

Atenção ao parto em regional de saúde da Rede Mãe Paranaense

Childbirth care in a regional healthcare network of the *Mãe Paranaense* Network

Como citar este artigo:

Camatti FPS, Ferreira H, Ferrari RAP, Silva RMM, Zilly A. Childbirth care in a regional healthcare network of the Mãe Paranaense Network. Rev Rene. 2020;21:e44067. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202144067>

-  Fabiane Puerari da Silva Camatti¹
-  Helder Ferreira¹
-  Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari²
-  Rosane Meire Munhak da Silva¹
-  Adriana Zilly¹

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

²Universidade Estadual de Londrina.
Londrina, PR, Brasil.

Autor correspondente:

Adriana Zilly
Avenida Tarquínio Joslin dos Santos, 1300,
Jardim Universitário, CEP: 85870-650,
Foz do Iguaçu, PR, Brasil.
E-mail: aazilly@hotmail.com

Chamada Especial 1 - Saúde Materna e Obstétrica

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Renan Alves Silva

RESUMO

Objetivo: analisar a atenção ao parto em maternidades de uma regional de saúde na Rede Mãe Paranaense. **Métodos:** estudo transversal, descritivo, em maternidades, com 395 puérperas, com aplicação de questionário estruturado, com análise de dados pelo teste de associação Qui-Quadrado ou teste-G, complementado pela análise de resíduos ajustados ($p < 0,05$). **Resultados:** maior escolaridade, maior renda, aborto e período interpartal < 2 anos aumentaram as taxas de cesáreas. Intercorrências intraparto e antibioticoterapia estiveram relacionadas às cesáreas. A maioria não visitou a maternidade, foi respeitada, teve acompanhante e contato pele a pele (mãe-bebê), contudo, para 28,9%, houve desrespeito na escolha ao parto. **Conclusão:** verificou-se redução de cesáreas entre múltiparas e aumento para mulheres que sofreram aborto e com intervalo interpartal < 2 anos. Antibioticoterapia e desrespeito a escolha do parto foram maiores para mulheres submetidas a cesáreas. Uso de ocitocina, presença de acompanhante e contato pele a pele foram mais evidentes no parto vaginal.

Descritores: Gravidez; Atenção à Saúde; Parto Obstétrico; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze childbirth care in a regional health-care unit within the Mãe Paranaense Network. **Methods:** a cross-sectional descriptive study conducted with 395 mothers applying a structured questionnaire, data analysis using the Chi-Squared test or G-test, complemented by an adjusted residual analysis ($p < 0.05$). **Results:** higher education, higher income, abortion and interpartal period < 2 years increased cesarean rates. Intrapartum complications and antibiotic therapy were related to cesarean sections. Most did not visit the maternity, had their delivery choice respected, had a companion and mother-baby contact; however, 28.9% did not have their delivery choice respected. **Conclusion:** there was a reduction in cesarean sections among multiparous, an increase in women who suffered a miscarriage, with an interpartal interval < 2 years. Antibiotic therapy and disrespect for the delivery choice were greater for women undergoing cesarean sections. Use of oxytocin, presence of a companion and mother-baby contact were more evident in vaginal delivery.

Descriptors: Pregnancy; Health Care (Public Health); Delivery, Obstetric; Quality Assurance, Health Care.

Introdução

As diretrizes da Organização Mundial da Saúde evidenciam que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas de cuidados. Os avanços científicos e tecnológicos objetivam prevenir agravos e mortalidade na assistência ao parto, no entanto, observa-se que muitas complicações são causadas pelo avanço e uso abusivo de técnicas, procedimentos e medicalização, causando intervenções desnecessárias e elevadas taxas de cesáreas pela generalização de gestantes em trabalho de parto⁽¹⁾.

No Brasil, nos últimos 40 anos, diversas estratégias foram desenvolvidas, com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência e reduzir as taxas de cesáreas e mortalidade materna e neonatal, resgatando os processos fisiológicos e patológicos referentes à gestação, ao parto e ao nascimento, em caráter mais individual⁽²⁾.

Como estratégias, na década de 1980, o Ministério da Saúde do Brasil criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, voltado para assistência nas diferentes fases da vida. Na década de 1990, esse Programa sofreu influências do Sistema Único de Saúde, tornando-se Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com ações de saúde para os direitos da mulher e redução da mortalidade por causas preveníveis e evitáveis⁽³⁾.

