,56%). Como segunda evocação as palavras mais frequentes foram “mulher” (8,33%), “vida” (5,56%), “realização” (5,56%) e “amor” (5,56%). Como terceira evocação a frequência entre as palavras foi semelhante (2,78%) surgindo palavras como “protagonismo”, “satisfação”, “ansiedade”, “família”, “doação”, “integração”, “lindo”, “empoderamento” e “liberdade”. Palavras como “dor” e “sofrimento” também aparecem respectivamente como primeira e segunda evocação. (Figura 1)



**Figura 1.** Diagrama de análise prototípica da evocação “Parto”.

As palavras evocadas para “Parto” que indicam pertencer ao núcleo central são “nascimento”, “alegria”, “vida”, “mulher” e “realização”. Em sequência, a palavra “amor” localizada na primeira periferia. Ao analisar as outras palavras, evocadas primeiramente, se observa que algumas mantêm coerência com a conotação das palavras supracitadas. Como palavras dos elementos periféricos distais, que justificariam os elementos do núcleo central, aparecem palavras que trazem a ideia de centralidade da mulher no parto como “protagonismo”, “empoderamento”, “liberdade”, “satisfação” e “integração”.

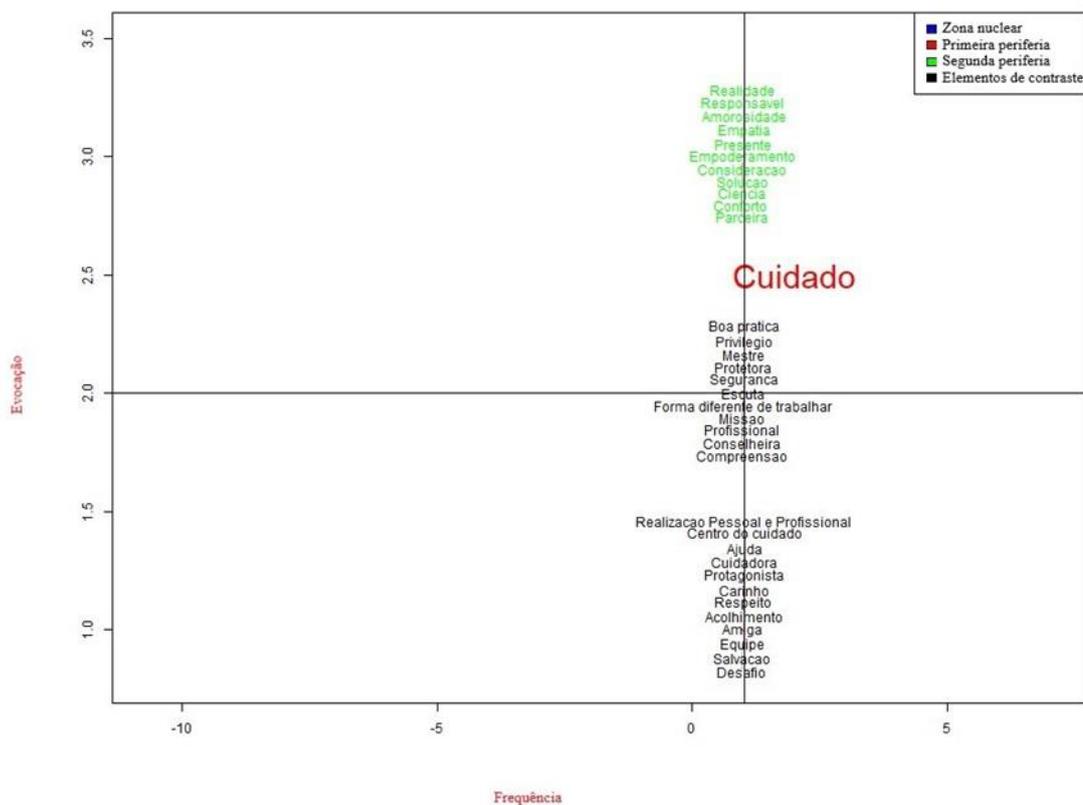
Essas representações estão em consonância com as políticas brasileiras elaboradas ao longo das últimas décadas, que envolvem a saúde da mulher, a humanização e a mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, 2004, 2011) o que pode estar refletindo a trajetória de alguns dos participantes do diálogo deliberativo, os quais estiveram

envolvidos diretamente na construção e implementação dessas políticas.

As palavras do núcleo central, tanto “realização” quanto “mulher”, evocam concepções patriarcais onde a mulher para cumprir com o seu destino (se realizar) precisa passar por isto. As palavras “amor” e “alegria” baseiam-se na representação social da romantização da maternidade (BERNARDES, FREITAS LOURES, et al., 2020). Observa-se nas representações sobre o parto, concepções de gênero típicas da sociedade brasileira (AGUIAR, 2007).

No entanto, em contraste a esses elementos, observa-se aqueles relacionados às dores do parto como “dor”, “sofrimento”, “choro”, “incerteza”. Segundo Spink (2013), o medo da dor e do desconhecido são determinantes socioculturais que influenciam a representação social da mulher sobre o parto. No estudo Nascer no Brasil (DOMINGUES, DIAS, et al., 2014) o medo da dor do parto foi relatado como o principal motivo para a escolha da cesariana (46,6%).

**3.2.2 Enfermeira obstétrica** – Como primeira evocação a distribuição das frequências das palavras foi semelhante (2,78%), no entanto, ao analisar o conteúdo das palavras observa-se que mais frequentemente estão associadas ao “cuidado”, surgindo palavras como “cuidadora”, “ajuda”, “carinho”, “amiga”, “acolhimento”, “centro do cuidado”. Como segunda evocação a palavra mais frequente foi “cuidado” (5,56%). E como terceira evocação a frequência entre as palavras foi semelhante (2,78%) surgindo palavras como “empoderamento”, “presente”, “consideração”, “solução”, “parceira”, “ciência”, “responsável”, “empatia”, “realidade” e “conforto” (Figura 2).



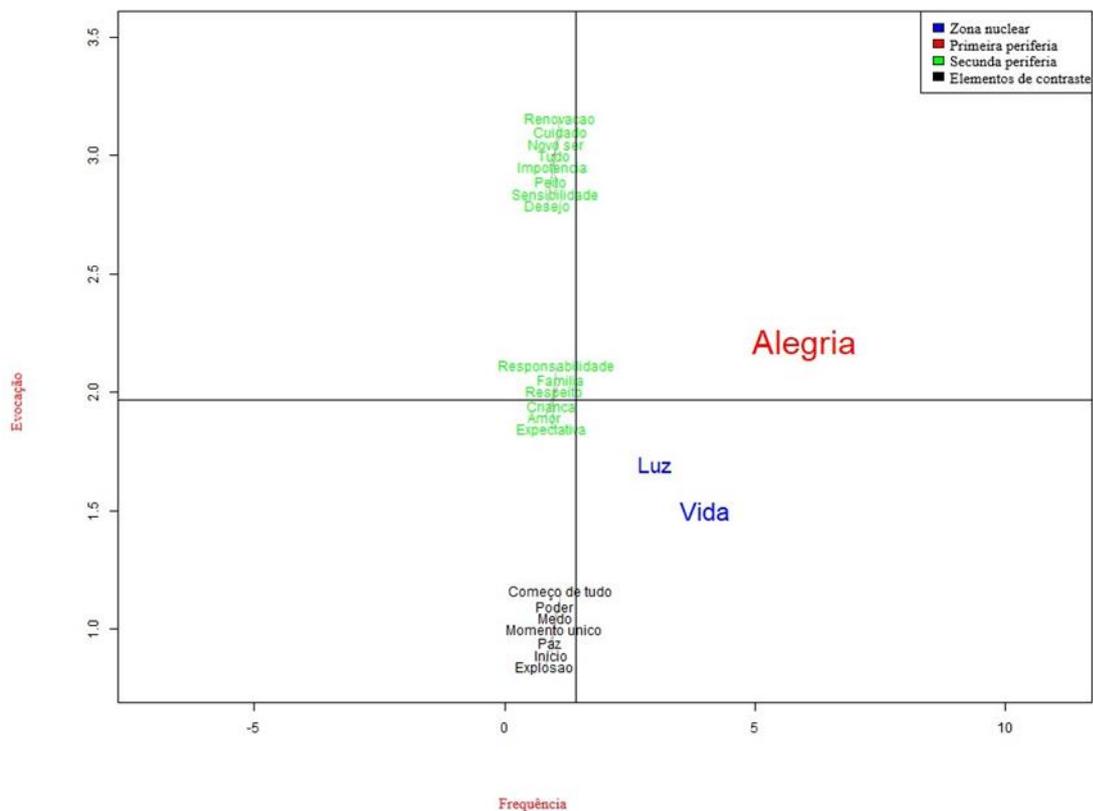
**Figura 2.** Diagrama de análise prototípica da evocação “Enfermeira Obstétrica”.

Para “Enfermeira Obstétrica”, observou-se um fenômeno particular, pois todas as palavras evocadas possuíam conotação positiva e estavam relacionadas ao cuidado, independente da ordem de evocação. Dos 12 entrevistados, 6 eram enfermeiros, no entanto, observou-se o mesmo padrão de resposta entre os médicos e outros profissionais.

Em estudo que analisou relatos de parto vaginal de mulheres após terem vivenciado cesáreas (35) a “enfermeira obstétrica” é relatada como: ativista da humanização, que fornece informações novas, apoia, conversa e que forma vínculo. Observa-se também nesses relatos que há diferenças na construção da identidade de “enfermeira obstétrica” e de “enfermeira”. A representação da “enfermeira obstétrica” é marcada pela afetividade, cumplicidade, incentivo e orientação durante o parto, que se aproxima das representações dos participantes aqui analisadas. No caso de “enfermeira” surgem representações

vinculadas à violência, às práticas não baseadas em evidências e preconceitos.

**3.2.3 Nascimento** – Para essa palavra um dos entrevistados não respondeu à segunda e terceira evocação. Como primeira evocação “vida” (11,11%) e “luz” (8,33%) são as palavras mais frequentes. “Alegria” (16,67%) foi a palavra induzida mais frequente como segunda evocação, e apareceu nas três ordens de evocação. Como terceira evocação surgiram na mesma frequência (2,78%) as palavras “impotência”, “desejo”, “sensibilidade”, “cuidado”, “tudo”, “novo ser”, “renovação” e “peito”. (Figura 3)



**Figura 3.** Diagrama de análise prototípica da evocação “Nascimento”.

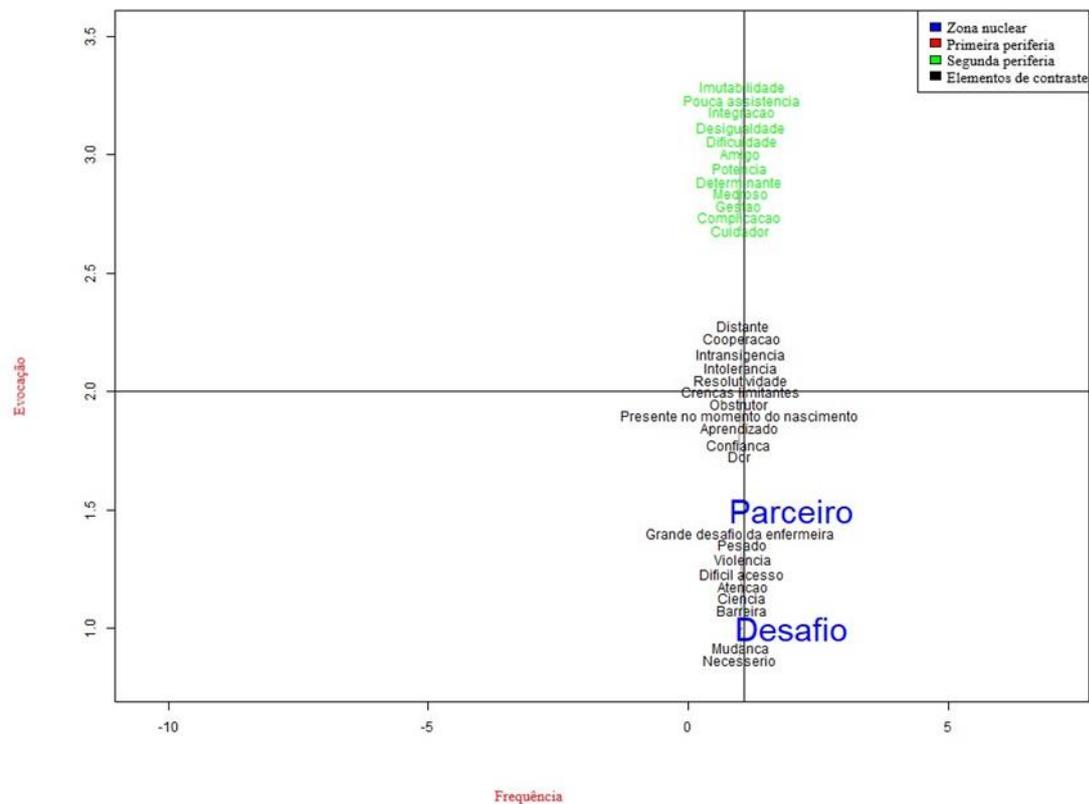
As palavras nucleares para “Nascimento” foram “vida” e “luz”. Em sequência, “alegria”. Observa-se que as palavras prontamente evocadas possuem correlação com essas palavras e os elementos distais também reforçam a ideia de começo. Entretanto, observou-se uma exceção a essa tendência, a palavra “medo” como evocação de primeira ordem e “impotência”,

como elemento de segunda periferia, ambas emitidas pela mesma pessoa. Neste sentido observa-se que entre as representações hegemônicas ligadas ao momento romântico do nascimento, se atrelam significados que dão conta da sensação de fragilidade. Conforme expressa a teoria de Abric (1993), a primeira periferia abre mais um ponto de vista, as vezes contraditório, para essa representação hegemônica, porém não entra em contradição nos discursos dos entrevistados.

As representações sociais têm como uma das funções elaborar uma identidade social e pessoal, compatível com os sistemas de normas e valores socialmente e historicamente determinados (14). O nascimento é como senso comum um momento desejado e festejado em nossa sociedade. As palavras que destoaram dessa representação podem sinalizar uma forte representação de experiência pessoal. Acrescenta-se a essa discussão que somente para a palavra nascimento ocorreu a negativa de um dos entrevistados em responder a segunda e terceira evocação, tendo sido “começo de tudo” a sua primeira evocação. Abric (2004) diz que o sistema periférico permite uma diferenciação com base no que foi vivido, o que pode ter impedido o indivíduo de expor a sua vivência, como fator protetor da sua psique.

**3.2.4 Médico obstetra** - A palavra mais frequente como primeira evocação é “desafio” (5,56%), mas palavras com conotação semelhantes como, “grande desafio da enfermeira”, “barreira”, “difícil acesso”, “pesado”, também surgem como primeira evocação. Observa-se também a palavra “violência” como primeira evocação. Como segunda evocação a distribuição das palavras é a mesma (2,78%) de cada palavra, mas observa-se dois grupos bem demarcados, um com palavras de conotação negativa como, “crenças limitantes”, “distante”, “obstrutor”, “intransigência”, “dor” e “intolerância”. E outro grupo de palavras com conotação positiva como, “parceiro”, que aparece na primeira e segunda evocação, “confiança”, “aprendizado”, “presente no momento do nascimento”, “cooperação e resolutividade”. Observa-se o mesmo comportamento na terceira evocação, as palavras com conotação positiva como, “determinante”, “potência”, “amigo”, “gestão”, “cuidador”, “integração” e as de conotação negativa “pouca assistência”, “imutabilidade”, “medroso”,

“desigualdade”, “complicação” e “dificuldade”. (Figura 4)



**Figura 4.** Diagrama de análise prototípica da evocação “Médico Obstetra”.

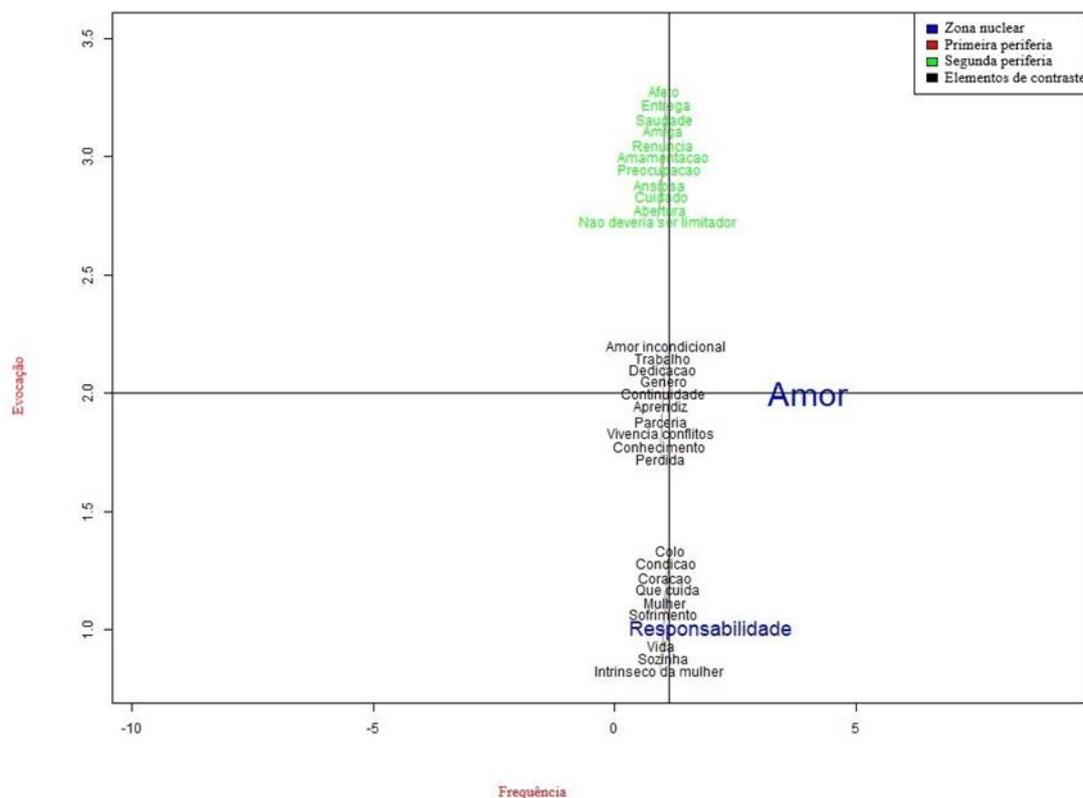
“Médico obstetra” foi a única expressão que como elementos nucleares surgiram duas evocações com conotações opostas, “desafio” e “parceria”, ocorrendo o mesmo fenômeno nos elementos distais. Ressalta-se aqui que entre os médicos entrevistados as palavras “desafio”, “pesado” e “barreira” surgiram como primeira evocação. Ao analisarmos os elementos distais observa-se dois fenômenos, o da justificação e o da contradição. Justificação observada em elementos evocados sequencialmente pelos mesmos indivíduos, que mantém coerência com o elemento central como: “parceiro”, “cooperação” e “integração”; “pesado”, “obstrutor” e “medroso”; “violência”, “dor” e “dificuldade”. E contradição observada em elementos evocados sequencialmente pelos mesmos indivíduos como: “grande desafio” e “parceiro”; “necessário” e “distante”; “ciência” e “intransigência”; “barreira” e “resolutividade”. Abric (2004) diz que é no sistema

periférico que as contradições podem aparecer e ser sustentadas.

No estudo que analisou relatos de parto de mulheres (35), os médicos obstetras também são representados com dualidade, surgem nesses relatos o “médico terrorista” que usa o discurso do medo para justificar intervenções e a cesárea, identificados por um discurso desencorajador da capacidade da mulher de parir (corpo feminino como imperfeito), e, na contramão desse discurso surge o “médico humanizado” que estabelece uma relação horizontal com as mulheres, que escuta, é confiável e estabelece vínculos. Há outros estudos em que se expressam os problemas de humanização da classe médica no Brasil e como os usuários percebem quando o modelo médico é humanizado ou não. (COMES, DÍAZ-BERMÚDEZ, et al., 2017; COMES, PEREIRA, et al., 2020)

Essas representações dos médicos obstetras relacionam-se aos paradigmas de cuidado em saúde que influenciam a atenção ao parto, descritos por Davis-Floyd (38). Por analogia, poder-se-ia dizer que o obstetra “obstrutor” estaria identificado ao modelo tecnocrático, que se caracteriza pela objetificação do paciente e pela supervalorização da ciência e das tecnologias e, em algumas situações, faz uso indiscriminado de intervenções desnecessariamente (10). Em contrapartida, o obstetra “parceiro” estaria identificado ao modelo humanístico, que privilegia o bem-estar da parturiente e de seu bebê, e o uso racional de tecnologias, buscando ser o menos invasivo possível.

**3.2.5 Mãe** – “Amor” foi a palavra mais frequente (11,11%) e aparece nas três ordens de evocação, com maior frequência na segunda evocação. A palavra “amor incondicional” também aparece e pode ser compreendida com a mesma conotação de amor. Como primeira evocação, a palavra “responsabilidade” surge com maior frequência (5,56%). Com conotação semelhante, as palavras “intrínseco da mulher” e “condição” também surgem na primeira evocação. Como terceira evocação surgiram na mesma frequência (2,78%) as palavras “renúncia”, “amiga”, “ansiosa”, “não deveria ser limitador”, “preocupação”, “cuidado”, “saudade”, “entrega”, “amamentação” e “afeto”. (Figura 5)



**Figura 5.** Diagrama de análise prototípica da evocação “Mãe”.

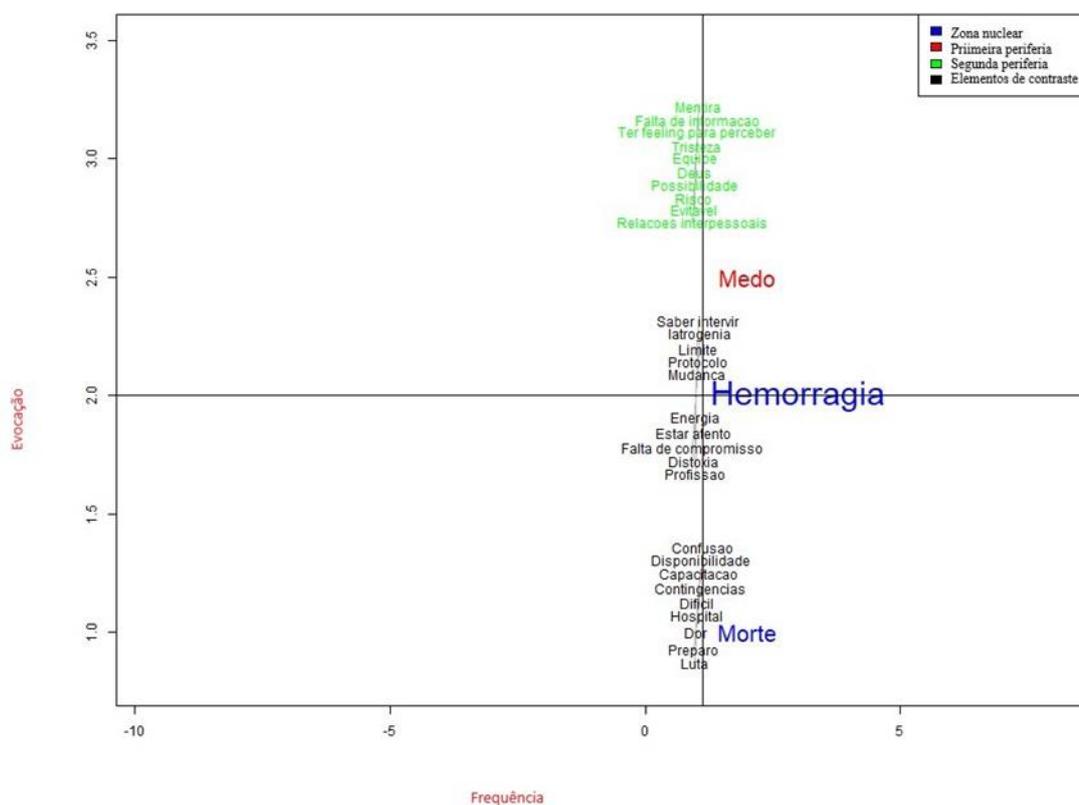
Para “Mãe” os elementos do núcleo central são “amor” e “responsabilidade”, mas ressalta-se também como primeira evocação as palavras que relacionam a maternidade a uma condição da mulher, que trazem à discussão a maternidade como construção histórica e social. Segundo Badinter (39), o amor materno não é um sentimento inerente à condição de mulher, ele é produto da evolução social a partir do século XIX. O que se comprova pelos registros históricos, em que se constata que nos séculos XVII e XVIII o conceito de amor materno era muito diferente do que o construído a partir do século XIX, que tem como um dos marcos sociais a mudança da concepção da infância, quando a criança passa a ocupar espaço central na família, nascendo então a família fundada no amor materno.

Como elementos distais, observa-se palavras que justificam os elementos do núcleo central, para responsabilidade: “renúncia”, “entrega”, “não deveria ser

limitador”, “preocupação” e “ansiosa”; para amor: “amiga”, “cuidado”, “saúde” e “afeto”.

Observa-se novamente que as palavras evocadas contêm um forte conteúdo de gênero e disciplinamento, ao supor que a mãe é a responsável individual de criar filhos conforme um modelo estabelecido, tanto na base da responsabilidade individual quanto da negação das condições contextuais da vida das mulheres que enfrentam essa situação (40).

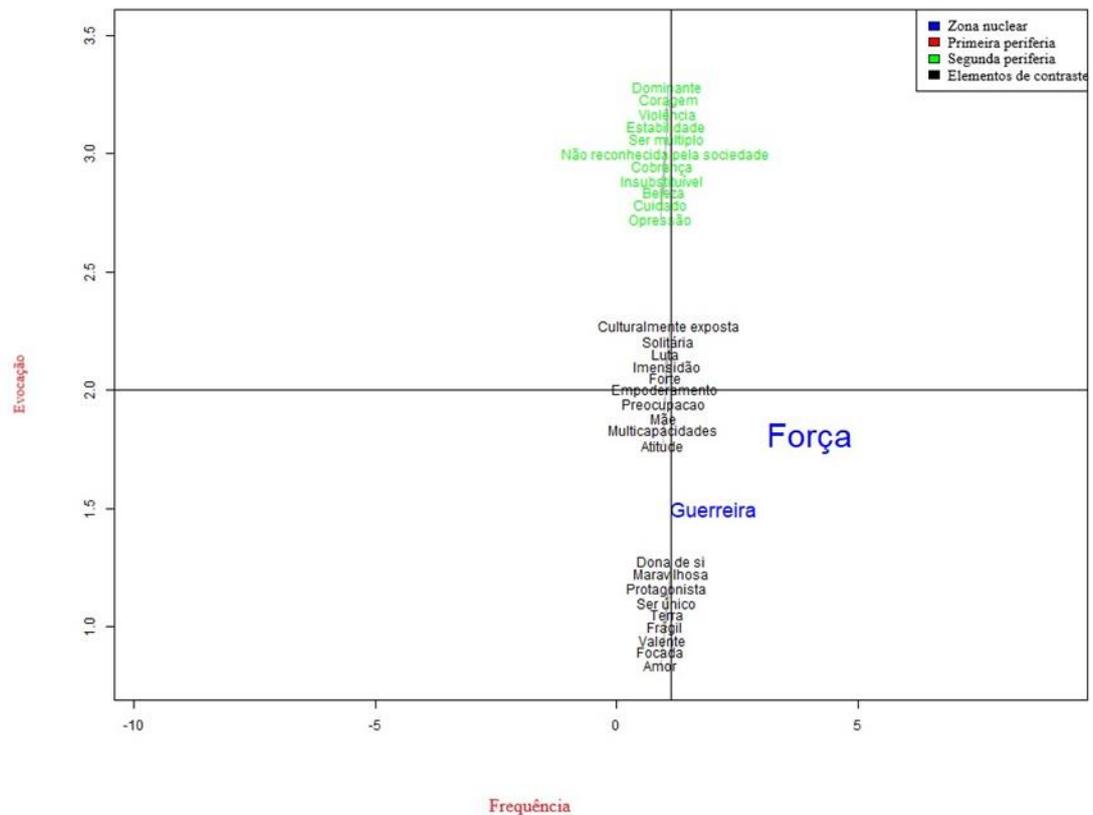
**3.2.6 Complicação** – A palavra “morte” (5,56%) é a mais frequente na primeira evocação. Como segunda evocação “hemorragia” (8,33%) e “medo” (5,56%) são as mais frequentes. Como terceira evocação surgiram na mesma frequência (2,78%) as palavras “falta de informação”, “evitável”, “possibilidade”, “mentira”, “equipe”, “relações interpessoais”, “risco”, “tristeza”, “ter feeling para perceber” e “Deus”. (Figura 6)



**Figura 6.** Diagrama de análise prototípica da evocação “Complicações”.

A evocação da palavra “Complicação” remete a “morte” e “hemorragia” como elementos do núcleo central, seguido de “medo” como elemento de primeira periferia. Importante retornar ao contexto em que a palavra “complicação” surgiu, durante a consulta pública das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, essa palavra foi uma das mais frequentes, inclusive da classe de palavras – 1 - com maior percentual de segmentos de texto (29,81%). Essa palavra surgiu num contexto de alertar para o risco de se implementar as Diretrizes de Assistência ao Parto Normal. Risco que pode estar associado a ideia de gravidez como doença, que emerge no século XIX, junto com a ideia da medicalização do corpo feminino e de institucionalização do parto (9). Os elementos distais evocados reforçam essa perspectiva ao surgirem palavras como “falta de compromisso”, “iatrogenia”, “falta de informação” e “mentira”.

**3.2.7 Mulher** – A palavra com maior frequência na primeira evocação foi “força” (11,11%), seguida de “guerreira” (5,56%), as outras palavras, em sua maioria, estão relacionadas à força, como “valente”, “protagonista”, “dona de si”, “ser único”, “focada” e “terra”. No entanto, em sentido oposto à força surge a palavra “frágil” também como primeira evocação. A distribuição da frequência de cada palavra na segunda e a terceira evocação aparece de forma semelhante (2,78%), mas pode-se observar a mesma tendência da primeira evocação, um grupo de palavras associados à força como “atitude”, “forte”, “empoderamento”, “luta”, “multicapacidades”, “imensidão”, “ser múltiplo”, “insubstituível” e “estabilidade”, e um outro grupo relacionado à fragilidade e vulnerabilidade como “solitária”, “preocupação”, “culturalmente exposta”, “não reconhecida pela sociedade”, “violência” e “cobrança”. (Figura 7)



**Figura 7.** Diagrama de análise prototípica da evocação "Mulher".

Como elementos nucleares de "Mulher" foram evocadas com maior frequência palavras relacionadas a força, assim como nos elementos distais. No entanto, observa-se uma dualidade, tanto nos elementos nucleares quanto nos distais, pois estão dispostos nos mesmos quadrantes palavras com conotação de fragilidade e vulnerabilidade. Essa dualidade pode estar expressando estereótipos sociais sobre as mulheres. Estudos sobre representações sociais sobre o conceito de mulher expressam significados semelhantes. Um deles interpreta que são guerreiras pela condição de enfrentamento cotidiano às normas do patriarcado (37).

Fiske (41), nos estudos sobre os estereótipos de gêneros, afirma que esses tipos de estereótipos são prescritivos, ou seja, dizem o que o grupo deve fazer. Além disso, o sexismo pode ser ambivalente, pode aparecer de forma hostil ou benevolente. Na forma hostil, está representado por mulheres que

podem ameaçar a dominância masculina, que competem pelos papéis tradicionalmente associados aos homens, as “mulheres não tradicionais”, intelectualmente competentes e fortes. Na forma benevolente, está representado por mulheres que aderem aos seus papéis tradicionais, que são estereotipadas como boas, mas incapazes e frágeis.

Por fim, pode-se afirmar que foram identificadas como potenciais barreiras à implementação as representações sobre parto associado à dor, o médico obstetra como obstrutor e os estereótipos que marcam o papel da mulher e da mãe na sociedade. Adicionalmente, como facilitadores observou-se as representações da enfermeira obstétrica como cuidado, a mulher como forte e protagonista e o médico obstetra como parceiro.

Ao resgatar as funções que, segundo Abric (2004), as representações sociais desempenham nas práticas e na dinâmica das relações sociais, pode-se inferir que para alguns desses profissionais de saúde a dor e as complicações do parto, como risco, exercem funções que orientam e justificam as suas ações. Observa-se que ambas se apresentam como uma forte representação social, calcada em uma ideia compartilhada convencionalmente por um grupo de pessoas e transmitida culturalmente. Por sua força, podem se apresentar como uma realidade inquestionável e resistente à mudança (12).

Uma das funções das representações sociais é a identitária, que segundo Abric (2004), define a identidade e situa o indivíduo e os grupos no campo social. Para essas representações há uma supervalorização do grupo ao qual se pertence e o exercício de controle social do grupo sobre os seus membros (14). Essa função parece ser a observada nas representações sobre médico obstetra e enfermeira obstetra, a representação das identidades profissionais, ou seja, a forma como esse profissional se reconhece e como reproduz atitudes e comportamentos, que são reforçados pelos seus pares.

Com contradições na figura do médico obstetra, o que parece sugerir a existência de grupos com sentido de identidade e valores diferentes entre eles. Nesse sentido, ressalta-se que os ambientes acadêmicos e laborais podem exercer papel importante na construção dessa identidade.

Para as representações de mãe e mulher, pode-se discutir o sistema de

antecipações e expectativas (14) produzidos pelas representações que assumem uma ação sobre a realidade, a precedendo e a determinando. Os estereótipos que marcam o papel da mulher e da mãe precedem a realidade, impondo às mulheres condições e lugar na sociedade.

#### **4. Considerações finais**

Este artigo buscou identificar as barreiras para a implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, analisando as contribuições da consulta pública para identificar termos que poderiam induzir, por associação de palavras, as representações sociais de atores estratégicos para a implementação dessas Diretrizes.

Ao analisar as representações sociais desses profissionais, observa-se que estão impregnadas de conceitos e estereótipos sociais que em alguma medida podem reforçar comportamentos que se apresentem como barreiras para a implementação de políticas de incentivo ao parto normal. No entanto, observa-se também elementos que se mostram como facilitadores para a construção de caminhos possíveis para o enfrentamento dessas barreiras.

Como barreiras se observam as crenças relacionadas ao parto e o medo da dor, e o parto como um fator de risco, que reforçam o paradigma do parto como doença e a compreensão da dor como um evento indesejado e não como um fator fisiológico que pode ser manejado, atuando como representações justificadoras de intervenções desnecessárias no corpo feminino.

Outras representações limitantes, que atuam no sentido de orientar as práticas, são as construções de gênero que este grupo de profissionais reproduz nas suas representações; o olhar sobre a mulher como frágil, que a coloca no papel de coadjuvante do seu próprio parto, e o de mãe como condição da mulher, que a limita a esse papel, e que impede os profissionais envolvidos no cuidado do parto e nascimento de enxergarem essa mulher como um indivíduo com vontades e autonomia. Por outro lado, essa mulher também é vista como forte e protagonista (na condição de mãe), o que são elementos potencializadores de mudança desses paradigmas estabelecidos.

O médico obstetra como obstrutor entra em contradição com o parceiro, ambos parecem expressar funções identitárias das representações, expressando um comportamento observado nas relações de trabalho e no ambiente de assistência ao parto. Por analogia, poder-se-ia dizer que o obstrutor estaria identificado ao modelo tecnocrático e o parceiro ao modelo humanístico.

Neste lugar também estaria a enfermeira obstétrica, representando o cuidado, e se apresentando como um potencial canal facilitador para a implementação dessas diretrizes.

Compreender essas representações é importante para evidenciar as convenções que subjazem nas atitudes e práticas de profissionais e usuárias, possibilitando a definição de estratégias específicas para cada grupo, de forma a contribuir para a mudança do paradigma de assistência na direção proposta pela política pública e expressa na diretriz.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson) [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 14]. Available from: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/>
2. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018 Oct;392(10155):1349–57.
3. Gibbons, L., Belizán, J.M., Lauer, J.A., Betrán AP, Merialdi, M., Althabe F. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage [Internet]. 2010. Available from: [file:///C:/Users/apisp/Downloads/The\\_Global\\_Numbers\\_and\\_Costs\\_of\\_Additionally\\_Neede.pdf](file:///C:/Users/apisp/Downloads/The_Global_Numbers_and_Costs_of_Additionally_Neede.pdf)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 14]. Available from: [http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/DDT\\_Assistencia\\_PartoNormal.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/DDT_Assistencia_PartoNormal.pdf)
5. Bourdieu P. A Dominação Masculina. 16a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2019.
6. Foucault M. Historia da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
7. Miles A. Women, Health and Medicine. Philadelphia: Open University Press; 1991.
8. Castel R. A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves; 1987.
9. Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. 84 p.
10. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface - Comun Saúde, Educ*.

2009;13(suppl 1):759–68.

11. Jodelet D. Les représentations sociales. 5a ed. Paris: PUF; 2014.
12. Moscovici S. Representações sociais: Investigações em psicologia social. 11a ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2015.
13. Abric J-C. Central System, Peripheral System: Their functions and roles in the dynamics of social representations. *Pap Soc Represent.* 1993;2(2):75–8.
14. Abric J-C. Prácticas sociales y representaciones. *Practicas sociales y representación.* Coyoacán - México DF: Ediciones Coyoacan S.A. de C.V.; 2004. 140 p.
15. Wolter RP, Wachelke J, Naiff D. A abordagem estrutural das representações sociais e o modelo dos esquemas cognitivos de base: perspectivas teóricas e utilização empírica. *Temas em Psicol.* 2016;24(3):1139–52.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. 3a reimp. São Paulo: Edições 70; 2016.
17. Lavis JN, Boyko JA, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 14: Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. *Heal Res Policy Syst.* 2009 Dec 16;7(S1):S14.
18. Barreto, J.O.M. et al. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: Estratégias para Implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília; 2019. Report No.: (no prelo).
19. Wachelke J, Contarello A. Italian students' social representation on aging: an exploratory study of a representational system. *Psicol Reflexão e Crítica.* 2012;24(3):551–60.
20. Shimizu HE, Silva JR e, Moura LM de, Bermúdez XPD, Odeh MM. A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Cien Saude Colet.* 2015;20(9):2899–910.
21. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Contribuições da Consulta Pública - PCDT - Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal - CONITEC. Consulta Pública no 1, de 8 de janeiro de 2016. 2016. p. 264.

22. Carvalho V.K.S et al. Relatório de análise das potenciais barreiras e facilitadores à implementação das diretrizes, do ponto de vista dos participantes da consulta pública CONITEC. Brasília; 2019.
23. Reinert M. Alceste, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia de Gerard de Nerval. Bull Methodol Sociol. 1990;26:24–54.
24. Andrade EDO. Lexical analysis of the code of medical ethics of the Federal Council of Medicine. Rev Assoc Med Bras. 2016;62(2):123–30.
25. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. Temas em Psicol. 2013;21(2):513–8.
26. SANT'ANNA HC. openEvoc: um programa de apoio à pesquisa em Representações Sociais. In: AVELAR L et al., editor. Psicologia Social: desafios contemporâneos. Vitória: GM Gráfica e Editora; 2012.
27. Wachelke J, Wolter R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. Psicol Teor e Pesqui. 2011;27(4):521–6.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2004.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no no 1.459, de 24 de junho. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
31. Bernardes R, Freitas Loures A, Batista Silveira Andrade B. A romantização da maternidade e a culpabilização da mulher. Rev Mosaico. 2020;10(2Sup):68–75.
32. Aguiar M. A construção das hierarquias sociais: classe, raça, gênero e etnicidade. Cad Pesqui. 2007;29(1):83–8.
33. Spink MJP. Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos. 9a ed.