Em busca de melhorias à assistência obstétrica, o Ministério da Saúde brasileiro, em 2011, implantou o Programa Rede Cegonha, que visa assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção à gravidez, ao parto e puerpério, assim como conferir às crianças o nascimento e crescimento saudáveis. Este Programa tem como prioridade práticas que vislumbram qualidade do atendimento à gestante, redução de intervenções desnecessárias e diminuição de agravos e mortalidade materna e neonatal no Brasil⁽³⁾.

Seguindo o modelo, o Estado do Paraná, Brasil, lançou, em 2012, a Rede Mãe Paranaense, objetivando a organização da assistência materna e infantil no

estado, seguindo os princípios das Redes de Atenção à Saúde. A Rede Mãe Paranaense, assim como a Rede Cegonha, busca garantir a qualificação da assistência ao pré-natal, parto, nascimento e atendimento ao recém-nascido, baseado na estratificação do risco materno e infantil⁽⁴⁾.

Essa rede de cuidados, em vigor no Paraná, norteia princípios básicos de cuidados, como o resgate da autonomia da mulher, a presença do acompanhante durante a internação e a participação da mulher nas próprias decisões, a exemplo, sobre a posição de preferência para o trabalho de parto e parto. Também propõe mudanças do modelo de atenção a gestantes e puérperas, servindo de parâmetro para avaliar o atendimento ao parto nas instituições de saúde⁽⁴⁾.

Todavia, pesquisas sobre a atenção materno-infantil e a Rede Mãe Paranaense mostraram resultados incipientes, no que diz respeito à mortalidade infantil e às práticas assistenciais no pré-natal⁽⁵⁻⁶⁾, evidenciando a necessidade de direcionar a atenção para melhorar e promover a saúde de mãe e filho. Acerca das pesquisas sobre a atenção ao parto no Paraná, após a política de saúde vigente, não se realizaram investigações para avaliar o impacto da Rede para qualificar os cuidados à saúde, no momento do nascimento. Diante do exposto e a fim de contribuir para as práticas obstétricas humanas e seguras, a presente pesquisa foi desenvolvida a partir da questão norteadora: quais as práticas utilizadas na atenção ao parto vaginal e cesárea, baseadas nos princípios básicos de cuidados delimitados pela Rede Mãe Paranaense?

Neste contexto, este estudo objetivou analisar a atenção ao parto em maternidades de uma regional de saúde na Rede Mãe Paranaense.

Métodos

Estudo transversal, descritivo, realizado em três maternidades pertencentes a nona Regional de Saúde do Estado do Paraná, localizada na região Oeste do estado, composta por nove municípios (Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal,

Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu).

As gestantes classificadas como risco habitual e risco intermediário são acompanhadas nos municípios em que residem e, diante de qualquer complicação que ofereça riscos para integridade destas ou dos bebês, são encaminhadas para Foz do Iguaçu, PR, que possui maternidade de referência para atendimento à gestação de alto risco para todos os municípios que compõe a nona Regional de Saúde do Paraná. Importante destacar que Foz do Iguaçu se encontra em uma tríplice fronteira, sendo destino turístico, conjuntamente com Cidade de Leste (Paraguai) e Porto Iguaçu (Argentina). Deste modo, o município, por muitas vezes, realiza atendimentos de saúde para população dos países vizinhos, assim como para população fluante, relacionada ao comércio entre fronteiras e ao próprio turismo.

A amostra foi constituída a partir de cálculo amostral ($n=395$), sendo do tipo não probabilística, por conveniência, pelas mulheres/usuárias que passaram pelo processo de parto nas três maternidades localizadas em Matelândia, Medianeira e Foz do Iguaçu, no primeiro semestre de 2018.