Petrópolis: Editora Vozes; 2013.

34. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saude Publica*. 2014 Aug;30(suppl 1):S101–16.
35. Carvalho L. *Eu não quero outra cesárea : ideologia, relações de poder e empoderamento feminino*. São Paulo: Lexema; 2015.
36. Comes Y, Díaz-Bermúdez XP, Pereira L, Oliveira F, Caballero González JE, Shimizu H, et al. Humanismo en la práctica de médicos cooperantes cubanos en Brasil: narrativas de equipos de atención básica. *Rev Panam Salud Pública*. 2017;(2):1–7.
37. Comes Y, Pereira LL, Simas P, Ribeiro I, Vivas G, Rosales C. Saúde e empoderamento das mulheres: estudo de caso do Programa Mais Médicos em municípios com presença de médicos cubanos. *Rev Panam Salud Pública*. 2020;1–7.
38. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet*. 2001 Nov;75:S5–23.
39. Badinter E. *UM AMOR CONQUISTADO: O MITO DO AMOR MATERNO*. Rio de Janeiro: NOVA FRONTEIRA; 1985.
40. Meyer D. Teorias e políticas de gênero : fragmentos históricos e desafios atuais. *Rev Bras Enferm - REBEN*. 2004;57(1):13–8.
41. Fiske ST. Managing Ambivalent Prejudices. *Ann Am Acad Pol Soc Sci*. 2012 Jan 15;639(1):33–48.

### ARTIGO 3. EFETIVIDADE DE INTERVENÇÕES SOBRE ARRANJOS ORGANIZATIVOS PARA REDUZIR CESARIANAS: *OVERVIEW* DE REVISÕES SISTEMÁTICAS

#### 1. INTRODUÇÃO

O aumento das taxas de cesarianas é um fenômeno global (1), mas é observado principalmente na América Latina e Caribe, que da década de 90 ao ano de 2014 tiveram taxa média de cesáreas aumentada de 22,8% para 42,2%. No Brasil, essas taxas atingem patamares ainda mais elevados, pois em 2018, 55,9% dos nascimentos ocorridos no Brasil foram por meio de cesáreas (2). Recomendações de organismos internacionais sobre a necessidade de reduzir as taxas de cesáreas (3), assim como iniciativas em diversos países, inclusive no Brasil (4), podem ser destacadas nesse cenário. No entanto, observa-se poucos reflexos de efetividade nos números oficiais divulgados pelos países. Muitos fatores podem explicar esse cenário, entre eles, a história da assistência à saúde da mulher, intimamente ligada ao modelo biomédico e tecnocrático de assistência ao parto (5,6) e a naturalização do corpo feminino como objeto da medicina que consolidou-se no início do século XIX, num cenário de redefinição da prática médica e como consequência um uso excessivo e desnecessário de tecnologias na atenção ao parto e nascimento (7,8). Alguns desses fatores socioculturais (9) estão refletidos nos arranjos organizativos (10), que incluem arranjos de prestação de serviços, financiamento, governança e estratégias de implementação, o que aponta para as razões da adoção excessiva de cesáreas estarem fortemente relacionadas a fatores não clínicos, que demandam intervenções não clínicas. Compreende-se intervenções não clínicas como aquelas aplicadas no contexto do atendimento em saúde, independentemente de um encontro entre um profissional de saúde e o usuário (11).

Em um Diálogo Deliberativo realizado com atores estratégicos do cenário obstétrico do Brasil (12), foram discutidas as opções informadas por evidências para a redução das taxas de cesarianas. Entre estas opções, o incentivo ao uso de intervenções combinadas com foco em profissionais de saúde e na gestão

dos serviços e sistemas de saúde foi considerada a opção de maior relevância entre os participantes.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi identificar e avaliar a efetividade de intervenções sobre arranjos organizacionais para reduzir cesarianas.

## 2. MÉTODOS

Foi realizado um overview de revisões sistemáticas (13) sobre efeitos de intervenções para redução de cesarianas, cuja pergunta de pesquisa foi:

*Qual a efetividade de intervenções sobre arranjos organizacionais para reduzir cesarianas?*

**População:** Profissionais ou serviços de saúde.

**Intervenção:** Intervenções organizacionais com a finalidade de reduzir as taxas de cesarianas.

**Comparador:** Não realizar nenhuma intervenção ou outras estratégias.

**Desfecho:** Redução das taxas de cesarianas.

**Tipo de estudos:** Revisões Sistemáticas que avaliaram os efeitos dessas intervenções.

O protocolo de pesquisa encontra-se em material suplementar (APÊNDICE C).

Optou-se por utilizar como processo de elaboração da síntese das evidências a revisão rápida, tendo em vista que se trata de um overview de intervenções direcionadas para a implementação de políticas de saúde (14,15). De acordo com a OMS (16) nem sempre as bases, estratégias e processos utilizados pela revisão sistemática tradicional serão suficientes ou até aplicáveis às questões de políticas públicas, o que torna o desenvolvimento do campo de

revisões rápidas de evidências de políticas e sistemas de saúde uma oportunidade e um importante desafio.

Entre as alterações possíveis num processo de condução de uma revisão rápida (17), optou-se por: 1. Restringir os tipos de estudos a serem incluídos – logo, foram incluídas somente revisões sistemáticas; 2. Elaborar uma questão de pesquisa mais direcionada ou com escopo reduzido - nesse caso a pergunta de interesse restringia-se a intervenções organizacionais; 3. Eliminar a seleção pareada de estudos - o que foi realizado neste estudo. Portanto, os processos de seleção e extração de dados dos estudos selecionados não foram realizados em duplicidade. A avaliação da qualidade metodológica foi realizada utilizando-se a ferramenta AMSTAR (18).

Foram realizadas buscas nas bases indexadas: PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>); Cochrane Library (<https://www.cochranelibrary.com/>); Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde - BVS (<https://bvsalud.org/>); Epistemonikos (<https://www.epistemonikos.org/>); e Health Systems Evidence - HSE (<https://www.healthsystemsevidence.org/>) As estratégias de busca foram desenvolvidas com base na combinação de palavras-chave estruturadas a partir do acrônimo “PICOS”, usando os termos MeSH no PubMed e DeCS na BVS, adaptando-os ao Cochrane Library, HSE, Epistemonikos. As buscas foram realizadas sem restrição de língua e foram incluídas somente revisões sistemáticas de estudos com foco na efetividade de intervenções para a redução das taxas de cesarianas. Foi realizada complementarmente uma busca manual.

Para a estratégia de busca nas bases de dados adotou-se a combinação dos termos descrita no Quadro 1.

**Quadro 1 - Estratégia de busca e resultados selecionados**

Base de dados	Estratégia de busca
Pubmed	<p>#1: ("Cesarean Section"[Mesh] or cesarean*[tiab] or caeserean*[tiab] or c-section*[tiab] or "abdominal birth*" [tiab] or "abdominal deliver*" [tiab])</p> <p>#2: (intervention*[tiab] or polic*[tiab] or factor*[tiab] or strateg*[tiab] or facilitator*[tiab]) - 5260703</p> <p>#3: (reduc*[tiab] or decreas*[tiab] or lower*[tiab] or prevent*[tiab] or lower*[tiab] or rising[tiab] or improve*[tiab] or enhance*[tiab])</p> <p>#4: systematic[sb]</p> <p>#1 and #2 and #3 and #4: (("Cesarean Section"[Mesh] or cesarean*[tiab] or caeserean*[tiab] or c-section*[tiab] or "abdominal birth*" [tiab] or "abdominal deliver*" [tiab]) AND (intervention*[tiab] or polic*[tiab] or factor*[tiab] or strateg*[tiab] or facilitator*[tiab]) AND (reduc*[tiab] or decreas*[tiab] or lower*[tiab] or prevent*[tiab] or lower*[tiab] or rising[tiab] or improve*[tiab] or enhance*[tiab]) AND systematic[sb])</p>
BVS	<p>#1 ("cesárea" OR "cesarean section")</p> <p>#2 ("intervenção" OR "intervention")</p> <p>Filtros: revisão sistemática e últimos 5 anos</p> <p>#1 and #2 and #3: ("cesárea" OR "cesarean section") AND ("intervenção" OR "intervention") AND (revisão sistemática)</p>
Cochrane library	<p>#1 cesarean AND intervention</p> <p>#1 and #2: cesarean AND intervention</p>
Epistemonikos	<p>#1 cesarea</p> <p>#2 intervenção</p> <p>Filtros: sistematic review e last five years</p> <p>#1 and #2 and #3 – cesárea AND intervenção AND systematic review</p>
Health Systems Evidence	<p>#1 cesarean</p>

Fonte: Elaboração própria

**Crítérios de inclusão:**

- Estudos com foco na efetividade da intervenção na redução das taxas de cesarianas;

- Estudos que avaliaram intervenções organizacionais, que incluem arranjos de prestação de serviços, financiamento, governança e estratégias de implementação;
- Revisões sistemáticas.

#### **Critérios de exclusão:**

- Estudos que avaliaram exclusivamente intervenções clínicas;
- Estudos que avaliaram intervenções com foco nas gestantes ou em seus familiares;
- Estudos realizados há mais de 5 anos.

Por meio de uma planilha foram extraídos dados relacionados aos autores, ano de publicação, objetivo, estudos incluídos, intervenção, resultados e avaliação da qualidade metodológica dos estudos.

Como estratégia para classificação das intervenções identificadas foi utilizada a taxonomia da iniciativa EPOC - Effective Practice and Organisation of Care, do grupo Cochrane (10) , que considera quatro tipos de intervenções do tipo organizacional:

1. **Intervenções sobre a prestação de serviços** – são intervenções que refletem em mudanças de como, quando e onde os cuidados de saúde são organizados e prestados e de quem os presta;
2. **Intervenções sobre o financiamento** – são intervenções que refletem mudanças em como os recursos dos fundos de saúde são gerados, como os seguros de saúde são gerenciados, como os serviços são adquiridos e como o uso de recursos financeiros são direcionados para incentivos ou desincentivos.
3. **Intervenções sobre arranjos de governança** – são intervenções que se refletem em mudanças nas regras ou processos que afetam a forma

como os poderes são exercidos, especialmente no que diz respeito à autoridade, responsabilidades e nível de participação e abertura.

4. **Intervenções sobre estratégias de implementação** – são intervenções destinadas a provocar mudanças nas organizações de saúde, no comportamento dos profissionais de saúde ou no uso dos serviços de saúde por usuários.

Para fins de análise das intervenções foram utilizadas essas quatro classificações e uma adicional, que se denominou:

5. **Intervenções Mistas** - que são intervenções que abrangem mais de um tipo dentre as intervenções classificadas pela taxonomia EPOC.

### 3. RESULTADOS

Após a condução da busca de acordo com os métodos descritos, foram selecionados os estudos identificados de acordo com fluxograma de seleção apresentado na Figura 1.

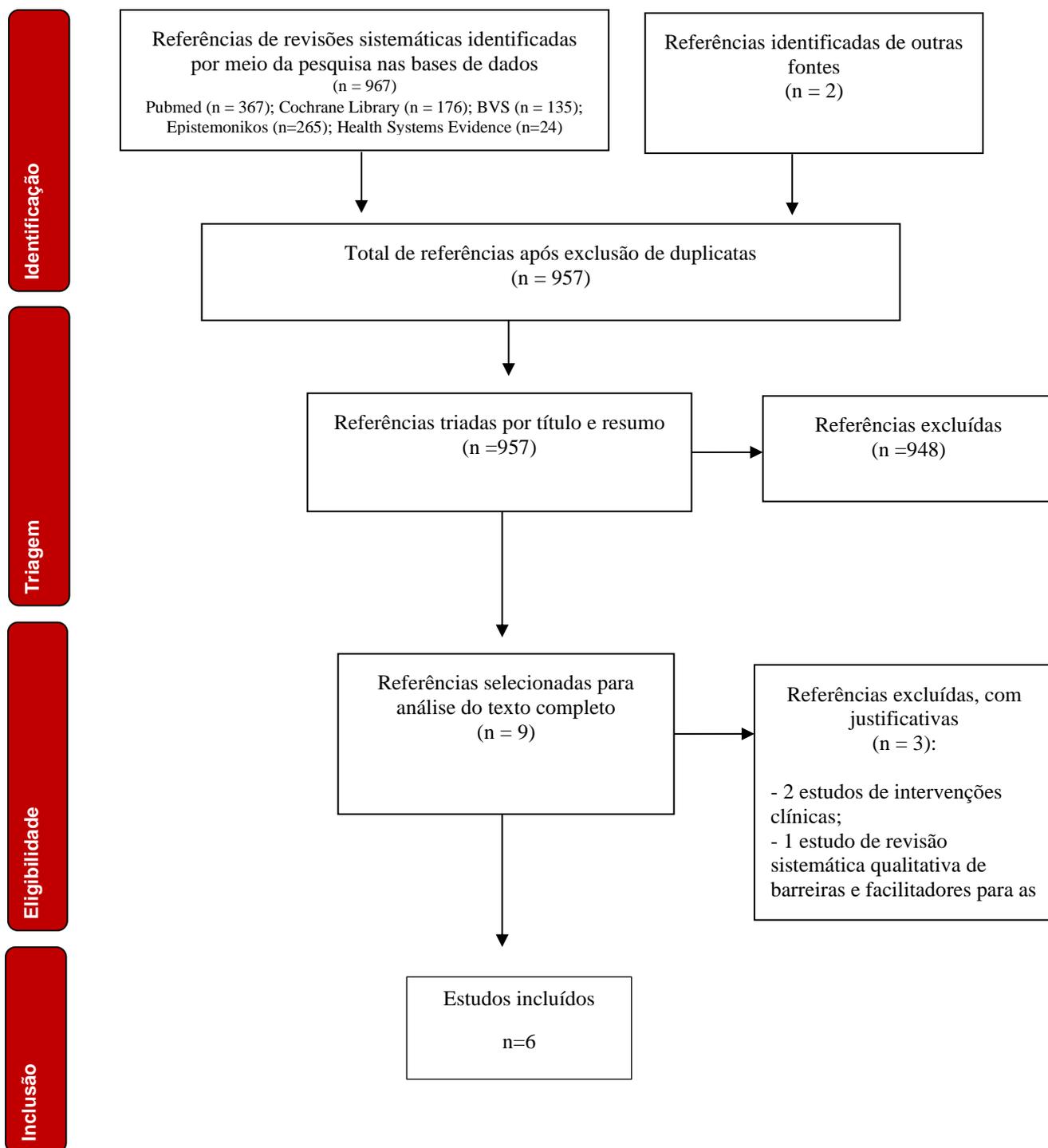
Dos 969 estudos encontrados doze eram duplicatas, daqueles triados por título e abstract nove foram selecionados para análise do texto completo, sendo ao final incluídos seis estudos (19–24). Da justificativa das exclusões de três estudos: dois foram excluídos por serem estudos de intervenções clínicas (25,26) e um foi excluído por ser uma revisão sistemática qualitativa com foco nas barreiras e facilitadores e não na efetividade das intervenções (27).

O quadro 2 descreve as principais características e achados das revisões sistemáticas elegíveis. A figura 2 apresenta a avaliação da qualidade das revisões sistemáticas de acordo com os critérios AMSTAR (18).

A partir das avaliações os estudos, em geral, foram considerados de boa qualidade metodológica, considerando como pontos críticos de qualidade: a seleção de estudos e extração de dados realizada duplamente, a realização de busca abrangente e a avaliação da qualidade científica adequada; todos os estudos apresentaram essas informações de forma adequada, exceto o estudo de Moradi (23), que não deixou claro

se os estudos foram selecionados e extraídos duplamente, utilizou a ferramenta STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) para avaliar a qualidade dos estudos, além disso, após essa avaliação os estudos considerados de baixa qualidade foram excluídos, o que foi considerado um risco de viés importante. O estudo de Chapman (20), apesar de ter informado que foi realizada a avaliação da qualidade com instrumento adequado não apresentou o resultado. Além disso, somente os estudos de Chen e Boatin apresentaram a lista de estudos incluídos e excluídos.

O quadro 3 ilustra a síntese das intervenções identificadas nas revisões sistemáticas baseadas na taxonomia EPOC e seus efeitos sobre a taxa de cesárea. Observa-se que das 33 intervenções identificadas, a maioria é sobre intervenções de financiamento (9) e mistas (9), seguidas de estratégias de implementação (6), de arranjos de governança (6) e de prestação de serviços (3). Sobre os efeitos nas taxas de cesáreas as intervenções de financiamento apresentaram um maior número de estudos com efeitos incertos ou sem efeito (5/9). Já as intervenções mistas apresentaram maior sucesso com relação ao desfecho de redução de cesáreas (8/9), e dessas, majoritariamente, apresentaram intervenções de governança e de estratégias de implementação.



**Figura 1.** Fluxograma de seleção das publicações

**Quadro 2.** Características das revisões sistemáticas elegíveis.

Autor, ano	Objetivo	Estudos incluídos	Intervenção	Principais achados
Yu, 2019 (19)	Avaliar a efetividade das estratégias de intervenção financeira para reduzir as taxas de cesariana	9	Equalização de <i>facilities fee</i> e honorários profissionais	<p><b>O que é:</b> A intervenção consiste em reduzir os valores pagos para a cesariana e aumentar para o parto normal, até esses valores serem equiparados.</p> <p><b>Evidência:</b> Três estudos avaliaram o aumento de <i>facilities fee</i> e/ou honorários profissionais para redução de taxas de cesariana (dois estudos de séries temporais interrompidas e uma coorte analítica); somente na coorte analítica, conduzida pelo Programa Medicaid de Minnesota (35), a intervenção apresentou significância estatística. Evidência de alta certeza.</p> <p><b>Resultado:</b> No estudo que obteve significância estatística, a equiparação foi feita tanto para <i>facilities fee</i> quanto para honorários profissionais, mas somente para partos (vaginais ou cesáreas) classificados como não complicados. Nesse programa (n=671.177), a redução no grupo de intervenção foi de 3,24% e no grupo controle de 0,6%.</p>
			Sistema de orçamento global para hospitais	<p><b>O que é:</b> O Sistema de Orçamento Global é um sistema de reembolso prospectivo para prestadores de saúde, em que o governo estabelece uma meta sobre o valor do montante anual de recursos a ser repassado para prestadores de saúde.</p>

**Evidência:** Um estudo de série temporal interrompida avaliou a efetividade da reforma do pagamento *fee for service* para o sistema de orçamento global em Taiwan, China (36), para reduzir as taxas de cesariana em um hospital. Evidência de baixa certeza.

**Resultado:** Foi observado um aumento das taxas de cesariana (n=35.616; taxa de cesariana antes=35,1%; taxa de cesariana depois=36,7%; p=0,0525.

Pagamento do caso

**O que é:** O pagamento do caso significa que o prestador de saúde receberá um preço fixo por admissão, independentemente do custo real de saúde incorrido.

**Evidência:** Um estudo do tipo antes e depois avaliou o efeito nas taxas de cesariana com a mudança da política de pagamento de *fee for service* para o pagamento de caso, em Henan, China (37), de 2009 a 2011. Evidência de moderada certeza.

**Resultado:** Observou-se que houve aumento nas taxas de cesariana após a alteração do pagamento (n= 28.314; taxa de cesariana antes da mudança: 26,12%; e após a mudança: 32,47%; p <0,001

	<p>Captação ajustada ao risco</p>	<p><b>O que é:</b> A captação ajustada ao risco consiste em repassar às unidades de saúde um pagamento mais alto quanto mais graves forem as condições clínicas dos pacientes cadastrados (<i>per capita</i>).</p> <p><b>Evidência:</b> Em 1997, o Departamento de Saúde de Maryland, Estados Unidos (38) substituiu o modelo misto de <i>fee for service</i> para um sistema de alocação de recursos gerenciado por atendimentos dos inscritos no Medicaid, ajustado ao risco (Health Choice). O sistema consistia em repasses mensais para um determinado número de inscritos, baseado no estado de saúde registrado por indivíduo. Um estudo do tipo antes e depois avaliou os efeitos dessa intervenção. Evidência de alta certeza.</p> <p><b>Resultado:</b> Esse sistema se mostrou eficaz na redução e controle das taxas de para cesárea (n=128.743). Observa-se que a chance de se realizar uma cesariana, tanto pela primeira vez OR: 0,67 (0,57 -0,77), quanto de repetição OR: 0,71 (0,62 – 0,80), foi menor no grupo exposto ao programa de captação ajustada ao risco.</p>
	<p>Sistema de pagamento por grupos relacionados ao diagnóstico</p>	<p><b>O que é:</b> Esse pagamento consiste em classificar grupos de pacientes com condições clínicas semelhantes e esses incorreriam em custos de saúde comparáveis.</p> <p><b>Evidência:</b> Um estudo do tipo antes e depois avaliou um programa implementado na Coreia (39). Os partos vaginais seguiram o pagamento por <i>fee for service</i> e o</p>

		<p>custo para cesariana seguiu o sistema de pagamento em grupo relacionado ao diagnóstico. Evidência de alta certeza.</p> <p><b>Resultado:</b> No período de adoção obrigatória desse sistema houve redução significativa das taxas de cesariana (n=1.289.989). A chance de se realizar uma cesárea foi menor no grupo exposto a intervenção mandatória, OR: 0,823 (0,816–0,830).</p>
	<p>Co-pagamento para cesárea eletiva (a pedido da mulher)</p>	<p><b>O que é:</b> Essa estratégia consiste em aumentar o valor do co-pagamento da usuária nas situações em que a cesariana eletiva é realizada a pedido.</p> <p><b>Evidência:</b> Dois estudos de séries temporais interrompidas foram identificados. Em ambos ocorreu paralelamente a intervenção de equalização do pagamento. - Evidência de moderada a alta certeza.</p> <p><b>Resultado:</b> Ambos não apresentaram efeito para essa estratégia; n=51.085; OR para cesariana não planejada 0.978 (0.90-1.07); OR para cesariana planejada: 0,995 (0,09-1,06).</p>

<b>Chapman, 2019 (20)</b>	Identificar e avaliar a eficácia de intervenções organizacionais relevantes para redução das taxas de cesariana.	15	Modelo de cuidado conduzido por enfermeira obstétrica	<p><b>O que é:</b> Nesse modelo de cuidado a enfermeira obstétrica é a profissional líder no planejamento, organização e prestação de cuidados dado a uma mulher.</p> <p><b>Evidência:</b> Uma metanálise foi conduzida com 6 estudos controlados e reandomizados. Os estudos incluídos apresentaram risco de viés de incerto a moderado, com um dos estudos com baixo risco de viés.</p> <p><b>Resultado:</b> Observou-se que as mulheres alocadas para cuidados conduzidos por enfermeiras obstétricas tiveram, em média, menor probabilidade de ter uma cesariana; n=7.784; RR médio: 0,83, IC 95% 0,73 a 0,96) O teste <math>\chi^2</math> para heterogeneidade não foi significativo, com heterogeneidade considerada não importante a moderada (<math>\chi^2 = 8,32</math>, <math>p = 0,14</math>, <math>I^2 = 40\%</math>, <math>Tau^2 = 0,01</math>).</p>
	Cuidado contínuo da enfermeira obstétrica		Cuidado contínuo da enfermeira obstétrica	<p><b>O que é:</b> O cuidado contínuo consiste na presença da enfermeira obstétrica durante o trabalho de parto e nascimento.</p> <p><b>Evidência:</b> Uma metanálise foi conduzida com três estudos controlados e randomizados. Os estudos incluídos apresentaram risco de viés incerto a moderado.</p> <p><b>Resultado:</b> Os resultados indicam que não houve diferença significativa entre cuidados contínuos de obstetrícia e o grupo comparador; n=7.428; RR médio: 0,85,</p>

		<p>IC 95% 0,59 a 1,23). O teste <math>\chi^2</math> para heterogeneidade não foi significativo, com heterogeneidade considerada moderada a substancial (<math>\chi^2 = 4,27</math>, <math>p = 0,12</math>, <math>I^2 = 53\%</math>, <math>\text{Tau}^2 = 0,06</math>).</p>
	<p>Triagem domiciliar por enfermeira obstétrica</p>	<p><b>O que é:</b> Triagem domiciliar da enfermeira obstétrica para avaliação das contrações, dos sinais vitais, e outras.</p> <p><b>Evidência:</b> Um estudo de cluster randomizado e controlado, realizado no Canadá, comparou a triagem domiciliar com a triagem por telefone (40). Estudo com moderado risco de viés.</p> <p><b>Resultado:</b> Os resultados indicam que não houve diferença significativa entre os grupos; <math>n=1459</math>; RR: 1,12, IC 95% 0,94 a 1,32).</p>
	<p>Implementação de diretrizes clínicas combinada com segunda opinião obrigatória para indicação de cesariana</p>	<p><b>O que é:</b> Esta intervenção consiste em implementar Diretrizes Clínicas de boas práticas baseadas em evidências combinada com a consulta de segunda opinião, nos casos de indicação de cesariana</p> <p><b>Evidência:</b> Um estudo de cluster randomizado e controlado, na América Latina (incluído Brasil), avaliou os efeitos de uma política de segunda opinião obrigatória para cesárea (41). Evidência de alta certeza com baixo risco de viés.</p>

			<p><b>Resultado:</b> Este estudo observou uma redução pequena, mas significativa nas taxas de cesariana; n=149.276; RR: -1,9 (- 3,8 a - 0,1). Uma análise secundária avaliando a diferença entre as cesáreas planejadas, das não planejadas, revelou uma diferença significativa na redução das cesáreas não planejadas RR: -2,2 (- 4,3 a - 0,1), em comparação com nenhuma diferença nas taxas de cesáreas planejadas RR: 0,2 (- 1,4 a 1,8).</p>
		<p>Protocolos hospitalares para complicações na gravidez</p>	<p><b>O que é:</b> Implantação de protocolos hospitalares para manejo de complicações na gravidez.</p> <p><b>Evidência:</b> Um estudo, utilizando um desenho controlado quase-experimental (antes e depois) realizado no Irã, avaliou a efetividade da implementação de protocolos para complicações na gravidez nas taxas de cesariana (42). Estudo com evidência fraca e alto risco de viés.</p> <p><b>Resultado:</b> O estudo encontrou um significativo aumento na taxa de cesariana após a implementação de protocolos para complicações na gravidez (n=1.172; taxa de cesareana: fase de intervenção: 67,8%, fase de controle 48,8%, p = 0,001.</p>
<p><b>Chen, 2018 (21)</b></p>	<p>Avaliar a eficácia e segurança de</p>	<p>29 Educação médica por formador de opinião local</p>	<p><b>O que é:</b> Essa intervenção consiste em identificar médicos reconhecidos como líderes de opinião; a) Um grupo de médicos participa de um workshop sobre diretrizes baseadas em evidências e princípios de mudança de comportamento; b)</p>

	<p>intervenções não clínicas destinadas a reduzir cesarianas desnecessárias</p>	<p>(obstetra-ginecologista)</p>	<p>encaminhamento de correspondências com informações sobre as diretrizes, com carta de apoio do líder de opinião local; c) realização de reunião organizada pelo líder de opinião com palestrante especialista com conhecimento e credibilidade na área de parto vaginal após cesariana; d) manutenção de encontros educacionais formais e informais.</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo de cluster randomizado controlado, realizado em Ontário no Canadá (43). Evidência de alta certeza.</p> <p><b>Resultado:</b> Observou-se redução, estatisticamente significativa, nas taxas de cesariana. Reduziu o risco de cesariana eletiva de 66,8% para 53,7% (educação do formador de opinião: 53,7%, IC de 95% 46,5 a 61,0%; controle: 66,8%, IC de 95% 61,7 a 72,0%; n=2496 participantes.</p>
		<p>Cuidado colaborativo da enfermeira obstétrica</p>	<p><b>O que é:</b> O cuidado colaborativo da enfermeira obstétrica ocorre sem tarefas clínicas concorrentes ao obstetra, o qual fornece cobertura ao trabalho de parto e parto, 24 horas por dia.</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo de série temporal interrompido, comparado com um modelo de atendimento de prática privada (44). Evidência de baixa certeza.</p>

		<p><b>Resultado:</b> A taxa de cesariana diminuiu 7% no ano após a intervenção e 1,7% ao ano posterior (n=1722); a taxa de partos vaginais após cesárea aumentou de 13,3% para 22,4% após a intervenção (n=684).</p>
	<p>Educação de enfermeiras sobre o parto</p>	<p><b>O que é:</b> Treinamento de enfermeiras sobre questões clínicas da saúde materna e orientações a serem dadas para as mulheres.</p> <p><b>Evidência:</b> : Estudo de cluster randomizado controlado, realizado em Helsinki, na Finlândia(45). Evidência de baixa certeza.</p> <p><b>Resultado:</b> Foi observado pouco ou nenhum efeito: n=1568; OR:1,29 (IC 95% 0,99-1,67).</p>
	<p>Auditoria e <i>feedback</i> combinado com incentivo financeiro</p>	<p><b>O que é:</b> A intervenção consiste em realização de ciclos de auditoria com <i>feedback</i> para o médico assistente que indicou a cesárea, combinada com intervenção de incentivo financeiro.</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo controlado antes-depois , realizado no Irã (46). Evidência de muito baixa certeza.</p> <p><b>Resultados:</b> Alteração da taxa de cesáreas durante a intervenção: -14,6% (IC95% -24,4 a -4,8), p = 0,02.</p>

	<p>Auditoria e <i>feedback</i> combinado com assistência médica 24 horas</p>	<p><b>O que é:</b> A intervenção consiste em realização de ciclos de auditoria com <i>feedback</i> para o médico assistente que indicou a cesárea, combinada com a presença de um médico assistente 24h na unidade de saúde para gerenciamento de parto e complicações.</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo de série temporal interrompida, realizado nos Estados Unidos (47). Evidência de muito baixa certeza.</p> <p><b>Resultados:</b> Alteração da taxa de cesáreas em 24 meses: -6,6% (-10,1 a -3,2);</p>
	<p><i>Peer review</i> combinada com segunda opinião obrigatória para indicação de cesárea</p>	<p><b>O que é:</b> A revisão por pares incluiu consulta pré-cesárea e vigilância pós-cesárea. Dois médicos são indicados como consultores para a vigilância pré-cesárea. Cada caso de cesariana é apresentado em reuniões semanais. Combinada com a consulta de segunda opinião, nos casos de indicação de cesariana</p> <p><b>Evidência:</b> Um estudo de série temporal interrompida, realizado nos Estados Unidos (48). Estudo com evidência de muito baixa certeza.</p> <p><b>Resultado:</b> Mudança na proporção de partos cesáreos totais em 12 meses: - 2,4% (-11,4 a 6,7).</p>

<b>Boatin, 2017 (22)</b>	Identificar, avaliar criticamente e sintetizar estudos que usaram a classificação de Robson como um sistema para categorizar e analisar dados em ciclos de auditoria clínica para reduzir as taxas de cesariana.	6	Auditoria combinada com <i>feedback</i> usando a classificação Robson	<p><b>O que é?:</b> A intervenção consiste em realização de ciclos de auditoria utilizando a classificação de Robson como ferramenta para <i>feedback</i> e monitoramento da performance.</p> <p><b>Evidência:</b> 6 estudos não-controlados antes e depois, conduzidos no Brasil, Chile, Itália e Suécia (49–54) . Estudo de evidência fraca com alto risco de viés.</p> <p><b>Resultados:</b> Em todos os estudos observou-se redução das taxas de cesariana após a intervenção. As taxas de cesariana variaram antes da intervenção entre 20 a 36,8% e após a intervenção entre 3,1% a 21,2% .</p>
<b>Moradi, 2020 (23)</b>	Revisar políticas adotadas para reduzir cesarianas em diferentes países	19	Segunda opinião de especialista	<p><b>O que é:</b> As indicações foram avaliadas, usando evidências científicas como referência, por médicos especialistas com mais ou o mesmo tempo de experiência clínica.</p>

	e avaliar sua efetividade	<p><b>Evidência:</b> Estudo de cluster randomizado controlado, em hospitais da América Latina (Argentina, Brasil, Cuba, Guatemala, México) com taxa de cesariana maior do que 15% em 1000 casos por ano (55).</p> <p><b>Resultado:</b> Nos hospitais (n=36) em que a intervenção foi realizada, a taxa de cesariana diminuiu (de 1% a 1,9%; p = 0,044). Segundo a avaliação dos médicos, em hospitais públicos, 87% avaliaram que essa foi uma estratégia efetiva; em hospitais privados, 41% avaliaram a estratégia como efetiva.</p>
	Modelos de pagamento diferenciados por tipo de parto	<p><b>O que é:</b> Pagamento de um valor fixo diferencial, de acordo com o parto, para o médico especialista.</p> <p><b>Evidência:</b> Um estudo do tipo antes e depois comparou dois programas diferentes, em dois estados na Índia. No estado de Madhaya, o reembolso por cesárea era maior do que o parto normal e no estado de Gujarat, um valor fixo era pago aos especialistas (56).</p> <p><b>Resultado:</b> No estado de Madhaya, a taxa de cesárea aumentou de 26,6% (2006-2007) para 40,7% (2010-2011). No estado de Gujarat, a taxa de cesárea foi reduzida de 8,1% (2004-2006) para 4,3% (2010-2011). n=805.000.</p>

	<p>Auditoria clínica</p>	<p><b>O que é:</b> Avaliação das causas e da necessidade da realização de cesarianas por uma equipe de especialistas e apresentação dos resultados para discussão em conferências mensais.</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo retrospectivo, em que foi avaliada a taxa de cesariana de um grupo pré-auditoria ( 2008-2009) e pós-auditoria (2009-2011), em Taiwan (57).</p> <p><b>Resultado:</b> A taxa de cesárea por distócia foi significativamente menor no grupo auditoria clínica comparado ao grupo pré-auditoria (n=2.185; 9,6% versus 2,6%, <math>p \leq 0,001</math>). No entanto, não houve diferença significativa na taxa de parto normal.</p>
	<p>Acompanhamento por doula experiente e treinada</p>	<p><b>O que é:</b> A intervenção envolveu o acompanhamento e apoio às gestantes e seus companheiros por uma doula experiente e treinada, logo após a admissão ao hospital. Este suporte é fornecido com proximidade física, contato visual e comunicação.</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo controlado randomizado, realizado em Ohio, nos Estados Unidos (58).</p> <p><b>Resultado:</b> A taxa de cesarianas foi significativamente menor no grupo intervenção, em comparação ao grupo controle (n=420; 13,4% versus 25%, <math>p = 0,002</math>).</p>

	<p>Plano de promoção ao parto normal (reforma no sistema de saúde)</p>	<p><b>O que é:</b> Plano de incentivo ao parto normal, com a disseminação do trabalho de parto sem dor, criação de espaços especiais para o ambiente de parto prazeroso.</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo longitudinal retrospectivo, realizado em todas as maternidades da província do Curdistão, Irã.</p> <p><b>Resultado:</b> Houve redução na taxa de cesáreas de 14,02% após um ano de implementação do plano de reforma do sistema de saúde do Irã, em comparação com sua taxa basal em 2013 (n= 1.155; p &lt;0,001).</p>
	<p>Comunicação por escrito para obstetras com informação sobre as taxas de cesáreas</p>	<p><b>O que é:</b> Correspondência confidencial aos obstetras com informações sobre a taxa de cesariana do hospital e as taxas de cesáreas por cada obstetra.</p> <p><b>Evidência:</b> Ensaio clínico controlado, realizada em dois hospitais na província de Mazandaráo, Irã.</p> <p><b>Resultado:</b> Durante o estudo, 2.171 partos foram realizados no hospital que sofreu a intervenção e 980 no hospital controle; 44,8% dos partos ocorreram por cesariana no grupo de casos e 46,6% no grupo controle. Não houve diferença nas taxas de cesariana entre os hospitais após a intervenção, no entanto, as taxas de cesariana diminuíram significativamente em ambos os grupos (p &lt;0,001).</p>

	<p>Avaliação das taxas de cesariana</p>	<p><b>O que é:</b> Avaliação das taxas de cesariana e apresentação dos resultados em forma de instruções aos departamentos relevantes. Lista de informações, incluindo, por exemplo: idade materna, início do parto, nível de emergência, necessidade de monitoramento pós-operatório, complicações pós-operatórias, etc.</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo de avaliação de todas as cesarianas realizadas no período de 1º de janeiro de 2003 a 31 de março 2004, no Paquistão. A avaliação foi apresentada na forma de uma diretriz. A taxa de cesariana e estado materno e fetal eram verificados antes e depois da implementação da diretriz</p> <p><b>Resultado:</b> A taxa de cesariana diminuí de 16% a 12%.</p>
	<p>Mudança no protocolo de cuidado obstétrico</p>	<p><b>O que é:</b> Mudança no protocolo de acordo com Consenso de Cuidados Obstétricos do <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> (2014).</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo do tipo antes e depois, realizado em um hospital afiliado à universidade, na França (59).</p> <p><b>Resultado:</b> A taxa de cesariana diminuiu significativamente de 9,4% para 6,9% (<math>p &lt; 0,01</math>; <math>n = 3.283</math> antes da intervenção; <math>n = 3.068</math> após a intervenção).</p>

			Intervenções organizacionais (programa de avaliação)	<p><b>O que é:</b> Intervenções organizacionais e implementação de programa de avaliação com indicadores de controle e gestão da qualidade para hospitais.</p> <p>Intervenções organizacionais incluem educação para mães e suas famílias por médicos e nutricionistas uma ou duas vezes por semana, treinamento dos profissionais por equipes especializadas, participação de enfermeiras obstétricas em aulas educacionais anualmente, a implementação do “parto sem dor”.</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo do tipo antes e depois, conduzido durante 2006 a 2014 em três clínicas na China (60).</p> <p><b>Resultado:</b> Após as intervenções organizacionais, a taxa de cesariana diminuiu 12%. A média anual de crescimento deste índice diminuiu de 20,11 a -4,30.</p>
Opiyo, 2020 (24)	Avaliar a segurança e efetividade de intervenções financeiras, regulatórias e legislativas destinadas a	16	Equalização de <i>facilities fee</i> e honorários profissionais	<p><b>O que é:</b> <i>National Health Insurance</i> (NHI) que equalizou o valor pago para cesarianas e partos vaginais.</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo de série temporal interrompida, avaliou o programa implementado em 1995, em Taiwan (61). Evidência de baixa certeza com baixo risco de viés.</p>

	reduzir taxas de cesariana.	<p><b>Resultados:</b> A porcentagem de mulheres grávidas que fizeram cesarianas aumentou 6,3% após NHI, de 24,2 para 30,5% (n= 35.616), mas após controlar para outras variáveis, não foi encontrado um impacto significativo na taxa.</p>
	Sistema de pagamento por grupos relacionados ao diagnóstico	<p><b>O que é:</b> Sistema de pagamento prospectivo por grupos relacionados ao diagnóstico, que define uma taxa fixa pelo serviço. Três conjuntos de códigos relacionados ao diagnóstico: cesárea, parto vaginal com complicações, parto vaginal sem complicações.</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo de coorte retrospectivo, realizado na Coreia do Sul. Evidência de baixa certeza com baixo risco de viés.</p> <p><b>Resultados:</b> Não foi encontrada diferença significativa nas taxas de cesariana com a implantação do sistema de pagamento por grupos relacionados ao diagnóstico (n= 179.222).</p>
	Pagamento do caso	<p><b>O que é:</b> Programa baseado no pagamento de caso para parto vaginal após cesárea.</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo não controlado antes e depois, realizado em quatro hospitais de Taiwan (62). Estudo com sério risco de viés e evidência de muito baixa certeza.</p>