Para busca de dados, utilizou-se de questionário construído com base nas diretrizes para atenção ao parto, preconizadas pela Rede Mãe Paranaense⁽⁴⁾, com as variáveis independentes, organizadas da seguinte forma: a) fatores sociodemográficos maternos: idade materna, raça/cor, Índice de Massa Corporal (IMC), escolaridade, situação conjugal, renda familiar, bolsa família; b) fatores obstétricos: paridade, abortos, período interpartal < 2 anos, doenças em gestações anteriores, intercorrência intraparto; c) uso de medicamentos: antibióticos, misoprostol e ocitocina; d) práticas de qualidade obstétricas contempladas em partos vaginais e cirúrgicos: visita a maternidade, acompanhante, respeito a parturiente, contato pele a pele, tipo de parto escolhido, ausculta de batimento cardíaco fetal, cardiotocografia. Como variáveis dependentes, o tipo de parto: vaginal ou cesárea.

A aplicação do questionário, de forma presencial, aconteceu no alojamento conjunto das referidas

maternidades, em até 24 horas após o parto, sendo realizadas por acadêmicos do quarto ano do curso de Enfermagem de uma instituição pública de ensino, os quais foram treinados e realizaram teste piloto, sob a supervisão de dois enfermeiros docentes do curso.

Para análise dos dados, procederam-se à análise descritiva e ao teste de associação Qui-Quadrado ou teste G, complementado pela análise de resíduos ajustados. Os testes estatísticos foram realizados pelo *Software Bioestat 5.0* e o nível de significância adotado foi de 5% ($p<0,05$).

Este estudo faz parte de um projeto maior, realizado em três regionais de saúde do Paraná, Brasil, o qual foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer nº 2.053.304/2017 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 67574517.1.1001.5231, uma vez que atendeu às normas para pesquisas com seres humanos.

Resultados

A amostra deste estudo foi constituída por 395 puérperas, a faixa etária com maior ocorrência foi a de 20 a 34 anos para os dois grupos (71,1%), maior parte das gestantes eram brancas (53,4%), IMC superior a 25 (72,9%), escolaridade entre 10 e 12 anos (58,0%) e com companheiro (90,1%). A renda familiar de maior ocorrência foi de um a dois salários mínimos (44,0%), sendo que 20,2% viviam com menos de um salário mínimo, a maioria não recebia auxílio do governo (84,8%). Embora não haja significância estatística, observou-se aumento discreto na prevalência de cesárias entre mulheres com idade superior a 35 anos, IMC acima de 25, maior escolaridade e renda.

Para os dois grupos de parto, maiores proporções de mulheres participantes eram primigestas (44,8%), a ocorrência de aborto não foi frequente (82,3%), com intervalo interpartal superior a dois anos (59,5%) e ausência de doenças em gestações anteriores (57,7%). Houve diferença estatística para presença de intercorrência intraparto e parto cesárea ($p<0,05$) (Tabela 1). Observou-se redução no número de cesáreas entre as múltiparas, mas aumento para

mulheres que sofreram um aborto e com intervalo interpartal inferior a dois anos.

Tabela 1 – Distribuição da frequência bruta (n) e relativa (%) de mulheres, segundo fatores obstétricos e comparação por tipo de parto. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018

Variáveis	Vaginal n(%)	Cesárea n(%)	Total n(%)	*Valor p
Paridade				
1ª	88 (49,7)	89(50,3)	177(44,8)	
2ª	53(45,7)	63(54,3)	116(29,4)	0,074
3ª	26(44,1)	33(55,9)	59(14,9)	
≥4ª	29(67,4)	14(32,6)	43(10,9)	
Abortos				
Sim	32(45,7)	38(54,3)	70(17,7)	0,556
Não	164(50,5)	161(49,5)	325(82,3)	
Período interpartal <2 anos				
Sim	8(36,4)	14(63,6)	22(5,6)	
Não	123(52,3)	112(47,7)	235(59,5)	0,273
Não se aplica	65(47,1)	73(52,9)	138(34,9)	
Doenças em gestações anteriores				
Sim	87(52,1)	80(47,9)	167(42,3)	0,459
Não	109(47,8)	119(52,2)	228(57,7)	
Intercorrência intraparto				
Sim	4(12,5)	28(87,5)	32(8,1)	0,000†
Não	192(52,9)	171(47,1)	363(91,9)	

*Teste Qui-quadrado; †Teste G

Encontrou-se diferença estatística entre uso de antibioticoterapia e os tipos de partos, sendo mais utilizado em partos cesáreas. Quanto ao uso de indutores e condutores do parto, constatou-se diferença estatística para o uso de ocitocina, com maiores proporções para o parto vaginal. Destaca-se que se observou uso de antibióticos para 25,6% e ocitocina para 44,0% das mulheres participantes (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparação do uso de medicamentos, de acordo com o tipo de parto. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018

Variáveis	Vaginal n(%)	Cesárea n(%)	Total n(%)	*Valor p
Antibióticos				
Sim	26(25,7)	75(74,3)	101(25,6)	0,000
Não	170(57,8)	124(42,2)	294(74,4)	
Misoprostol				
Sim	21(58,3)	15(41,7)	36(9,1)	0,356
Não	175(49,0)	184(51,5)	359(90,9)	
Ocitocina				
Sim	126(72,4)	48(27,6)	174(44,0)	0,000
Não	70(31,7)	151(68,3)	221(55,9)	

*Teste Qui-quadrado

Observou-se diferença estatística para parto realizado e escolhido, nos dois grupos estudados, para as variáveis: maioria das gestantes não visitou a maternidade antes do parto (63,3%), não se sentiram desrespeitadas no parto (92,1%), frequência de acompanhantes no momento do parto e contato pele a pele aconteceu na maior parte dos partos, sendo maior para o grupo de parto vaginal (86,6%) e parturiente havia escolhido ter parto vaginal, mas foi realizado parto cesárea (79,8%), conforme Tabela 3.

No tocante aos cuidados com o bem-estar fetal, para a maioria das participantes, houve ausculta de batimento cardíaco fetal (97,2%) e realização da cardiotocografia intraparto (79,7%).

Tabela 3 – Relação das práticas utilizadas na atenção ao parto, comparadas de acordo com o tipo de parto. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018

Variáveis	Vaginal n(%)	Cesárea n(%)	Total n(%)	*Valor p
Visitou a maternidade				
Sim	76(52,4)	69(47,6)	145(36,7)	0,397
Não	120(48,0)	130(52,0)	250(63,3)	
Acompanhante presente				
Sim	169(51,8)	157(48,2)	326(82,5)	0,039
Não	27(39,1)	42(60,9)	69(17,5)	
Se sentiu desrespeitada				
Sim	20(64,5)	11(35,5)	31(7,8)	0,084
Não	176(48,3)	188(51,6)	364(92,1)	
Contato pele a pele				
Sim	183(53,5)	159(46,5)	342(86,6)	0,000
Não	13(24,5)	40(75,5)	53(13,4)	
Tipo de parto diferente do escolhido				
Sim	23(20,2)	91(79,8)	114(28,9)	0,000
Não	173(61,6)	108(38,4)	281(71,1)	

*Teste Qui-quadrado

Discussão

Como limitação do estudo, cita-se a exclusão de parturientes residentes em outros países e que utilizavam rotineiramente o serviço terciário no Brasil, como Paraguai e Argentina. A utilização do método transversal impossibilita a identificação de relações de causa e efeito entre as variáveis analisadas.

As contribuições deste estudo permitem complementar práticas assistenciais na atenção ao parto e ao nascimento, baseadas em evidências, fundamentadas pelas diretrizes instituídas pela Rede Mãe Paranaense, essenciais para garantir o bem-estar materno e fetal, bem como os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. De qualquer modo, instiga-se a reflexão sobre a temática proposta e a relevância desta para qualificar a atenção no momento do parto, pois esta atenção ao parto, ainda, não está ocorrendo conforme preconizado pela Rede Mãe Paranaense.

Os resultados desta investigação mostram que não se evidenciou a relação dos fatores obstétricos com o tipo de parto, no entanto, a literatura demonstra que ter realizado parto cesárea, aumenta em até 11 vezes a chance de ter novamente este tipo de parto, por decisão médica, mesmo sem indicação ou bases científicas e ainda sendo evidente que a cicatriz uterina tem pouca influência sobre a evolução do parto seguinte, exceto que o novo parto cirúrgico aumenta o risco de infecções⁽⁷⁾, por isso, pode-se associar o maior uso de antibióticos com as cesáreas, pois como mostra a presente investigação, a antibioticoterapia foi maior em mulheres submetidas a este tipo de parto.