		<p><b>Resultados:</b> Após a implementação dos pagamentos de caso para VBAC, as taxas de VBAC nos hospitais aumentaram 6,06% (n= 2246; p &lt;0,001).</p>
	<p>Sistema de seguro maternidade com base no teto (cap)</p>	<p><b>O que é:</b> O sistema cap não reembolsa hospitais por custos acima do limite (per capita). Limita procedimentos dispendiosos desnecessários ao não reembolsar hospitais acima do valor do teto.</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo de caso retrospectivo pré / pós implementação do sistema (63). Estudo com sério risco de viés e evidência de muito baixa certeza.</p> <p><b>Resultados:</b> Não foram reportadas mudanças nas taxas de cesariana (n= 6547), no entanto, as despesas com cesarianas diminuíram em comparação com outros tipos de atendimento aos pacientes no hospital.</p>
	<p>Política de incentivo financeiro e parto vaginal gratuito</p>	<p><b>O que é:</b> A reforma do Plano de Evolução do Setor de Saúde (HSEP) forneceu serviços de internação gratuitos para parto vaginal e ofereceu incentivos financeiros para os provedores promoverem o parto vaginal.</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo de série temporal interrompida, avaliou o Plano implementado em 2014, no Irã (64). Estudo com baixo risco de viés e evidência de baixa certeza.</p>

		<p><b>Resultados:</b> A proporção de cesarianas diminuiu significativamente (n=50 hospitais; -11,0%, p = 0,044) no primeiro mês pós-intervenção, mas no geral, a taxa de cesarianas aumentou 0,0017% por mês no período pós-intervenção.</p>
	<p>Diretrizes clínicas impostas legislativamente</p>	<p><b>O que é:</b> Lei que exigiu que diretrizes clínicas sobre cesáreas fossem disseminadas entre médicos obstetras. A lei também exigia que conselhos de revisão por pares em hospitais fossem estabelecidos para revisar indicação de cesáreas e que as datas exatas de implementação das diretrizes fossem informadas a um órgão estadual.</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo de série temporal interrompida, em hospitais na Flórida, Estados Unidos (65). Estudo com baixo risco de viés e evidência de baixa certeza</p> <p><b>Resultados:</b> As cesarianas diminuíram como um todo, mas essa tendência já era observada antes da implementação das diretrizes. A realização de uma nova cesariana pela mesma mulher diminuiu em maior magnitude (5,7%) após a intervenção, o que indica que a intervenção pode ter tido um impacto maior na repetição da cesariana.</p>
	<p>Intervenções institucionais e</p>	<p><b>O que é:</b> Intervenções institucionais: Educação em saúde (reuniões educacionais semanais presenciais entre pacientes e funcionários do hospital, treinamento para obstetras e enfermeiras), introdução ao parto sem dor e apoio de doula;</p>

	políticas multifacetadas	<p>Intervenções políticas: Regulação da Assistência à Saúde Materna - incentivo às mães a escolherem o parto vaginal, avaliação e controle de indicações de cesáreas e da cesárea a pedido materno.</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo do tipo antes e depois, realizado na Província de Zhejiang, China (60). Estudo com baixo risco de viés e evidência de baixa certeza.</p> <p><b>Resultados:</b> Após a introdução da intervenções institucionais a taxa média de crescimento anual de cesarianas à pedido materno diminuiu rapidamente de 20,1% para -4,3%. A taxa geral de cesáreas diminuiu de 54,42% para 46,16% (n= 131.312; p &lt;0,001).</p>
	Política “hard-stop”	<p><b>O que é:</b> Política que limita induções eletivas e cesarianas antes de 39 semanas de gestação, com exigência de revisão e aprovação para todos os partos.</p> <p><b>Evidência:</b> Estudo de coorte retrospectivo, realizado no estado de Oregon, Estados Unidos (66). Estudo com baixo risco de viés e evidência de baixa certeza.</p> <p><b>Resultados:</b> A razão de chance de realização de uma cesariana eletiva permaneceu a mesma no período após a implementação da Política, em comparação ao período anterior (n= 181.034; OR 1,00, IC 95%, 0,97-1,03).</p>

Iniciativa de  
Melhoria da  
Qualidade  
("Parto  
Adequado")

**O que é:** O projeto "Parto Adequado" apresenta quatro componentes: .1.

1. Liderança – Educação de líderes seniores, prestadores, comunidade e pacientes sobre os benefícios do nascimento fisiológico; Novo contrato entre pagadores e prestadores criando incentivos para qualidade e segurança; Novo contrato entre plano de saúde / hospital criando incentivos para qualidade, segurança e parto normal.
2. Gestantes – Educação de famílias e mulheres grávidas ao novo modelo de atenção; Campanhas públicas; Escuta da mãe e das famílias;
3. Sistema de saúde - Protocolos e padronização da assistência perinatal; Redimensionamento do espaço físico (ambiente para parto normal); Investimento em um ambiente de trabalho saudável; Equipe bem treinada para assistir aos partos; Equipe multiprofissional assistindo todas as fases da gravidez; Protocolos e padronização para o parto e pós-parto.
4. Informação – Coleta de informações confiáveis; Feedback para os profissionais, pacientes e familiares sobre informações de qualidade e segurança.

**Evidência:** Estudo de série temporal interrompida, realizado em hospitais privados no Brasil (67). Estudo com baixo risco de viés e evidência de baixa certeza.

**Resultados:** A iniciativa de melhoria da qualidade foi associada a 62% de

aumento na taxa de partos vaginais. Partos vaginais aumentaram de 21,5% (IC 95% 15,8 para 29,2%) em 2014 para 34,8% (IC 95% 28,9 a 41,9%) em 2016 (n= 119.378 partos em 13 hospitais ); aumento relativo de 1,62 (IC 95% 1,27 a 2,07, p <0,001).

Fonte: Elaboração própria

Autor	Ano	Foi fornecido um projeto a priori?	A seleção de estudos e extração de dados foi realizada duplamente?	Foi realizada uma busca abrangente?	A situação da publicação foi utilizada como um critério de inclusão?	Foi fornecida uma lista de estudos (incluídos e excluídos)?	Foram fornecidas as características dos estudos incluídos?	A qualidade científica dos estudos incluídos foi avaliada e documentada?	A qualidade científica dos estudos incluídos foi utilizada de forma adequada na formulação das conclusões?	Os métodos foram usados para combinar os resultados de estudos adequados?	A probabilidade de viés de publicação foi avaliada?	O conflito de interesses foi informado?	Avaliação geral
Yu	2019	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	6/9
Chapman	2019	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●	8/10
Chen	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	7/9
Boatin	2017	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	8/9
Moradi	2019	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	5/9
Opiyo	2020	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	6/9

**Figura 2.** Avaliação da qualidade das revisões sistemáticas de acordo com os critérios AMSTAR

Legenda	
●	Sim
●	Incerto
●	Não
○	Não se aplica

**Quadro 3** – Classificação das estratégias identificadas pela taxonomia EPOC, com análise do efeito sobre a taxa de cesárea.

Tipo de intervenção	Estratégia	Efeito sobre a taxa de cesárea *
Intervenções sobre a prestação de serviços	Triagem domiciliar por enfermeira obstétrica	Não houve diferença
	Cuidado contínuo/colaborativo da enfermeira obstétrica	Incerto
	Acompanhamento por doula experiente e treinada	Redução
Intervenções sobre o financiamento	Co-pagamento para cesárea eletiva (a pedido da mulher)	Não houve diferença
	Sistema de seguro maternidade com base no teto (cap)	Não houve diferença
	Equalização de <i>facilities fee</i> e honorários profissionais	Incerto
	Sistema de orçamento global para hospitais	Incerto
	Pagamento do caso	Incerto
	Captação ajustada ao risco	Redução
	Sistema de pagamento por grupos relacionados ao diagnóstico	Redução
	Modelos de pagamento diferenciados por tipo de parto - valor fixo de cesárea e parto normal	Redução
	Modelos de pagamento diferenciados por tipo de parto - valor cesárea maior do que parto normal	Aumento
Intervenções sobre arranjos de governança	Política “hard-stop”	Não houve diferença
		Redução

	Modelo de cuidado conduzido por enfermeira obstétrica	
	Plano de promoção ao parto normal (reforma no sistema de saúde)	Redução
	Mudança no protocolo de cuidado obstétrico	Redução
	Diretrizes clínicas impostas legislativamente	Redução
	Protocolos hospitalares para complicações na gravidez	Aumento
<b>Intervenções sobre estratégias de implementação</b>	Educação de enfermeiras sobre parto	Não houve diferença
	Comunicação por escrito para obstetras com informação sobre as taxas de cesáreas	Não houve diferença
	Educação médica por formador de opinião local (obstetra-ginecologista)	Redução
	Segunda opinião de especialista	Redução
	Auditoria clínica	Redução
	Avaliação das taxas de cesariana	Redução
<b>Intervenções Mistas</b>	Política de incentivo financeiro e parto vaginal gratuito	Não houve diferença
	Implementação de diretrizes clínicas combinada com segunda opinião obrigatória para indicação de cesariana	Redução
	Auditoria e feedback combinado com incentivo financeiro	Redução
	Auditoria e feedback combinado com assistência médica 24 horas	Redução
	<i>Peer review</i> combinada com segunda opinião obrigatória para indicação de cesárea	Redução
	Auditoria combinada com <i>feedback</i> usando a classificação Robson	Redução
	Intervenções organizacionais (programa de avaliação)	Redução
		Redução

	Intervenções institucionais e políticas multifacetadas	
	Iniciativa de Melhoria da Qualidade (“Parto Adequado”)	Redução

Fonte: Elaboração própria

\*Redução – foi considerada qualquer redução apresentada no estudo; Aumento – foi considerado qualquer aumento apresentado no estudo; Não houve diferença – foi considerada a informação apresentada no estudo sobre a indiferença no efeito; Incerto – quando dois ou mais estudos apresentaram informações divergentes sobre o efeito da intervenção.

### 3.1 SOBRE OS ESTUDOS E SUAS LIMITAÇÕES

Yu, 2019 (19) - Nesta revisão foram identificadas 5 tipos de estratégias para os prestadores e uma direcionada para pacientes. Observa-se que das estratégias identificadas, aquelas que apresentaram algum efeito para redução sobre as taxas de cesariana, baseadas em estudos de alta certeza, foram as intervenções para grupos específicos, como a equalização de *facilities fee* e honorários profissionais somente para partos (vaginais ou cesáreas) classificados como não complicados e os pagamentos per capita ajustado ao risco e por grupos relacionados ao diagnóstico. Limitações do estudo: Os estudos existentes são poucos e com algumas limitações, com diferenças dos desenhos de estudo, falta de estudos comparativos, ausência de dados clínicos que comprovem que a redução das taxas de cesariana ocorreu somente nas situações desnecessárias e quais outros fatores poderiam estar influenciando esses efeitos. Duas intervenções apresentaram efeito contrário nas taxas de cesariana, o sistema de orçamento global para hospitais e o pagamento do caso, no entanto, ambos estão baseados em evidências de baixa ou moderada certeza.

Chapman, 2019 (20) - Neste estudo foram identificadas as seguintes estratégias organizacionais para redução das taxas de cesariana, com significância estatística: Modelo de cuidado conduzido por enfermeira obstétrica, auditoria e feedback e política hospitalar de segunda opinião obrigatória para cesariana. Ressalta-se que a maioria dos estudos sobre o modelo de cuidado conduzido por enfermeira obstétrica foram realizados em gestantes de baixo risco, o que pode sinalizar que esse grupo seja o mais indicado para essa intervenção. Limitações do estudo: Somente para duas intervenções foi possível a realização de metanálise, tendo em vista que para as outras intervenções os efeitos foram avaliados baseados em somente um estudo. A única intervenção que relatou aumento na taxa de cesariana após a sua implantação - Protocolos hospitalares para complicações na gravidez – está baseada num estudo quase-experimental que apresentou alto risco de viés. Além disso, o estudo de Chapman et al declara que foi feita uma avaliação da qualidade dos estudos, no entanto, não foi apresentada.

Chen, 2018 (21) – Essa revisão da Cochrane avaliou intervenções não clínicas para redução de cesáreas direcionadas a pacientes, profissionais e organizações, no entanto, foram incluídas nessa revisão rápida somente as intervenções direcionadas para profissionais e organizações. Para esse público foram identificadas quatro tipos de intervenções com efeitos para redução de taxas de cesariana, a implementação de diretrizes clínicas combinada com auditoria e feedback, a política hospitalar de segunda opinião obrigatória para cesariana, a educação médica por formador de opinião local (obstetra-ginecologista) e o cuidado colaborativo da enfermeira obstétrica. Duas dessas intervenções, inclusive, baseadas nos mesmos estudos, estão identificadas na revisão sistemática de Chapman, 2019 (20): a implementação de diretrizes clínicas combinada com auditoria e feedback e a política hospitalar de segunda opinião obrigatória para cesariana. Essas intervenções, assim como as intervenções de incentivo financeiro, não foram descritas novamente na tabela 1, como achados desse estudo, tendo em vista que correspondem aos mesmos achados de Chapman 2019 (20) e Yu, 2019 (19), já descritos na tabela. Limitações do estudo: Todas as intervenções que apresentaram efeito positivo na redução da cesariana estão baseadas em evidências de alta certeza, exceto a intervenção sobre o cuidado colaborativo da enfermeira, que é um estudo de série temporal interrompido que apresentou evidência de baixa certeza.

Boatin, 2017 (22) – O objetivo da classificação de Robson é possibilitar a classificação baseada na situação da mulher, a partir de seis conceitos obstétricos (1. Paridade; 2. Cesárea anterior; 3. Início do trabalho de parto; 4. Idade gestacional; 5. Apresentação fetal; e 6. Número de fetos) e identificar prospectivamente os grupos de mulheres clinicamente relevantes e possibilitar a investigação das diferenças nas taxas de cesáreas dentro destes grupos homogêneos de mulheres. A classificação é totalmente inclusiva e mutuamente exclusiva, de modo que todas as gestantes são incluídas em apenas um dos 10 grupos (61).

Dos seis estudos que avaliaram a classificação de Robson como ferramenta para auxiliar a auditoria e o feedback dos prestadores nos ciclos de auditoria, todos reportaram redução nas taxas de cesariana após a intervenção, principalmente nos grupos de Robson 1, 2, 5 e 10. Ressalta-se que cinco dos estudos avaliados foram realizados em países com as maiores taxas de

cesariana do mundo, Brasil, Chile e Itália. Limitações do estudo: Todos os estudos incluídos não foram controlados e do tipo antes e depois, que apresentam limitações importantes na interpretação e aplicabilidade dos resultados. Segundo classificação do autor os estudos apresentaram alto risco de viés.

Moradi, 2019 (23) – Esse estudo avaliou intervenções não clínicas para redução de cesáreas direcionadas a pacientes, seus familiares, profissionais e organizações, no entanto, foram incluídas nessa revisão rápida somente as intervenções direcionadas para profissionais e organizações. Importante ressaltar que os autores incluíram na seleção estudos em inglês e em persa, o que explica o fato da maioria dos estudos (67%) ser do continente asiático. Foram identificadas nove tipos de intervenções, aquelas que apresentaram algum efeito na redução das cesarianas foram: Segunda opinião de especialista; Modelos de pagamento; Auditoria clínica; Plano de promoção ao parto normal (reforma no sistema de saúde); Mudança no protocolo de cuidado obstétrico; Avaliação das taxas de cesariana; e Acompanhamento por doula experiente e treinada. Desses achados os que apresentaram desenhos de estudo de melhor qualidade (cluster randomizado e controlado) e efeito estatisticamente significativo na redução de cesarianas foram: a estratégia de segunda opinião e o acompanhamento por doula experiente e treinada. Limitações do estudo: O estudo possui uma limitação importante com relação ao risco de viés, tendo em vista que utilizou a ferramenta STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) para avaliar a qualidade dos estudos e após essa avaliação os estudos considerados pelo autor como de baixa qualidade foram excluídos. Logo, a qualidade da evidência não foi avaliada com o instrumento apropriado e o risco de viés dos estudos selecionados também não foi avaliado.

Opiyo, 2020 (24) - Dos dezesseis estudos selecionados sete já haviam sido identificados na revisão sistemática de Yu, 2019 (19) e, portanto, não foram descritos novamente na tabela. O objetivo desse estudo foi incluir na revisão estudos que avaliaram intervenções financeiras, regulatórias e legislativas destinadas a reduzir cesáreas, desnecessárias, que haviam sido excluídos em revisões sistemáticas realizadas anteriormente, devido a deficiências em seus desenhos de estudo. Dos 16 estudos, sete já tinham sido abordados na revisão

sistemática de Yu, 2019 (19), logo não foram descritos novamente na tabela. Das intervenções encontradas, aquelas com características de serem mistas, ou seja, se utilizarem de mais de um tipo de intervenção como estratégia para a redução de cesáreas foram as que apresentaram melhor efeito, como as intervenções institucionais e políticas multifacetadas e a iniciativa de melhoria da qualidade (“Parto Adequado”). Limitações do estudo: Como o objetivo da revisão foi incluir estudos que haviam sido excluídos por fatores metodológicos de revisões sistemáticas anteriores, o que se observa são evidências de baixa a moderada certeza, no entanto, alguns poucos apresentaram sérios riscos de viés.

#### **4. DISCUSSÃO**

Kingdon (2018)(27) observou em seu estudo de revisão sistemática de estudos qualitativos para avaliar as intervenções para redução das cesáreas, sob a ótica das barreiras e facilitadores, que as intervenções com esse objetivo, de natureza não clínica, são fortemente mediadas pelas diferenças de poder organizacional e comprometimento dos stakeholders. A partir dos seus achados, codificou os fatores que são potenciais barreiras e facilitadores em três eixos: 1. Fatores estruturais, organizacionais e do sistema de saúde; 2. Fatores humanos e culturais; 3. Mecanismos de efeito para alcançar a mudança.

Diante dos tipos de intervenções identificadas na literatura para redução das taxas de cesáreas e dos eixos estruturados por Kingdon (2019)(27), pode-se refletir sobre as potenciais vantagens e desvantagens de cada uma delas.

Para as intervenções de incentivo financeiro observa-se que estas têm nos fatores estruturais, organizacionais e do sistema suas maiores barreiras. Como o fato de poder ser gerador de mecanismos para burlar o registro de indicações de cesariana para atender aos critérios exigidos pelos serviços de saúde (62). Por outro lado, considerar os padrões culturais vigentes podem auxiliar a implementação de intervenções dessa natureza.

As intervenções sobre arranjos de governança e prestação de serviços apresentam nos fatores humanos e culturais seus maiores desafios. Nesse cenário ressalta-se o modelo de cuidado liderado por enfermeiras obstétricas,

aonde o poder médico foi percebido como uma barreira importante para superar, principalmente em situações em que os médicos acreditavam que sua identidade profissional e a segurança das mulheres estavam comprometidas por renunciar à liderança do cuidado para as enfermeiras obstétricas (63,64). Problemas de colaboração e comunicação entre a equipe e falta de recursos humanos (enfermeiras obstétricas) também são destaques como barreiras para a implementação dessas intervenções. Como fatores facilitadores ressalta-se as ações de educação e melhoria contínua da qualidade. Observa-se em locais com menores taxas de cesáreas uma maior segurança das enfermeiras obstétricas e dos obstetras por estarem bem treinados e se sentirem preparados para lidar com complicações (65).