Destaca-se que, embora os resultados indiquem o maior uso de antibióticos no parto cesárea, a necessidade desta profilaxia pode ocorrer para ambos os tipos de parto. A doença Estreptocócica do grupo B é uma das principais causas de morbimortalidade em recém-nascidos. Esta doença é causada por bactérias da espécie *Streptococcus*, micro-organismo do trato intestinal humano e que coloniza 18,0% o canal vaginal das mulheres grávidas em todo o mundo. A transmissão ocorre verticalmente no momento do parto, e a antibioticoterapia intraparto é recomendada por reduzir significativamente a transmissão vertical⁽⁸⁾.

Ainda em relação à antibioticoterapia, observaram-se diferenças estatísticas entre as proporções de intercorrências intraparto e os tipos de parto analisados. A proporção de intercorrências é maior nos casos de cesáreas, com uso de antibioticoterapia, fatores que podem resultar em escore de Apgar inferior

a 7, no quinto minuto de vida do neonato⁽⁹⁾. Contudo, a cesárea pode ter sido a justificativa para resolver a complicação que colocava mãe e bebê ao risco de vida, nestas situações. Mediante o exposto, novas pesquisas e protocolos sobre o uso racional da antibioticoterapia durante o parto devem ser realizados⁽⁸⁾.

A administração de misoprostol, utilizado para indução do parto, pode ser associada ao maior número de parto cesárea⁽¹⁰⁾. A justificativa se refere ao fato de a gestação alcançar as 40 semanas, mas não iniciar o trabalho de parto, nestes casos, a utilização deste medicamento é recomendada para induzir modificações na cérvix uterina, seguida pela ação de contração, contudo, pode ocorrer falhas de indução, levando a necessidade de realizar o parto cesárea, pelo avançar da idade gestacional⁽¹⁰⁾. Esta relação do uso do misoprostol com o parto cesárea não foi evidenciada nesta pesquisa.

Quanto ao uso de ocitocina, a proporção de respostas positivas ao uso durante o parto é maior nos casos de parto vaginal. Também, é comumente utilizada para acelerar o trabalho de parto, no entanto, a perfusão de ocitocina para estimulação do parto é significativamente associada ao aumento das taxas de cesáreas, além de maior percentual de febre materna intraparto⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Apesar dos riscos associados ao uso da ocitocina, a utilização desta é bastante presente em hospitais, podendo estar relacionada à cultura assistencial hospitalar⁽¹²⁾.

A maior parte das participantes não visitou a maternidade antes do parto, mesmo havendo esta possibilidade no Brasil, pois a visita da gestante a maternidade é garantida legalmente e está prevista na Rede Mãe Paranaense. Esta ação é apropriada ao parto, já que possibilita o vínculo da gestante com o serviço, contribuindo para diminuição do medo, desinformação, insegurança, dúvidas e incertezas sobre o parto.

Em países desenvolvidos, a presença de acompanhantes é muito comum, diferente de países em desenvolvimento, em que o acompanhante nem sempre pode estar junto à gestante, no momento do parto⁽¹¹⁾,

no entanto, os companheiros estiveram presentes no momento do nascimento do filho para 82,0% das parturientes.

A presença do companheiro é importante indicativo da qualidade na assistência ao parto, possibilitando a satisfação da mulher com os cuidados e efeito positivo na saúde (alívio da dor, auxílio na mobilidade, massagem, apoio prático e emocional, ajudando na confiança e segurança), além de influenciar na melhor relação e comunicação da parturiente com os profissionais de saúde⁽¹¹⁾.

O desrespeito a gestante durante o parto é uma violação dos direitos humanos fundamentais e indicador de qualidade que pode estar associado às questões sociais e econômicas, e, sobretudo, à violação das políticas públicas para atenção integral à saúde da mulher, como a Rede Cegonha e Rede Mãe Paranaense⁽¹³⁾. O desrespeito a gestante é uma causa silenciosa de morbidade e até mesmo mortalidade materna, com registros negligenciados em muitos países⁽¹⁴⁾. Consideram-se desrespeitos atos como desinformação, maus-tratos psicológicos, como palavras rudes, degradações e desprezo, abandono, violações de privacidade e maus-tratos físicos⁽¹⁵⁾.