As barreiras sobre estratégias de implementação residem tanto em fatores estruturais, organizacionais e do sistema quanto em fatores humanos e culturais. Intervenções padronizadas e aparentemente simples foram percebidas como de difícil implementação, tendo em vista a complexidade dos sistemas de saúde (63–65). Altas taxas de cesariana foram observadas como uma forma de compensação das deficiências multidimensionais dos sistemas de saúde (66,67). Com relação aos fatores culturais observa-se resistência para a implementação de diretrizes nacionais de prática clínica. Observa-se diferenças com relação a percepção da cultura normativa entre instituições com baixas taxas de cesárea, que compreendem as diretrizes como ferramenta para a melhoria contínua, e instituições com altas taxas de cesárea que as percebem com desconfiança, como uma interferência na autonomia profissional (68). Como facilitadores para a implementação de Diretrizes ressalta-se ações de liderança, de envolvimento e de apropriação das partes interessadas para facilitar atitudes mais positivas em relação à mudança de processos de trabalho e o compromisso com a redução de cesarianas desnecessárias (62–65,68).

#### 4.1 LIMITAÇÕES E FORTALEZAS

O fato das etapas de seleção, extração e avaliação da qualidade dos estudos não terem sido realizadas em duplicidade pode ter gerado algumas perdas na seleção dos estudos e eventuais inconsistências na extração dos dados. Com relação ao limite de tempo de publicação (5 anos), acredita-se que essa restrição teve um impacto pequeno nos achados, tendo em vista que foram incluídos somente estudos de revisão sistemática e essas incluíram estudos com maior tempo de publicação. No entanto, apesar da simplificação de alguns dos passos de uma revisão sistemática, por se tratar de uma revisão rápida, elementos importantes de uma síntese de evidências robusta foram mantidos, como uma estratégia de busca clara e definida a priori e critérios de seleção explícitos e transparentes.

#### 4.2 IMPLICAÇÕES PARA FUTUROS ESTUDOS

Ao longo da condução do estudo observou-se que a maioria dos estudos que avaliaram a efetividade de intervenções para a redução de cesáreas concentrava-se em intervenções clínicas, com foco nas mulheres. Inclusive, foram poucos os estudos encontrados, nas revisões sistemáticas, com foco organizacional e não clínico. A efetividade da maioria das intervenções foi avaliada a partir de um único estudo, o que nos leva a seguinte reflexão: se são poucos os estudos ou se são poucas as intervenções direcionadas para a redução de cesáreas em nível organizacional de natureza não clínica. De toda forma cabe ressaltar a necessidade de futuros estudos com objetivo de avaliar a efetividade de intervenções dessa natureza, com desenho de estudo adequado para tal finalidade.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa revisão possibilitou identificar intervenções em nível organizacional, de natureza não clínica, efetivas para a redução de cesáreas. De acordo com a taxonomia da iniciativa EPOC os tipos de intervenções que se apresentaram em maior número foram as intervenções de financiamento (9) e mistas (9) e as intervenções que apresentaram melhor efeito na redução de cesáreas foram aquelas que utilizaram como estratégia intervenções mistas, que envolviam estratégias de implementação e governança. No entanto, ressalta-se que a efetividade das intervenções variaram de acordo com o contexto e o nível de certeza das evidências.

Logo, esse estudo traz importantes contribuições para pensar ações e políticas para redução de cesáreas, no sentido de viabilizar intervenções de arranjos organizativos que sejam efetivas, mas que sejam implementadas considerando o sistema e as normas culturais vigentes e que seja capaz de reagir adequadamente ao contexto e a cultura local para o enfrentamento das resistências.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. Zeeb H, editor. PLoS One [Internet]. 2016 Feb 5;11(2):e0148343. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0148343>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson) [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 14]. Available from: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/>
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. WHO/RHR/15.02. 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 14]. Available from: [http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/DDT\\_Assistencia\\_PartoNormal.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/DDT_Assistencia_PartoNormal.pdf)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
6. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet*. 2001 Nov;75:S5–23.
7. Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. 84 p.
8. Miles A. *Women, Health and Medicine*. Philadelphia: Open University Press; 1991.
9. Teixeira S, S Machado H. Who Caesarean Section Rate: Relevance and Ubiquity at the Present Day – A Review Article. *J Pregnancy Child Heal*. 2016;03(02).
10. Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) [Internet]. EPOC

Taxonomy. 2015 [cited 2020 Oct 30]. Available from: [epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy](http://epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy)

11. World Health Organization (WHO). WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva: WHO; 2018.

12. Setti C, Oliveira C, Tesser T, de Bortoli M, Araujo B, Crevelário de Melo R, Olah A, Venancio S, Poderoso R TT. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: Reduzindo as taxas de cirurgia cesariana no Brasil. São Paulo: Instituto de Saúde; 2020.

13. Hamel C, Michaud A, Thuku M, Skidmore B, Stevens A, Nussbaumer-Streit B, et al. Defining Rapid Reviews: a systematic scoping review and thematic analysis of definitions and defining characteristics of rapid reviews. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2020 Oct; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435620311276>

14. Garritty C, Gartlehner G, Kamel C, King VJ, Nussbaumer-Streit B S, A et al. Interim Guidance from the Cochrane Rapid Reviews Methods Group. 2020.

15. Brassey J. The rise of rapid reviews [Internet]. *BMJ Clin. Evid.*; 2016. Available from: <https://blogs.bmj.com/bmj/2016/03/24/jon-brassey-therise-of-rapid-reviews/>

16. Tricco AC, Langlois E V SS. Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 2017.

17. Hartling L, Guise JM, Kato E, Anderson J, Aronson N, Belinson S et al. EPC Methods: An Exploration of Methods and Context for the Production of Rapid Reviews. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015.

18. Shea BJ, Hamel C, Wells GA, Bouter LM, Kristjansson E, Grimshaw J, et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2009 Oct;62(10):1013–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19230606>

19. Yu Y, Lin F, Dong W, Li H, Zhang X, Chen C. The effectiveness of financial

intervention strategies for reducing caesarean section rates: a systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 Dec 9;19(1):1080. Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7265-4>

20. Chapman A, Nagle C, Bick D, Lindberg R, Kent B, Calache J, et al. Maternity service organisational interventions that aim to reduce caesarean section: a systematic review and meta-analyses. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 Dec 9;19(1):206. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2351-2>

21. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 Sep 28; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005528.pub3>

22. Boatin A, Cullinane F, Torloni M, Betrán A. Audit and feedback using the Robson classification to reduce caesarean section rates: a systematic review. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2018 Jan;125(1):36–42. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.14774>

23. Moradi F, Aryankhesal A, Heidari M, Soroush A, Rahimi Sadr S. Interventions in Reducing Caesarean Section in the World: A Systematic Review. *Malaysian J Med Sci* [Internet]. 2019 Nov 4;26(5):21–37. Available from: [http://www.mjms.usm.my/MJMS26052019/03MJMS26052019\\_RA2.pdf](http://www.mjms.usm.my/MJMS26052019/03MJMS26052019_RA2.pdf)

24. Opiyo N, Young C, Requejo JH, Erdman J, Bales S, Betrán AP. Reducing unnecessary caesarean sections: scoping review of financial and regulatory interventions. *Reprod Health* [Internet]. 2020 Dec 31;17(1):133. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-020-00983-y>

25. Behzadifar M, Behzadifar M, Bakhtiari A, Azari S, Saki M, Golbabayi F, et al. The effect of the health transformation plan on cesarean section in Iran: a systematic review of the literature. *BMC Res Notes* [Internet]. 2019 Dec 18;12(1):37. Available from: <https://bm cresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-019-4081-y>

26. Degani N et al. Caesarean delivery rate review: an evidence-based analysis. *Ont Heal Technol Assess Ser.* 2015;15(9):1–58.
27. Kingdon C, Downe S, Betran AP. Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean section targeted at organisations, facilities and systems: Systematic review of qualitative studies. Brownie SM, editor. *PLoS One* [Internet]. 2018 Sep 4;13(9):e0203274. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0203274>
28. Kozhimannil KB, Graves AJ, Ecklund AM, Shah N, Aggarwal R, Snowden JM. Cesarean Delivery Rates and Costs of Childbirth in a State Medicaid Program After Implementation of a Blended Payment Policy. *Med Care* [Internet]. 2018 Aug;56(8):658–64. Available from: <http://journals.lww.com/00005650-201808000-00003>
29. Liu C-M, Lin Y-J, Su Y-Y, Chang S-D, Cheng P-J. Impact of health policy based on the self-management program on Cesarean section rate at a tertiary hospital in Taiwan. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2013 Feb;112(2):93–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929664612001155>
30. Liu S, Wang J, Zhang L, Zhang X. Caesarean section rate and cost control effectiveness of case payment reform in the new cooperative medical scheme for delivery: evidence from Xi County, China. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 Dec 9;18(1):66. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1698-0>
31. Misra A. Impact of the HealthChoice Program on Cesarean Section and Vaginal Birth after C-Section Deliveries: A Retrospective Analysis. *Matern Child Health J* [Internet]. 2008 Mar 5;12(2):266–74. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-007-0234-z>
32. Kim SJ, Han K-T, Kim SJ, Park E-C, Park HK. Impact of a diagnosis-related group payment system on cesarean section in Korea. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2016 Jun;120(6):596–603. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851016301117>
33. Janssen PA, Still DK, Klein MC, Singer J, Carty EA, Liston RM, et al. Early

Labor Assessment and Support at Home Versus Telephone Triage. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2006 Dec;108(6):1463–9. Available from: <http://journals.lww.com/00006250-200612000-00019>

34. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2004 Jun;363(9425):1934–40. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673604164064>

35. Yavangi M, Sohrabi M-R, Alishahi Tabriz A. Effect of Iranian Ministry of Health protocols on cesarean section rate: a quasi-experimental study. *J Res Health Sci* [Internet]. 2013 May 29;13(1):48–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23772016>

36. Lomas J, Enkin M, Anderson GM, Hannah WJ, Vayda E, Singer J. Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines. Delivery after previous cesarean section. *JAMA* [Internet]. 1991 May 1;265(17):2202–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2013952>

37. Rosenstein MG, Nijagal M, Nakagawa S, Gregorich SE, Kuppermann M. The Association of Expanded Access to a Collaborative Midwifery and Laborist Model With Cesarean Delivery Rates. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2015 Oct;126(4):716–23. Available from: <https://journals.lww.com/00006250-201510000-00005>

38. Hemminki E, Heikkilä K, Sevón T, Koponen P. Special features of health services and register based trials – experiences from a randomized trial of childbirth classes. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008 Dec 11;8(1):126. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-126>

39. Mohammadi S, Källestål C, Essén B. Clinical audits: A practical strategy for reducing cesarean section rates in a general hospital in Tehran, Iran. *J Reprod Med* [Internet]. 57(1–2):43–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22324267>

40. Poma P. Effect of Departmental Policies on Cesarean Delivery Rates: A

Community Hospital Experience. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1998 Jun;91(6):1013–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029784498000775>

41. Liang W-H, Yuan C-C, Hung J-H, Yang M-L, Yang M-J, Chen Y-J, et al. Effect of peer review and trial of labor on lowering cesarean section rates. *J Chin Med Assoc* [Internet]. 2004 Jun;67(6):281–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15366405>

42. Scarella A, Chamy V, Sepúlveda M, Belizán JM. Medical audit using the Ten Group Classification System and its impact on the cesarean section rate. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2011 Feb;154(2):136–40. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211510004653>

43. Svelato A, Meroni MG, Poli M, Perino A, Spinoso R RA. How to reduce caesarean sections in first four Robson's Classes. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2014 Apr;121:86–91. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.12785>

44. Maneschi F, Algieri M, Perrone S, Nale R, Sarno M. Cesarean 10-group classification: a tool for clinical management of the delivery ward. *Minerva Ginecol* [Internet]. 2015 Oct;67(5):389–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25588138>

45. Piffer S, Pederzini F, Tenaglia F, Paoli A, Nicolodi F LA. The Robson ten group classification of cesarean section in 7 alpine maternity units in an homogenous area. *Eur J Epidemiol*. 2012;27:S122–3.

46. Aguiar RAP, Gaspar J, Reis ZSN, Santos MR Jr CMJ. Implementation of the Caesarean Births Review using the ten group Robson's classification and its immediate effects on the rate of caesareans, at a university hospital. Poster Present Int Congr Birth Clin Challenges Labor Deliv. :21.

47. Blomberg M. Avoiding the first cesarean section-results of structured organizational and cultural changes. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2016 May;95(5):580–6. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/aogs.12872>

48. Mawson AR. A mandatory second opinion policy reduces caesarean section rates in hospitals in Latin America. *Evidence-based Healthc Public Heal*

[Internet]. 2004 Dec;8(6):392–5. Available from:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1744224904001767>

49. Bogg L, Diwan V, Vora KS, DeCosta A. Impact of Alternative Maternal Demand-Side Financial Support Programs in India on the Caesarean Section Rates: Indications of Supplier-Induced Demand. *Matern Child Health J* [Internet]. 2016 Jan 11;20(1):11–5. Available from:  
<http://link.springer.com/10.1007/s10995-015-1810-2>

50. Peng F-S, Lin H-M, Lin H-H, Tu F-C, Hsiao C-F, Hsiao S-M. Impact of clinical audits on cesarean section rate. *Taiwan J Obstet Gynecol* [Internet]. 2016 Aug;55(4):530–3. Available from:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1028455916300699>

51. McGrath SK, Kennell JH. A Randomized Controlled Trial of Continuous Labor Support for Middle-Class Couples: Effect on Cesarean Delivery Rates. *Birth* [Internet]. 2008 Jun;35(2):92–7. Available from:  
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1523-536X.2008.00221.x>

52. Thuillier C, Roy S, Peyronnet V, Quibel T, Nlandu A, Rozenberg P. Impact of recommended changes in labor management for prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 Mar;218(3):341.e1-341.e9. Available from:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937817327278>

53. Yu Y, Zhang X, Sun C, Zhou H, Zhang Q, Chen C. Reducing the rate of cesarean delivery on maternal request through institutional and policy interventions in Wenzhou, China. Räsänen SH, editor. *PLoS One* [Internet]. 2017 Nov 20;12(11):e0186304. Available from:  
<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0186304>

54. Liu T-C, Chen C-S, Tsai Y-W, Lin H-C. Taiwan's High Rate of Cesarean Births: Impacts of National Health Insurance and Fetal Gender Preference. *Birth* [Internet]. 2007 Jun;34(2):115–22. Available from:  
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1523-536X.2007.00157.x>

55. Lee K, Lee S. Effects of the DRG-based prospective payment system operated by the voluntarily participating providers on the cesarean section rates

in Korea. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2007 May;81(2–3):300–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851006001321>

56. Chen C, Cheng Z, Jiang P, Sun M, Zhang Q, Lv J. Effect of the new maternity insurance scheme on medical expenditures for caesarean delivery in Wuxi, China: a retrospective pre/post-reform case study. *Front Med* [Internet]. 2016 Dec 23;10(4):473–80. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11684-016-0479-2>

57. Karami Matin B, Hajizadeh M, Najafi F, Homaie Rad E, Piroozi B, Rezaei S. The impact of health sector evolution plan on hospitalization and cesarean section rates in Iran: an interrupted time series analysis. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2018 Feb 1;30(1):75–9. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/30/1/75/4760450>

58. Studnicki J, Remmel R, Campbell R, Werner DC. The Impact of Legislatively Imposed Practice Guidelines on Cesarean Section Rates: The Florida Experience. *Am J Med Qual* [Internet]. 1997 Mar 30;12(1):62–8. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0885713X9701200111>

59. Snowden JM, Muoto I, Darney BG, Quigley B, Tomlinson MW, Neilson D, et al. Oregon's Hard-Stop Policy Limiting Elective Early-Term Deliveries. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2016 Dec;128(6):1389–96. Available from: <http://journals.lww.com/00006250-201612000-00026>

60. Borem P, de Cássia Sanchez R, Torres J, Delgado P, Petenate AJ, Peres D, et al. A Quality Improvement Initiative to Increase the Frequency of Vaginal Delivery in Brazilian Hospitals. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2020 Feb;135(2):415–25. Available from: <http://journals.lww.com/10.1097/AOG.00000000000003619>

61. World Health Organization (WHO). *Robson Classification: Implementation Manual*. Geneva. 2017.

62. Yazdizadeh B, Nedjat S, Mohammad K, Rashidian A, Changizi N, Majdzadeh R. Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2011 Dec 5;11(1):159. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-159>

63. Cheyne H, Abhyankar P, McCourt C. Empowering change: realist evaluation of a Scottish Government programme to support normal birth. *Midwifery* [Internet]. 2013 Oct;29(10):1110–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23968777>
64. Hunter B, Segrott J. Renegotiating inter-professional boundaries in maternity care: implementing a clinical pathway for normal labour. *Sociol Health Illn* [Internet]. 2014 Jun;36(5):719–37. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1467-9566.12096>
65. Ontario Women's Health Council (OWHC) Attaining and maintaining best practices in the use of caesarean sections. Report. 2000.
66. Witter S, Diadhiou M. Key informant views of a free delivery and caesarean policy in Senegal. *Afr J Reprod Health* [Internet]. 2008 Dec;12(3):93–111. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19435015>
67. Colomar M, Cafferata ML, Aleman A, Castellano G, Elorrio EG, Althabe F, et al. Mode of Childbirth in Low-Risk Pregnancies: Nicaraguan Physicians' Viewpoints. *Matern Child Health J* [Internet]. 2014 Dec 17;18(10):2382–92. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-014-1478-z>
68. Hunter B, Segrott J. Using a Clinical Pathway to Support Normal Birth: Impact on Practitioner Roles and Working Practices. *Birth* [Internet]. 2010 Sep 2;37(3):227–36. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1523-536X.2010.00410.x>

## 6. CONCLUSÃO

Importantes achados foram encontrados com essa pesquisa, com relação as barreiras a implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto. Na perspectiva das mulheres, que participaram da Consulta Pública, como usuárias do sistema de saúde, as principais barreiras residem nas questões relacionadas a formação e cultura profissional, com destaque para a centralidade dos médicos, e não das mulheres, no parto; nas questões relacionadas a cultura social, em especial na falta de informação por parte da população; e em questões relacionadas a política e gestão, como na falta de interesse dos gestores, que se expressam, por exemplo, no desrespeito à lei do acompanhante, na falta de infraestrutura hospitalar, que pode ser observada na falta de casas de parto e difícil acesso a enfermeiras obstétricas e obstetrias.

Dos atores estratégicos, que participaram do teste de associação de palavras pôde-se extrair que as suas crenças estão impregnadas de conceitos e estereótipos sociais que em alguma medida podem reforçar comportamentos que se apresentem como barreiras para a implementação de políticas de incentivo ao parto normal, como crenças relacionadas ao parto e o medo da dor, e o parto como um fator de risco. As construções de gênero que este grupo de profissionais reproduz nas suas representações, como a mulher como frágil e o de mãe como condição da mulher, também atuam no sentido de orientar as práticas. O médico obstetra foi identificado como obstrutor mas também como parceiro, expressando contradição, mas possivelmente um comportamento observado nas suas relações de trabalho. No entanto, observa-se também elementos que se mostram como facilitadores para a construção de caminhos possíveis para o enfrentamento dessas barreiras, como a mulher vista como forte e protagonista, que são elementos potencializadores de mudança desses paradigmas estabelecidos e a enfermeira obstétrica, que surge como representante do cuidado, e se apresenta como um potencial canal facilitador para essa implementação.

Dentre as estratégias não clínicas, em nível organizacional, para redução de cesáreas identificadas destacam-se com melhor efetividade aquelas que

utilizaram mais de um tipo de intervenção, ou seja, as intervenções mistas, em especial as de arranjos de governança e implementação, como as estratégias para implementação de diretrizes clínicas combinadas com segunda opinião obrigatória, auditoria, uso de classificação de Robson e educação médica por formador de opinião local. Outras ações que se mostraram efetivas, que cabem destaque foram o acompanhamento por doula experiente e treinada, o modelo de cuidado conduzido por enfermeira obstétrica e o programa brasileiro Parto Adequado.