O contato pele a pele da mãe com o bebê é importante ato reconhecido em todo o mundo que possibilita a termorregulação, estabilidade cardiorrespiratória, diminuição do choro, efeito protetor no risco de internação hospitalar, constituindo relevante prática para apoio, promoção e manutenção da amamentação. O contato imediato possibilita o aleitamento materno exclusivo no momento da alta e a continuidade até os seis meses de idade do bebê⁽¹⁵⁾.

Outros procedimentos associados à assistência ao parto em ambiente hospitalar se referem à monitorização contínua da frequência cardíaca fetal e da cardiocardiografia, que similarmente foram realizados em partos normais e cesáreas, consideradas intervenções importantes, mas que precisam ser utilizadas com cautela, pois ambas podem provocar o aumento do risco de intervenções desnecessárias, sobretudo,

a cesárea, por dificultar a deambulação da gestante e apresentar possíveis resultados falso-positivos, comprometendo a opção do parto. Enfatiza-se que a monitorização dos batimentos cardíaco fetal e a cardiocardiografia estão relacionadas com o estado clínico do feto, portanto, podem e devem interferir no tipo de parto, a fim de assegurar o bem-estar do bebê⁽¹⁶⁾.

Houve mudança no tipo de parto das gestantes do grupo estudado, vários fatores afetam a decisão sobre o parto mais adequado para a própria saúde e do bebê, sendo as decisões baseadas no medo, local, número de intervenções e indicação médica. A maior parte das gestantes que são informadas sobre o processo de trabalho de parto, fazem opção pelo parto vaginal⁽¹⁷⁾. No entanto, a definição do tipo de parto neste grupo, no momento do parto, passou a ser uma deliberação médica.

O fato de a mulher não possuir conhecimento adequado sobre a fisiologia e o tempo de trabalho de parto, a torna mais vulnerável às decisões das equipes de saúde e reduz seu poder de escolha, portanto, informar à mulher sobre o funcionamento do próprio corpo pode ser ferramenta importante para dar novo significado ao parto vaginal⁽⁷⁾.

Importante descrever que a partir de janeiro de 2020, no Paraná, Brasil, sancionou-se a Lei nº 20.127, que dispõe sobre os direitos da mulher para atenção ao parto, artigo 1º, inciso VII, e descreve que em situações eletivas, é direito da gestante optar pela realização de cesárea, desde que tenha recebido todas as informações de forma adequada sobre os tipos de parto, benefícios e riscos destes, e tenha se submetido às avaliações de risco gestacional, durante o pré-natal. Deste modo, é assegurado por lei que a mulher escolha o tipo de parto, ponderando convicções, crenças e valores⁽¹⁸⁾.

Imperioso notar o contraponto das mulheres envolvidas nesta pesquisa que, embora a maioria tenha indicado não ter sido desrespeitada no processo do parto, quase 30,0% delas tiveram o parto diferente do tipo escolhido, é nítido que a desinformação faz

com não perceba que tem o direito de escolha sobre o próprio corpo. Educação em saúde e educação permanente são processos necessários para conscientização da sociedade e promoção do respeito aos direitos da mulher⁽¹⁹⁾.

Ademais, a qualidade da assistência ao parto, além das medidas legais que assegurem os direitos das gestantes, envolvem fortemente o comprometimento dos profissionais responsáveis por assistir a mulher, em todo o processo da gestação, parto e puerpério, assim como a identificação dos fatores de risco para mortalidade materna e infantil, é fundamental para orientar o planejamento das ações para mudança desses indicadores. O seguimento dos princípios da Rede Mãe Paranaense pode causar mudanças positivas na realidade das maternidades paranaenses.

Conclusão

De maneira geral, observou-se aumento na prevalência de cesárias para mulheres com idade superior a 35 anos, IMC acima de 25, maior escolaridade e renda. Verificou-se, também, redução no número de cesáreas entre as múltiparas, além de aumento para mulheres que sofreram um aborto e com intervalo interpartal inferior a dois anos.

A antibioticoterapia foi mais utilizada em partos cesáreas e a ocitocina para o parto vaginal. A maioria das gestantes não visitou a maternidade antes do parto, não se sentiu desrespeitada no parto, e a frequência de acompanhantes no momento do parto e o contato pele a pele foram maiores para o grupo de parto vaginal. Contudo, o desrespeito a escolha da parturiente foi maior para cesárea, considerando que, nestes casos, optou pelo parto vaginal.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo apoio financeiro para realização do projeto e pela concessão de bolsa de iniciação científica.