Cabe ressaltar que a maioria dos estudos incluídos nas revisões sistemáticas possuem evidências de baixa ou muito baixa certeza, tendo em vista, principalmente, os tipos de estudos, no entanto, são informações importantes para apoiar os tomadores de decisão no desenho de políticas para redução de cesáreas no cenário brasileiro.

Diante desses achados conclui-se que as barreiras sobre estratégias de implementação residem tanto em fatores estruturais, organizacionais e do sistema, quanto em fatores humanos e culturais. Logo, para viabilizar uma política de implementação bem sucedida, seja de que tipo for, deve-se considerar o sistema e as normas culturais vigentes, para que seja possível manejar adequadamente às eventuais resistências, tanto por profissionais de saúde, quanto dos gestores e até mesmo da população.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Protocolo nº 179. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015. 8 p.
3. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa nº 398, de fevereiro de 2015. 2015.
4. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa nº 368, de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico. Rio de Janeiro: ANS; 2015.
5. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde : Projeto Parto Adequado - fase 1. Agencia Nacional de Saúde Suplementar Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einsten Institute for Healthcare Improvement, editor. Rio de Janeiro: ANS; 2016.
6. Fervers B, Burgers JS, Voellinger R, Brouwers M, Browman GP, Graham ID, et al. Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. *BMJ Qual Saf.* 2011 Mar 1;20(3):228–36.
7. Ministry of Health. Toward Clinical Excellence: An Introduction to Clinical Audit, Peer Review and Other Clinical Practice Improvement Activities. 1st ed. Wellington; 2002. 88 p.
8. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. 1st ed. 1998. 79 p.

9. National Institute for Health and Care Excellence. Developing NICE guidelines: the manual. 2014. 236 p.
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). A guideline developer's handbook. Edinburgh; 2015. 56 p.
11. Force USPSTF (Task. U.S. Preventive Services Task Force: Procedure Manual. 2015. 80 p.
12. Ontario RNA of. Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines. 2nd ed. Toronto; 2012. 152 p.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Implementation manual: for evidence-based clinical practice guidelines in health institutions in colombia. Bogota; 2014. 69 p.
14. Ministerio de Sanidad Y Política Social. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Innovación M de C e, editor. España: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. 112 p.
15. Ministerio de Salud. Manual Metodológico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. Santiago de Chile; 2014. 159 p.
16. Seguro General de Salud Individual y Familiar. Manual para Elaboración, Implementación Y Actualización de Guías de Práctica Clínica. 2011. 36 p.
17. Canadian Medical Association. Handbook on clinical practice guidelines. Ottawa; 2007. 34 p.
18. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE). Manual de Elaboração, Disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica. Lisboa; 2007. 116 p.
19. World Health Organization. WHO handbook for guideline development. Geneva; 2012. 56 p.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência T e IE. Diretrizes metodológicas : elaboração de diretrizes clínicas. 2016. 96 p.

21. Gagliardi AR, Marshall C, Huckson S, James R, Moore V. Developing a checklist for guideline implementation planning: review and synthesis of guideline development and implementation advice. *Implement Sci.* 2015 Dec 12;10(1):19.
22. Implementing Guidelines in Your Organization: What Questions Should You Be Asking? National Guideline Clearinghouse. 2015. <https://www.guideline.gov/expert/expert-commentary>.
23. Harrison MB, Graham ID, van den Hoek J, Dogherty EJ, Carley ME, Angus V. Guideline adaptation and implementation planning: a prospective observational study. *Implement Sci.* 2013 Dec 8;8(1):49.
24. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Can Med Assoc J.* 2010 Dec;182(18):E839–42.
25. Lamas M. Gênero: Os conflitos e desafios do novo paradigma. *Proposta.* 84/85:12–25.
26. Foucault M. *Historia da sexualidade I: a vontade de saber.* Rio de Janeiro: Graal; 1988.
27. Brasil. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
28. Miles A. *Women, Health and Medicine.* Philadelphia: Open University Press; 1991.
29. Vieira EM. *A medicalização do corpo feminino.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. 84 p.
30. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet.* 2001 Nov;75:S5–23.
31. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2009;13(suppl 1):759–68.
32. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 3a reimp. São Paulo: Edições 70; 2016.

33. Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) [Internet]. EPOC Taxonomy. 2015 [cited 2020 Oct 30]. Available from: [epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy](http://epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy)
34. Shea BJ, Hamel C, Wells GA, Bouter LM, Kristjansson E, Grimshaw J, et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2009 Oct;62(10):1013–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19230606>
35. Kozhimannil KB, Graves AJ, Ecklund AM, Shah N, Aggarwal R, Snowden JM. Cesarean Delivery Rates and Costs of Childbirth in a State Medicaid Program After Implementation of a Blended Payment Policy. *Med Care* [Internet]. 2018 Aug;56(8):658–64. Available from: <http://journals.lww.com/00005650-201808000-00003>
36. Liu C-M, Lin Y-J, Su Y-Y, Chang S-D, Cheng P-J. Impact of health policy based on the self-management program on Cesarean section rate at a tertiary hospital in Taiwan. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2013 Feb;112(2):93–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929664612001155>
37. Liu S, Wang J, Zhang L, Zhang X. Caesarean section rate and cost control effectiveness of case payment reform in the new cooperative medical scheme for delivery: evidence from Xi County, China. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 Dec 9;18(1):66. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1698-0>
38. Misra A. Impact of the HealthChoice Program on Cesarean Section and Vaginal Birth after C-Section Deliveries: A Retrospective Analysis. *Matern Child Health J* [Internet]. 2008 Mar 5;12(2):266–74. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-007-0234-z>
39. Kim SJ, Han K-T, Kim SJ, Park E-C, Park HK. Impact of a diagnosis-related group payment system on cesarean section in Korea. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2016 Jun;120(6):596–603. Available from:

- <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851016301117>
40. Janssen PA, Still DK, Klein MC, Singer J, Carty EA, Liston RM, et al. Early Labor Assessment and Support at Home Versus Telephone Triage. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2006 Dec;108(6):1463–9. Available from: <http://journals.lww.com/00006250-200612000-00019>
  41. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2004 Jun;363(9425):1934–40. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673604164064>
  42. Yavangi M, Sohrabi M-R, Alishahi Tabriz A. Effect of Iranian Ministry of Health protocols on cesarean section rate: a quasi-experimental study. *J Res Health Sci* [Internet]. 2013 May 29;13(1):48–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23772016>
  43. Lomas J, Enkin M, Anderson GM, Hannah WJ, Vayda E, Singer J. Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines. Delivery after previous cesarean section. *JAMA* [Internet]. 1991 May 1;265(17):2202–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2013952>
  44. Rosenstein MG, Nijagal M, Nakagawa S, Gregorich SE, Kuppermann M. The Association of Expanded Access to a Collaborative Midwifery and Laborist Model With Cesarean Delivery Rates. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2015 Oct;126(4):716–23. Available from: <https://journals.lww.com/00006250-201510000-00005>
  45. Hemminki E, Heikkilä K, Sevón T, Koponen P. Special features of health services and register based trials – experiences from a randomized trial of childbirth classes. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008 Dec 11;8(1):126. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-126>
  46. Mohammadi S, Källestål C, Essén B. Clinical audits: A practical strategy

- for reducing cesarean section rates in a general hospital in Tehran, Iran. *J Reprod Med* [Internet]. 57(1–2):43–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22324267>
47. Poma P. Effect of Departmental Policies on Cesarean Delivery Rates: A Community Hospital Experience. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1998 Jun;91(6):1013–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029784498000775>
  48. Liang W-H, Yuan C-C, Hung J-H, Yang M-L, Yang M-J, Chen Y-J, et al. Effect of peer review and trial of labor on lowering cesarean section rates. *J Chin Med Assoc* [Internet]. 2004 Jun;67(6):281–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15366405>
  49. Scarella A, Chamy V, Sepúlveda M, Belizán JM. Medical audit using the Ten Group Classification System and its impact on the cesarean section rate. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2011 Feb;154(2):136–40. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211510004653>
  50. Svelato A, Meroni MG, Poli M, Perino A, Spinoso R RA. How to reduce caesarean sections in first four Robson's Classes. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2014 Apr;121:86–91. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.12785>
  51. Maneschi F, Algieri M, Perrone S, Nale R, Sarno M. Cesarean 10-group classification: a tool for clinical management of the delivery ward. *Minerva Ginecol* [Internet]. 2015 Oct;67(5):389–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25588138>
  52. Piffer S, Pederzini F, Tenaglia F, Paoli A, Nicolodi F LA. The Robson ten group classification of cesarean section in 7 alpine maternity units in an homogenous area. *Eur J Epidemiol*. 2012;27:S122–3.
  53. Aguiar RAP, Gaspar J, Reis ZSN, Santos MR Jr CMJ. Implementation of the Caesarean Births Review using the ten group Robson's classification and its immediate effects on the rate of caesareans, at a university hospital. Poster Present Int Congr Birth Clin Challenges Labor Deliv. :21.

54. Blomberg M. Avoiding the first cesarean section-results of structured organizational and cultural changes. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2016 May;95(5):580–6. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/aogs.12872>
55. Mawson AR. A mandatory second opinion policy reduces caesarean section rates in hospitals in Latin America. *Evidence-based Healthc Public Heal* [Internet]. 2004 Dec;8(6):392–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1744224904001767>
56. Bogg L, Diwan V, Vora KS, DeCosta A. Impact of Alternative Maternal Demand-Side Financial Support Programs in India on the Caesarean Section Rates: Indications of Supplier-Induced Demand. *Matern Child Health J* [Internet]. 2016 Jan 11;20(1):11–5. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-015-1810-2>
57. Peng F-S, Lin H-M, Lin H-H, Tu F-C, Hsiao C-F, Hsiao S-M. Impact of clinical audits on cesarean section rate. *Taiwan J Obstet Gynecol* [Internet]. 2016 Aug;55(4):530–3. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1028455916300699>
58. McGrath SK, Kennell JH. A Randomized Controlled Trial of Continuous Labor Support for Middle-Class Couples: Effect on Cesarean Delivery Rates. *Birth* [Internet]. 2008 Jun;35(2):92–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1523-536X.2008.00221.x>
59. Thuillier C, Roy S, Peyronnet V, Quibel T, Nlandu A, Rozenberg P. Impact of recommended changes in labor management for prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 Mar;218(3):341.e1-341.e9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937817327278>
60. Yu Y, Zhang X, Sun C, Zhou H, Zhang Q, Chen C. Reducing the rate of cesarean delivery on maternal request through institutional and policy interventions in Wenzhou, China. Räsänen SH, editor. *PLoS One* [Internet]. 2017 Nov 20;12(11):e0186304. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0186304>

61. Liu T-C, Chen C-S, Tsai Y-W, Lin H-C. Taiwan's High Rate of Cesarean Births: Impacts of National Health Insurance and Fetal Gender Preference. *Birth* [Internet]. 2007 Jun;34(2):115–22. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1523-536X.2007.00157.x>
62. Lee K, Lee S. Effects of the DRG-based prospective payment system operated by the voluntarily participating providers on the cesarean section rates in Korea. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2007 May;81(2–3):300–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851006001321>
63. Chen C, Cheng Z, Jiang P, Sun M, Zhang Q, Lv J. Effect of the new maternity insurance scheme on medical expenditures for caesarean delivery in Wuxi, China: a retrospective pre/post-reform case study. *Front Med* [Internet]. 2016 Dec 23;10(4):473–80. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11684-016-0479-2>
64. Karami Matin B, Hajizadeh M, Najafi F, Homaie Rad E, Piroozi B, Rezaei S. The impact of health sector evolution plan on hospitalization and cesarean section rates in Iran: an interrupted time series analysis. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2018 Feb 1;30(1):75–9. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/30/1/75/4760450>
65. Studnicki J, Remmel R, Campbell R, Werner DC. The Impact of Legislatively Imposed Practice Guidelines on Cesarean Section Rates: The Florida Experience. *Am J Med Qual* [Internet]. 1997 Mar 30;12(1):62–8. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0885713X9701200111>
66. Snowden JM, Muoto I, Darney BG, Quigley B, Tomlinson MW, Neilson D, et al. Oregon's Hard-Stop Policy Limiting Elective Early-Term Deliveries. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2016 Dec;128(6):1389–96. Available from: <http://journals.lww.com/00006250-201612000-00026>
67. Borem P, de Cássia Sanchez R, Torres J, Delgado P, Petenate AJ, Peres D, et al. A Quality Improvement Initiative to Increase the Frequency of Vaginal Delivery in Brazilian Hospitals. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2020

Feb;135(2):415–25.

Available

from:

<http://journals.lww.com/10.1097/AOG.0000000000003619>

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DOS PARTICIPANTES DO TESTE DE ASSOCIAÇÃO DE PALAVRAS

Brasília, \_\_\_\_\_ de outubro de 2019.

Caro participante, \_\_\_\_\_,

será lida uma palavra para você e imediatamente você terá que responder com as três primeiras palavras que vierem à sua mente, associada a palavra que foi lida.

Você poderia, por gentileza, me explicar o que compreendeu que deverá ser feito?

### 1. Parto

---

---

---

### 2. Enfermeira Obstétrica

---

---

---

### 3. Nascimento

---

---

---

---

Brasília, de outubro de 2019.

**4. Médico obstetra**

---

---

---

**5. Mãe**

---

---

---

**6. Complicação**

---

---

---

**7. Mulher**

---

---

---

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado participante,

Este projeto de pesquisa, denominado 'Barreiras e estratégias para a implementação do Guia Nacional de Parto Normal no Brasil. Projeto Parto Cuidadoso: monitoramento e adoção das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento' tem o objetivo de identificar os fatores que influenciam a adesão às *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal* pelas equipes de saúde nas maternidades do SUS.

Para isso, entre suas estratégias metodológicas, contamos com a realização de um Diálogo Deliberativo, que é um tipo de reunião com o objetivo de articular evidências científicas com visões, experiências e conhecimento tácito sobre um problema relevante de Saúde Pública. Você foi convidado porque entendemos que possui conhecimento e vivência relevantes para a temática abordada no projeto.

Os riscos à sua saúde por participar no projeto são mínimos. Entretanto, é possível que você se sinta desconfortável em algum momento anterior ou durante a realização da entrevista. Solicitamos que nos comunique nessa eventualidade, para que possamos adotar providências para reduzir ou eliminar este desconforto.

Você terá plena liberdade em participar desta atividade do projeto e de retirar o seu consentimento em qualquer fase da sua participação, ao passo que sua negativa em participar não resultará em qualquer tipo de penalização ou exposição.

Durante a pesquisa, antes e após a sua participação, seus dados serão mantidos em sigilo. Os resultados serão apresentados de maneira agregada de modo a impossibilitar a sua identificação.

Você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e outra ficará de posse do pesquisador responsável. Apesar de improvável, haverá ressarcimento de despesas decorrentes da participação da pesquisa e indenização por eventuais danos.

Atenciosamente,

**Ávila Teixeira Vidal**

Doutoranda em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

**Daphne Rattner**

Pesquisadora e orientadora

**Jorge Otávio Maia Barreto**

Pesquisador responsável  
SIAPE 104385-7



**Contato do responsável pela pesquisa:**

Nome: Jorge Otávio Maia Barreto  
Endereço: Avenida L3 Norte, S/N - Campus Universitário Darcy Ribeiro  
Bairro: Asa Norte  
CEP: 70910-900  
Cidade: Brasília/DF  
Telefones p/contato: (61) 3329-4632  
Instituição: Escola Fiocruz de Governo, FIOCRUZ Brasília

ou

Nome: Ávila Teixeira Vidal  
Telefones p/contato: (61) 98107-0456  
E-mail para contato: avila.ats@gmail.com

**ATENÇÃO:** Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Governo FIOCRUZ/BSB. Avenida L3 Norte, S/N - Campus Universitário Darcy Ribeiro, sala X, Asa Norte, CEP: 70910-900, Brasília/DF, Telefone: (61) 3214-1041, Brasília-DF

**1. Assinale uma das opções abaixo:**

- ( ) Aceito, consentindo de forma livre e esclarecido(a) participar da pesquisa.  
( ) Não aceito participar da pesquisa

**2. Dados de identificação:**

Nome completo:	
Endereço de e-mail preferencial:	
Telefone de contato preferencial:	
Data:	
Local:	
Assinatura do participante:	

## APÊNDICE C – PROTOCOLO DE REVISÃO RÁPIDA

### **Intervenções não clínicas para redução de cesarianas: uma revisão rápida de revisões sistemáticas**

#### **1. Objetivo**

O objetivo desta revisão é identificar e avaliar a efetividade de intervenções não clínicas sobre arranjos organizacionais para redução de taxas de cesarianas.

#### **2. Pergunta de pesquisa**

Quais intervenções não clínicas, realizadas no âmbito organizacional, são efetivas para a redução de taxas de cesarianas?

**População:** Profissionais ou serviços de saúde.

**Intervenção:** Intervenções organizacionais com a finalidade de reduzir as taxas de cesarianas.

**Comparador:** Não realizar nenhuma intervenção ou outras estratégias.

**Desfecho:** Redução das taxas de cesarianas.

**Tipo de estudos:** Revisões Sistemáticas

#### **3. Método**

##### **3.1. Critérios de inclusão:**

- Estudos com foco na efetividade da intervenção na redução das taxas de cesarianas;
- Intervenções organizacionais, estruturais e/ou com foco nos profissionais.

### 3.2. Critérios de exclusão:

- Intervenções clínicas;
- Intervenções com foco nas gestantes ou em seus familiares;
- Estudos com mais de 5 anos.

### 3.3. Bases de dados e estratégias de busca:

Serão realizadas buscas nas bases indexadas: Pubmed; Cochrane library; Portal Regional da BVS; Epistemonikos e; Health System Evidence (HSE). As estratégias de busca serão desenvolvidas com base na combinação de palavras-chave estruturada a partir do acrônimo “PICOS”, usando os termos MeSH no Pubmed e DeCS na BVS, adaptando-os ao Cochrane library, HSE, Epistemonikos.

**Período de publicação:** 2015 até o momento.

**Restrição por língua:** sem restrição.

**Tipos de estudos a serem incluídos:** Revisões sistemáticas de estudos com foco na efetividade da intervenção na redução das taxas de cesarianas.

#### Quadro 1. Termos das estratégias de busca

Base	Termos
Pubmed	“cesarean section”, “reduce”, “intervention”
Cochrane library	“cesarean”, “intervention”
BVS	“cesárea”, “cesarean”, “intervenção”, “intervention”
Epistemonikos	“cesarean”, “reduce”, “intervention”
Health Systems Evidence	“cesarean”

### 3.4. Seleção, extração e análise de dados:

Por se tratar de uma revisão rápida os processos de seleção de revisões sistemáticas, avaliação da qualidade metodológica com a ferramenta AMSTAR 2 e a extração de dados dos estudos selecionados não serão realizadas em duplicidade.

Por meio de uma planilha serão extraídos dados relacionados aos autores, ano de publicação, objetivo, estudos incluídos, intervenção, resultados e avaliação da qualidade metodológica dos estudos.

#### **4. Identificação dos responsáveis pela elaboração:**

**Elaboradora:**

Ávila Teixeira Vidal

**Coordenação:**

Daphne Rattner

Jorge Otávio Maia Barreto

## APÊNDICE D – RELATÓRIO DE CODIFICAÇÃO DA UNIDADE HERMENÊUTICA

### Codes-quotations list

---

Unidade Hermenêutica:      Dificuldades para implementação de Diretrizes para o Parto

---

#### Code: Cultura dos profissionais

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

Os profissionais da área da saúde (obstetras, técnicos em enfermagem, enfermeiros e pediatras) insistem em tornar o parto um evento médico.

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

Não deixam a mulher ser protagonista, caminhar, se alimentar ou escolher a posição mais confortável para parir.

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

A aceitação dos hospitais e obstetras principalmente da rede privada.

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

A vontade e disposição dos profissionais da área da saúde.

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

quantidade absurda de cesárias  
por conveniência dos médicos

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional] [Falta de informação da população - Family: Dificuldades relacionadas a Cultura Social]

Os antigos conceitos e preconceitos

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional] [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

**Memos:** [Violencia obstetrica]

Médicos violentos e retrogradados

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

**Memos:** [Violencia obstetrica]

Muitas violências obstétricas ainda acontecem no contexto obstétrico atual, que nos deixam indignadas e sabemos com poucas informações que temos como leigas, que não precisam ser assim os atendimentos às gestantes

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]  
**Memos:** [Resistencia dos profissionais]

falta sensibilização dos profissionais para reverem suas condutas

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]  
**Memos:** [Resistencia dos profissionais]

A resistência dos/as profissionais para mudança da realidade. Enquanto a postura dos/as profissionais ainda forem no sentido de inviabilizar a humanização do parto, seja por conveniência, falta de paciência para a espera do desencadeamento e andamento normal do trabalho de parto, a implementação do protocolo ou diretriz será cada vez mais distante de sua concretização.

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional] [Falta de informação da população - Family: Dificuldades relacionadas a Cultura Social]

A parte humana e política da assistência ao parto, à parturiente e ao acolhimento do bebê no pós-parto, que envolve ainda o sistema pediátrico. A parte humana e cultural das gestantes e seus familiares

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]  
**Memos:** [Resistencia dos profissionais]

A resistência dos profissionais, em especial dos obstetras

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]  
**Memos:** [Resistencia dos profissionais]

resistência dos profissionais de assistência ao parto

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional] [Interesse de classes - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

A preparação dos profissionais que precisam de conceitos mais humanizados e as barreiras da classe médica

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

Resistência dos médicos e dos hospitais.

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]  
**Memos:** [Falta de autonomia de outros profissionais não médicos]

A falta de autonomia de outros profissionais que não seja os médicos.

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]  
**Memos:** [Falta de comprometimento dos profissionais]

A falta de comprometimento dos profissionais médicos obstetras e médicos anestesistas,

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional] [Gestao -

**Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]**

Uma mudança cultural e de padrões adotadas pelos profissionais de saúde e de insituitivos hospitalares e de planos de saúde

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional] [Falta de estrutura - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]

**Memos:** [Falta de tratamento humanizado]

a estrutura do sistema de saúde e os profissionais envolvidos. falta de tratamento humanizado com as pacientes.

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

**Memos:** [Falta de tratamento humanizado]

falta de humanização dos profissionais de saúde

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

Desinteresse dos médicos.

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

A dificuldade de diálogo com as instituições e profissionais de assistência ao ciclo gravídico puerperal

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

A aceitação da área médica, visto que na minha cidade os índices de cesarea são acima de 50% e provavelmente sem necessidade

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

**Memos:** [Violência obstétrica]

Guarulhos é a cidade com o maior índice de violência obstétrica do estado de São Paulo. Pacientes sem conhecimentos e médicos que ignoram a OMS

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional] [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]

O preconceito tanto dos administradores dos hospitais quanto dos profissionais da saúde. Muitos ainda utilizam métodos arcaicos que visam o bem estar da equipe médica, e não da paciente

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional] [Interesse de classes - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

grande dificultador serão as corporações médicas, que desejam manter o controle do corpo da mulher e os procedimentos que vem adotando há décadas, privilegiando a cesária, episiotomia e a não informação esclarecida da mulher assistida na hora do parto.

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]  
**Memos:** [Falta de paciência dos profissionais]

A falta de paciência da equipe médica.

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]  
**Memos:** [Desrespeito]

A cultura médica de realizar procedimentos e condutas sem consulta aos pacientes e sem respeitar seus direitos quando os mesmos não são sequer conhecido

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

forte laços culturais e sociais na sociedade, principalmente classe medica e tambem na populacao de classe media que tem adotados metodos invasivos de maneira indiscriminada

---

**Code:** Falta de estrutura

**Codes:** [Falta de estrutura - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]  
**Memos:** [Centro de Parto Normal]

Falta de centro de parto normal

**Codes:** [Falta de estrutura - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]  
**Memos:** [Falta de medicos]

Falta de medicos e más condições do nosso hospital.

**Codes:** [Falta de estrutura - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

A dificuldade em acompanhar um parto normal,,a falta de uma maternidade na cidade

**Codes:** [Falta de estrutura - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao] [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

Falta de recursos, e treinamento adequado dos profissionais.

**Codes:** [Falta de estrutura - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

Faltam médicos, equipamentos, os hospitais estão sucateados,

**Codes:** [Falta de estrutura - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

Falta de adequações físicas dos serviços, a falta de fiscalização do cumprimento da RDC 36/2008 e da Lei do Acompanhante

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional] [Falta de estrutura - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]  
**Memos:** [Falta de tratamento humanizado]

a estrutura do sistema de saúde e os profissionais envolvidos. falta de tratamento humanizado com as pacientes.

**Codes:** [Falta de estrutura - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]

Falta de infraestrutura

**Codes:** [Falta de estrutura - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão] [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]

A falta de Casas de Parto e de acesso à Enfermeiras Obstétricas e Obstetrias que possam acompanhar as gestantes

**Codes:** [Falta de estrutura - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]

A disponibilidade dos médicos conveniados para parto normal

**Codes:** [Falta de estrutura - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]

Pequeno número de hospitais/ maternidade

**Code:** Falta de informação da população

**Codes:** [Falta de informação da população - Family: Dificuldades relacionadas a Cultura Social]

A falta de informação entre a população .

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional] [Falta de informação da população - Family: Dificuldades relacionadas a Cultura Social]

Os antigos conceitos e preconceitos

**Codes:** [Falta de informação da população - Family: Dificuldades relacionadas a Cultura Social]

A falta de informações sobre o assunto.

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional] [Falta de informação da população - Family: Dificuldades relacionadas a Cultura Social]

A parte humana e política da assistência ao parto, à parturiente e ao acolhimento do bebê no pós-parto, que envolve ainda o sistema pediátrico .A parte humana e cultural das gestantes e seus familiares

**Codes:** [Falta de informação da população - Family: Dificuldades relacionadas a Cultura Social]  
**Memos:** [Acesso da gestante e familiares às informações da Diretriz]

A acessibilidade desta proposta às gestantes e aos pais

**Codes:** [Falta de informação da população - Family: Dificuldades relacionadas a Cultura Social]

Desconhecimento e falta de informação da população, incluindo pacientes.

**Codes:** [Falta de informação da população - Family: Dificuldades relacionadas a Cultura Social]

falta de interesse da população em geral em se informar sobre o tema e orientar e apoiar a gestante em sua decisão

---

**Code:** Falta de recursos humanos capacitados

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

Não querem estudar/se atualizar e fazem intervenções desnecessárias (episiotomia, kristeller, litotomia, nitrato de prata, cortar o cordão antes de parar de pulsar, etc) com TODAS as parturientes e bebês como algo rotineiro.

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

A falta de profissionais de saúde, principalmente enfermeiros e técnicos de enfermagem com experiencia/especialização em saúde da mulher

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

Não acho que em cidades com assistência médica adequada tenha cabimento expor as mães e crianças a este tipo de risco.

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional] [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

**Memos:** [Violencia obstetrica]

Médicos violentos e retrogradados

**Codes:** [Falta de estrutura - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao] [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

Falta de recursos, e treinamento adequado dos profissionais.

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao] [Gestao - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

**Memos:** [Fiscalização]

ATUALIZAÇÕES FREQUENTES DOS PROFISSIONAIS DE SAUDE ENVOLVIDOS E FISCALIZAÇÃO INTENSA NO CUMPRIMENTO DAS LEIS JA EXISTENTES.

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura

**Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão** [Gestão - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão] [Interesse de classes - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

**Memos:** [Resistência do Conselho de Medicina]

Resistência do Conselho de Medicina, resistência de entidades hospitalares, falta de reciclagem dos profissionais da medicina, que perpetuam práticas não baseadas em evidências.

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Famílias (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]

Estudos e evidências desatualizadas da medicina quanto a capacidade da gestante de parir e na sua saúde pessoal

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Famílias (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão] [Interesse de classes - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

Vontade do corpo médico em se atualizar para poder fornecer o serviço adequado às pacientes

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Famílias (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]

escassez de enfermeiras obstetras e obstetrizas,

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Famílias (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]

Falta de profissionais treinados.

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional] [Falta de recursos humanos capacitados - Famílias (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]

O preconceito tanto dos administradores dos hospitais quanto dos profissionais da saúde. Muitos ainda utilizam métodos arcaicos que visam o bem estar da equipe médica, e não da paciente

**Codes:** [Falta de estrutura - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão] [Falta de recursos humanos capacitados - Famílias (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]

A falta de Casas de Parto e de acesso à Enfermeiras Obstétricas e Obstetrizas que possam acompanhar as gestantes

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Famílias (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]

A desatualização de Obstetras e outros profissionais de saúde que acompanham mulheres, mesmo antes da gestação, no que diz respeito à melhor escolha de parto para a gestante e o seu bebê.

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Famílias (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]

A qualificação dos profissionais para uma assistência humanizada

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

Considero que a formação dos profissionais de saúde, principalmente da medicina, precisa avançar muito para dar conta da demanda de cuidados que as mulheres necessitam na gravidez, parto e puerpério. Acho que é de extrema importância que esses profissionais se atualizem e tenham uma formação baseada em evidências científicas e em diálogo com a comunidade (pacientes e seus familiares) para que possam exercer sua profissão com mais eficiência e menos preconceitos baseados em opiniões de "especialistas".

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

Os profissionais da minha região ainda não tem conhecimento nenhum sobre parto humanizado. Precisaria mais informação, mais conhecimento sobre esse respeito.

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

A quantidade de profissionais da area

**Code: Gestão**

**Codes:** [Gestao - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

A remuneração dos profissionais que assistem o parto normal, pois é muito mais vantajoso fazer 10 cesareas no dia do que atender somente 1 trabalho de parto que dure 12 horas.

**Codes:** [Gestao - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

falta de interesse da prefeitura e da secretaria de saúde

**Codes:** [Gestao - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

**Memos:** [Acolhimento] [Interesses politicos]

A parte humana e politica da assistência ao parto, à parturiente e ao acolhimento do bebê no pós parto, que envolve ainda o sistema pediátrico

**Codes:** [Gestao - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]

**Memos:** [Questoes politicas]

Acredito que as manobras politicas impedem que mtos recursos sejam implantados em meu municipio.

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao] [Gestao - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestao]  
**Memos:** [Fiscalização]

ATUALIZAÇÕES FREQUENTES DOS PROFISSIONAIS DE SAUDE ENVOLVIDOS E FISCALIZAÇÃO INTENSA NO CUMPRIMENTO DAS LEIS JA EXISTENTES.

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura

**Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão] [Gestão - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão] [Interesse de classes - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]**

**Memos: [Resistência do Conselho de Medicina]**

Resistência do Conselho de Medicina, resistência de entidades hospitalares, falta de reciclagem dos profissionais da medicina, que perpetuam práticas não baseadas em evidências.

**Codes: [Gestão - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]**

a consciência dos profissionais de saúde

**Codes: [Gestão - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]**

falta de fiscalização do cumprimento da RDC 36/2008 e da Lei do Acompanhante

**Codes: [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional] [Gestão - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]**

Uma mudança cultural e de padrões adotadas pelos profissionais de saúde e de instituições hospitalares e de planos de saúde

**Codes: [Gestão - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]**

Falta de vontade política dos gestores.

**Codes: [Gestão - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]**

**Memos: [Mudança da cultura hospitalar]**

Os gestores dos hospitais. Mudança de cultura hospitalar

**Codes: [Gestão - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]**

O preconceito tanto dos administradores dos hospitais

**Codes: [Gestão - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]**

O pagamento realizado aos médicos pelos planos de saúde deve ser justo, ou seja um valor muito acima do empregado nos dias atuais

**Codes: [Gestão - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]**

Falta de vontade política do poder público

**Codes: [Gestão - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão]**

**Memos: [Parto domiciliar]**

O parto domiciliar não ser objeto de políticas públicas no país.

---

**Code: Interesse de classes**

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão] [Gestão - Family: Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão] [Interesse de classes - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

**Memos:** [Resistência do Conselho de Medicina]

Resistência do Conselho de Medicina, resistência de entidades hospitalares, falta de reciclagem dos profissionais da medicina, que perpetuam práticas não baseadas em evidências.

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional] [Interesse de classes - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

A preparação dos profissionais que precisam de conceitos mais humanizados e as barreiras da classe médica

**Codes:** [Interesse de classes - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

Resistência da categoria médica.

**Codes:** [Interesse de classes - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

Interesses profissionais da classe médica

**Codes:** [Falta de recursos humanos capacitados - Families (2): Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional, Dificuldades relacionadas a Questões Políticas e da Gestão] [Interesse de classes - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

Vontade do corpo médico em se atualizar para poder fornecer o serviço adequado às pacientes

**Codes:** [Cultura dos profissionais - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional] [Interesse de classes - Family: Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

grande dificultador serão as corporações médicas, que desejam manter o controle do corpo da mulher e os procedimentos que vem adotando há décadas, privilegiando a cesária, episiotomia e a não informação esclarecida da mulher assistida na hora do parto.

**Code: Mitos e paradigmas**

**Codes:** [Mitos e paradigmas - Families (2): Dificuldades relacionadas a Cultura Social, Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

Quebra de paradigmas e mitos culturais pregados há décadas

**Codes:** [Mitos e paradigmas - Families (2): Dificuldades relacionadas a Cultura Social, Dificuldades relacionadas a Formação e Cultura Profissional]

E também os mitos que se encontram difundidos no senso comum

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Barreiras e estratégias para a implementação do Guia Nacional de Parto Normal no Brasil. Projeto Parto Cuidadoso: monitoramento e adoção de boas práticas para atenção ao parto

**Pesquisador:** Jorge Barreto

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 01857418.1.0000.8027

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Pan American Health Organization

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.119.080

#### Apresentação do Projeto:

Estudo quali-quantitativo, sustentado em pesquisa documental e revisão de literatura combinada com pesquisa qualitativa exploratória. O projeto tem como objetivo geral avaliar os fatores que influenciam a adoção da diretriz do parto normal pelas equipes de saúde nas maternidades do SUS, por meio da identificação das barreiras à implementação das Diretrizes Nacionais do Parto Normal, como parte dos componentes do Projeto Parto Cuidadoso. O público a ser abordado para a pesquisa é composto de 20 pessoas, classificadas como "Tomadores de Decisão", "Sociedade Civil Organizada" e "Pesquisadores e Membros da Academia".

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Identificar os fatores que influenciam a adesão ao Guia Nacional do Trabalho Normal pelas equipes de saúde nas maternidades do SUS. **Objetivo Secundário:** a) Caracterizar o cenário de implementação da Diretriz Nacional de Parto Normal nas maternidades do SUS; b) Analisar os fatores (barreiras e facilitadores) no nível do sistema de saúde que influenciam a adesão das equipes de saúde à Diretriz Nacional de Parto Normal nas maternidades do SUS; c) Identificar estratégias efetivas para abordar os fatores prioritários que influenciam a adesão à Diretriz Nacional para Parto Normal.

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3329-4746

**E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 3.119.080

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador reconhece que a investigação apresenta riscos mínimos para os participantes, que limitar-se-iam a algum desconforto intelectual e/ou emocional durante a realização dos diálogos deliberativos. Ressalta, porém, que serão adotadas providências para redução dos riscos, tais como a “organização dos diálogos em ambiente adequado e confortável, protegido por regras de convivência que proporcionem maior tendência de colaboração do que de confronto de ideias”. No mais, segue todas as recomendações relativas a avaliações de risco de uma pesquisa dessa abrangência.

**Benefícios:** Quanto aos benefícios, o autor apresenta aqueles referentes tanto aos próprios participantes, que terão o acesso às informações e opiniões intercambiadas durante a realização dos diálogos deliberativos; aos tomadores de decisão, que serão beneficiados pelos resultados gerais da pesquisa, quanto à sociedade civil, a ser beneficiada pelo conhecimento produzido pela pesquisa, como subsídio da deliberação social acerca do Parto Normal e a implementação da diretriz nacional no SUS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa original que se dedica a tema de relevância ao Sistema Único de Saúde dada a gravidade da situação referente aos partos no Brasil, conforme aponta o projeto em tela. Pretende, pois, aprofundar conhecimentos neste campo de forma a compreender e, conseqüentemente, viabilizar orientações que favoreçam estratégias governamentais de transformação da realidade ora constatada. As informações prestadas são suficientemente esclarecedoras quanto à trajetória, os objetivos e os métodos da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram sanadas as dúvidas quanto ao TCLE, em especial, aos registros das falas dos participantes e a identificação de quem eles serão

**Recomendações:**

Não há novas recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências foram solucionadas

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ Brasília, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do protocolo de

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 3.119.080

pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1243193.pdf	21/01/2019 16:36:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_portugues.pdf	21/01/2019 16:35:47	Jorge Barreto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Fiocruz_final.docx	16/11/2018 10:36:04	Jorge Barreto	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_Plataforma_Brasil.pdf	24/10/2018 10:42:32	Jorge Barreto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 23 de Janeiro de 2019

Assinado por:

**BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

**ANEXO B – IDENTIFICAÇÃO DO ARTIGO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO**

Revista Panamericana de Salud Pública/Pan  
American Journal of Public Health

**Decision Letter (2020-01005.R1)**

**From:** editor\_rpsp@paho.org

**To:** avila.ats@gmail.com, apispoca@gmail.com

**CC:**

**Subject:** Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health - 2020-01005.R1 - Decision on your manuscript

**Body:** 24-Sep-2020

Dear Dr. Vidal,

We are pleased to inform you that the revised version of your manuscript 2020-01005.R1, entitled "Barreiras à implementação das Diretrizes Brasileiras de Assistência ao Parto Normal: a perspectiva das mulheres," has been accepted for publication as Original Research in the Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health. As soon as the manuscript has been edited, you will receive from our Associate editor an e-mail with a copy of the edited version along with any queries the editor may have. In advance, thank you for your prompt response to this request.

Sincerely,

for Dr. Damián Vázquez  
Managing Editor  
Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health

**Date Sent:** 24-Sep-2020

 Close Window

**ANEXO C – IDENTIFICAÇÃO DE ARTIGO SUBMETIDO PARA REVISTA**

Physis Revista de Saúde Coletiva

**PHYSIS****Barreiras à implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: uma análise prototípica das representações sociais de atores estratégicos**

Journal:	<i>Physis Revista de Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	PHYSIS-2020-0234.R1
Manuscript Type:	Original Article (Theme)
Keyword:	Ciência da implementação, Representações sociais, Parto, Protocolos Clínicos

SCHOLARONE™  
Manuscripts

**ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DE USO DA BASE DE DADOS  
DESIDENTIFICADA – MINISTÉRIO DA SAÚDE**



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS  
DEPARTAMENTO DE GESTÃO E INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 8º Andar  
CEP: 70.058-900 - Brasília – DF Tel.: 3315-3865 Fax 3315-3850

Brasília, 1º de abril de 2016

Eu, Vania Cristina Canuto dos Santos, atesto que foi concedida para a pesquisadora Ávila Teixeira Vidal, para fins de pesquisa, a base de dados da Consulta Pública nº 01 de 2016, desidentificada, conforme os critérios de informação pessoal estabelecidos pela Lei nº 12.527/2011 e pelo Decreto nº 7.724/2012.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Vania Canuto Santos', written in a cursive style.

**VANIA CRISTINA CANUTO SANTOS**

DGITS/SCTIE-MS