Colaborações

Camatti FPS, Ferreira H, Ferrari RAP, Silva RMM e Zilly A contribuíram com concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Balsells MMD, Oliveira TMF, Bernardo EBR, Aquino PS, Damasceno AKC, Castro RCMB, et al. Evaluation of prenatal care process for habitual-risk pregnant women. *Acta Paul Enferm.* 2018; 31(3):247-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800036>
2. Lopes GDC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019; 27:e3139. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde da Mulher [Internet]. 2020 [cited Apr 26, 2020]. Available from: <https://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/sobre-a-area>
4. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná Linha guia: Rede Mãe Paranaense [Internet]. 2017 [cited Apr 26, 2020]. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiaamaeparanaense_final_2017.pdf
5. Baggio MA, Pereira FC, Guimarães ATB, Caldeira S, Vieira CS. Rede Mãe Paranaense program: analysis of prenatal care in a regional health district. *Cogitare Enferm.* 2016; 21(3):1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.45301>
6. Netto A, Silva RMM, Santos MF, Tacla MTGM, Caldeira S, Brischiliari SCR. Child mortality: assessment of the Rede Mãe Paranaense programa at a regional health district in the state of Paraná. *Cogitare Enferm.* 2017; 22(1):e47634. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.47634>

7. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. *Esc Anna Nery*. 2018; 22(1):e20170013. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0013>
8. Hasperhoven GF, Al-nasiry S, Bekker V, Villamor E, Kramer BW. Universal screening versus risk-based protocols for antibiotic prophylaxis during childbirth to prevent early-onset group B streptococcal disease: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2020; 127(6):680-91. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.16085>
9. Santos NCP, Vogt Sibylle E, Duarte ED, Pimenta AM, Madeira LM, Abreu MNS. Factors associated with low Apgar in newborns in birth center. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(supl.3):297-304. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0924>
10. Helmig RB, Hvidman LE. An audit of oral administration of Angusta® (misoprostol) 25 µg for induction of labor in 976 consecutive women with a singleton pregnancy in a university hospital in Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/aogs.13876>
11. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; 8:3. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/14651858>
12. Oliveira FAM, Leal GCG, Wolff LDG, Gonçalves LS. The use of Bologna Score to assess normal labor care in maternities. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(spe):177-84. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56940>
13. Miltenburg AS, Van Pelt S, Meguid T, Sundby J. Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence. *Reprod Health Matters*. 2018; 26(53):88-106. doi:<https://dx.doi.org/10.1080/09688080.2018.1502023>
14. Bekele W, Bayou NB, Garedew MG. Magnitude of disrespectful and abusive care among women during facility-based childbirth in Shambu town, Horro Guduru Wollega zone, Ethiopia. *Midwifery*. 2020; 83:102629. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102629>
15. Agudelo S, Díaz D, Maldonado MJ, Acuña E, Mainero D, Pérez O, et al. Effect of skin-to-skin contact at birth on early neonatal hospitalization. *Early Hum Dev*. 2020; 25(144):105020. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105020>
16. Guida NFB, Pereira ALF, Lima GPV, Zveiter M, Araújo CLF, Moura MAVA. Compliance of nursing care practices with technical recommendations for normal birth. *Rev Rene*. 2017; 18(4):543-50. doi:<https://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400017>
17. Andaroon N, Kordi M, Kimiaee SA, Esmaeili H. The effect of individual counseling on attitudes and decisional conflict in the choice of delivery among nulliparous women. *J Educ Health Promot*. 2020; 28(9). doi:https://dx.doi.org/10.4103/jehp.jehp_472_18
18. Assembleia Legislativa do Estado do Paraná. Lei nº 20.127 de 15 de janeiro de 2020 que institui a Lei que garante à gestante o direito a escolher o tipo de parto no Paraná [Internet]. 2020 [cited Apr 13, 2020]. Available from: <http://portal.assembleia.pr.leg.br/index.php/pesquisalegislativa/proposicao?idProposicao=82378>
19. Brito CMC, Oliveira ACGA, Costa APCA. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. *Cad Ibero-amer Dir Sanit*. 2020; 9(1):120-40. doi:<https://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.604>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons