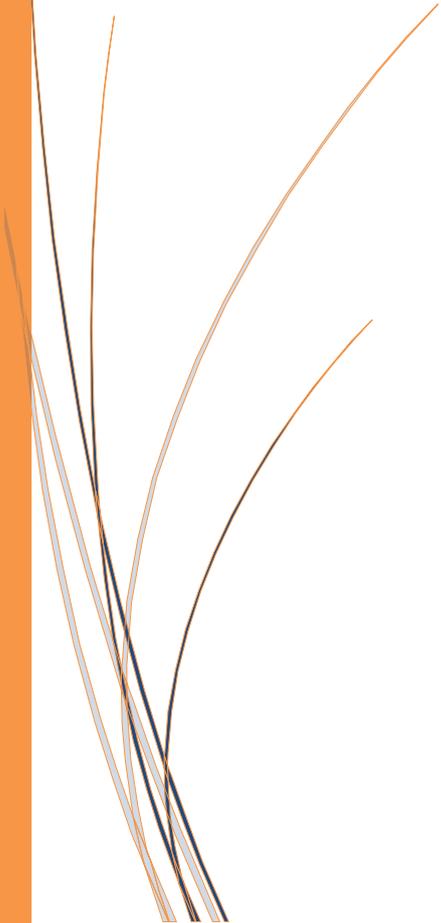




Relato de Diálogo Deliberativo
Evidências para Políticas de Saúde:
Reduzindo as taxas de cirurgia
cesariana no Brasil



Instituto de Saúde, São Paulo, 2019

Este relato aborda os resultados do diálogo deliberativo sobre a Síntese de Evidência para Políticas de Saúde: reduzindo as taxas de cirurgia cesariana no Brasil¹.

Autores

Cecilia Setti, Instituto de Saúde

Cintia de Freitas Oliveira, Instituto de Saúde

Tereza Setsuko Toma, Instituto de Saúde (coordenação)

Financiamento

Este relato de diálogo deliberativo é produto do projeto para elaboração de síntese de evidências para informar Políticas de Saúde: Redução das taxas de cesárea no Brasil e financiada com recursos oriundos da II Chamada Pública de apoio a projetos de Tradução do Conhecimento no âmbito da Rede para Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil) para fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) - 2017.

Agradecimentos

Taís Rodrigues Tesser, Bruna Carolina de Araújo, Roberta Crevelario de Melo, Maritsa Carla de Bortoli - Instituto de Saúde

Conflito de interesses

Os autores declaram não possuírem nenhum conflito de interesse. Os financiadores não interferiram no desenho, elaboração e divulgação dos resultados dessa síntese.

Citação

Setti C, Oliveira CF, Toma TS. Relato de Diálogo Deliberativo da Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: Reduzindo as taxas de cirurgia cesariana no Brasil. Instituto de Saúde, São Paulo - SP, 2019.

¹ Versão final após incorporação de sugestões dos(as) participantes do diálogo deliberativo: Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: reduzindo as taxas de cirurgia cesariana no Brasil / autores: Cecília Setti. [et al.], – São Paulo: Instituto de Saúde, 2019. 90 p. Disponível em: https://docs2.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1284532/sintese_evidencias_reducao_cesarea_2019.pdf

RELATO DO DIÁLOGO DELIBERATIVO

Diálogo deliberativo ou diálogo de políticas é um recurso utilizado para propiciar o compartilhamento de saberes entre pesquisadores, formuladores de política e demais interessados sobre uma temática a ser discutida. Ainda, tem como objetivo revisar o conteúdo da síntese de evidências, articular as evidências científicas com as experiências dos participantes para melhor esclarecimento sobre as opções para abordar o problema, esclarecer as áreas de incerteza e desenvolver um entendimento comum sobre os prós e contras das estratégias de implementação relevantes para apoiar a tomada de decisão de gestores (LAVIS et al., 2009; TOMA et al., 2017).

O **Diálogo Deliberativo** foi realizado no dia 13 de novembro de 2018, organizado por meio do Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde - NEv-IS. Contou com a colaboração de treze participantes interessados no tema, entre os quais gestores da área de saúde da mulher, pesquisadores do tema, trabalhadoras da saúde (doulas, enfermeiras obstetras, obstetras e obstetras), representantes de associações de classes e da sociedade civil. Além desses, houve a presença de dez ouvintes, a facilitadora do diálogo e a coordenadora da equipe do projeto que apresentou a síntese.

Os participantes receberam a síntese de evidências cerca de um mês antes da realização do diálogo, para a devida apreciação dos conteúdos que seriam abordados. A reunião foi gravada com o consentimento dos participantes, e também foram realizadas minientrevistas para divulgação do projeto e uma avaliação da síntese de evidências e do diálogo.

O evento teve início com uma breve apresentação dos participantes e ouvintes, seguido por uma fala sobre a Rede de Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network – EVIPNet*) e as regras de participação no diálogo deliberativo. Logo após, foram realizadas as deliberações sobre o problema de saúde abordado na síntese, as opções elencadas, considerações sobre o processo de implementação das ações e os próximos passos. A cada rodada, os participantes realizavam suas inscrições para falas de até três minutos cada, para que todos tivessem oportunidades iguais de expor suas ideias sem prejuízo de tempo e na organização do evento.

A organização também contou com uma equipe que realizou a relatoria do diálogo, utilizada para compor as descrições que seguem nesta síntese. As contribuições foram agrupadas em categorias, buscando ser fiel às exposições dos participantes registradas em áudio.

O diálogo foi um espaço que contribuiu para sensibilizar os participantes quanto ao uso das Ferramentas SUPPORT e das sínteses de evidências, para apoiar a tomada de decisão. Além disso, o evento propiciou o encontro entre atores-chave, o apontamento de próximos passos para a construção de opções para lidar com a problemática das altas taxas de cesárea no Brasil e também a reflexão sobre as lacunas de evidências existentes, semeando novas ideias para a produção científica em função das necessidades na saúde pública.

SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE: REDUZINDO AS TAXAS DE CESÁREA NO BRASIL

O problema

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

Opções para enfrentar o problema

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Considerações de equidade para as opções

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

Considerações sobre a implementação das opções

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

DELIBERAÇÕES SOBRE A SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARAPOLÍTICAS DE SAÚDE

DELIBERAÇÃO SOBRE O PROBLEMA

A seguir estão descritos os principais pontos dialogados sobre a deliberação do problema.

1. Diferenciação entre atenção pública e privada deve ser detalhada:

Dentro da problemática das altas taxas de cesárea no Brasil identificou-se a necessidade de diferenciar essa proporção segundo local de ocorrência, ou seja, no setor público e no setor privado, já que os serviços privados são responsáveis pela maior parcela dos nascimentos cirúrgicos no país. Foi apresentada, nesse sentido, a proposta de inserir a definição de dois problemas, divididos em SUS e Saúde Suplementar, aprofundando os dados relativos à magnitude.

Uma parcela dos participantes demonstrou opinião diferente em relação a esse tópico, e acreditam que o problema deve ser focado no modelo de assistência e que precisa ser melhorado. Estes defendem que a dinâmica no setor público e privado é diferente, mas o caminho para a solução é um só. Segundo este grupo, o problema do abuso nas taxas de cesárea é único e deve ter como foco a assistência centrada na mulher, assim não há necessidade em separar o problema entre setor público e privado. Com relação ao item contexto e antecedentes, precisa ser aprofundado e se basear na realidade brasileira, uma vez que os dados apresentados são provenientes de países com outros contextos. Além disso, a questão cultural do parto e nascimento é abordada nos contextos e antecedentes, mas não reflete as opções apresentadas, que poderiam incluir, por exemplo, estratégias de comunicação direcionada à mudança de cultura.

Quadro 1: Contextualizar o diálogo dos atores envolvidos no diálogo

O diálogo com principais atores foi convocado para apoiar uma discussão quanto as considerações relevantes (incluindo evidências de pesquisa) sobre uma questão de alta prioridade para informar a ação.

As principais características do diálogo foram:

Revisar a qualidade e o conteúdo da síntese de evidências;

Apresentar evidências relevantes que não estavam incorporadas na síntese;

Assegurar que o conteúdo da síntese fosse compreensível e compreendido;

Identificar e esclarecer os pontos mais importantes da síntese, em cada um dos blocos.

2. Direitos sexuais e reprodutivos, incluindo a violência institucional, precisa ser incorporada:

As questões relativas aos direitos sexuais e reprodutivos precisam ser inseridas, incluindo o direito de escolha da mulher ao local de parto e, especialmente, a pauta da violência institucional e violência obstétrica ou parto violento. Foi apresentada na versão preliminar da síntese a questão da comodidade em se agendar uma cesárea de forma simétrica entre médicos e parturientes, o que os especialistas consideram um equívoco. A assimetria nessa relação também envolve a operadora de saúde, que lidera o privilégio, envolve também médicos e hospitais. Deve-se inserir no contexto uma discussão sobre a assimetria de poder nessas relações. Nesse sentido, sugere-se incluir a discussão sobre a vulnerabilidade das mulheres frente a essas pressões e poderes. O protagonismo da mulher foi destacado como um ponto forte na mudança do atual cenário obstétrico, no qual o empoderamento e fortalecimento de mulheres sobre essa temática irá provocar a mudança real.

3. Os impactos da cesárea em médio e longo prazos precisam ser discutidos:

Os benefícios do parto vaginal e prejuízos da cesárea para as mulheres e bebês foram destacados como importantes argumentos a serem incluídos, especialmente os riscos de implicações de médio e longo prazos, os impactos da transição epidemiológica, as relações dos custos produzidos para os serviços e sistemas, o que pode fortalecer as políticas públicas. Sugere-se utilizar também os recentes trabalhos que abordam cesariana e mudanças epigenéticas. Foi sugerido explicitar as experiências negativas das mulheres relacionadas aos nascimentos cirúrgicos e partos instrumentalizados, em contraposição às iniciativas dos movimentos sociais em provocar a mudança de forma respeitosa, usar produções científicas e relatos nacionais.

4. Mudança de modelo de assistência:

Uma questão relevante no diálogo sobre a descrição do problema foi a “mudança de modelo”. Apresentada como central para a redução das taxas de cesárea, mortalidade materna, violência obstétrica e desfechos desfavoráveis à mulher e ao recém-nascido. Apontou-se a necessidade de discutir o modelo de formação dos profissionais da assistência obstétrica (diretamente ligado ao modelo de atenção ao parto e nascimento), o modelo de gestão (proposta de gestão compartilhada, inclusão dos profissionais da assistência na formulação de protocolos, formação de equipes multiprofissionais com garantia do cuidado compartilhado) e o modelo de cuidado (cuidado centrado na mulher e de autonomia a profissionais não médicos - obstetizes e enfermeiras obstétricas). Desde o momento da substituição da parteira tradicional pelo médico na assistência, problemas dessa ordem surgiram e a entrada do médico no cenário é relacionada ao aumento do risco. É preciso resgatar o protagonismo que a parteira tradicional tinha. O modelo que almejamos é o compartilhado, mas deve ser liderado pela parteira, sendo que o modelo que tem alcançado melhores resultados é o executado de forma contínua, ou seja, uma mesma profissional, ou grupo de profissionais conhecido pela mulher faz esse

acompanhamento durante o pré-natal, parto e puerpério. As mulheres de risco habitual devem ser atendidas prioritariamente por obstetristas e enfermeiras obstétricas, independente se o local de atendimento é público, privado ou ligado à universidade. No Brasil, o acompanhamento da gestante por um mesmo médico durante o pré-natal e parto foi apontado como um fator de risco para a realização da cesariana e precisa ser repensado. O modelo é algo central e as estratégias devem ser específicas, discutindo o protagonismo do cuidado no pré-natal e parto. Foi citada a problemática da cultura profissional e institucional nos serviços, que implica na assimetria de poder nas relações entre as categorias profissionais, entre profissionais e mulheres, entre os modelos de assistência, de formação e de gestão. De acordo com os participantes, o tempo dos profissionais é diferente, cada categoria tem um parâmetro para começar a dar início às intervenções. Para eles, a assimetria de poder também está inserida na lógica do sistema, quando pensamos que a redução das taxas de cesárea implica na redução do uso de UTI-neo, o que não é do interesse das operadoras de saúde que obtém maior lucro quanto maior o uso do equipamento. Existe uma dificuldade de implementação de um modelo com autonomia dos profissionais não médicos. É preciso enfatizar a autonomia dos profissionais conforme modelo assistencial. De acordo com uma participante, a experiência da Casa Ângela demonstra que um modelo autônomo de assistência permite a atuação de forma diferenciada. É necessário provocar a mudança no modo como a informação chega às mulheres, por meio do modelo de formação dessa mulher durante o pré-natal. Muitas mulheres chegam no momento do parto sem informações sobre o processo de parto e nascimento, o que aumenta a ansiedade e o medo. As formas de financiamento também precisam ser discutidas nesse âmbito. Em alguns locais, se está tudo bem com a mulher o cuidado é da obstetriz e enfermeira obstétrica, mas quem define o que é estar bem? Bem para quem? É preciso discutir essas definições.

5. A discussão sobre formação profissional precisa ser aprofundada:

Acredita-se que a formação em obstetrícia precisa ser apresentada e discutida na síntese. O conceito de parto humanizado precisa ser esclarecido para os profissionais de saúde, especialmente para os médicos. O modelo de atenção moldado pelo modelo de formação impossibilita/interdita a prática interdisciplinar. Esse modelo relaciona-se também com a “disponibilidade obstétrica” da equipe de plantão, fator que gera pressão na escolha das mulheres. Durante a formação, o local de prática clínica também exerce influência no perfil do aluno formado, e o aprendizado em ambiente exclusivamente hospitalar pode ser um desafio, uma vez que esse local é visto e estruturado como um ambiente para a formação dos médicos, levando a uma interdição da prática profissional de outras categorias, desde a sua formação.

6. Inclusão de documentos e referências:

Alguns participantes sugeriram a inclusão da citação de documentos de políticas públicas existentes, na descrição do problema: Política Nacional de Humanização; Política Nacional de Atenção Básica; Artigo de inserção das obstetristas na Atenção Básica; Iniciativa Hospital Amigo (da mulher e) da Criança.

7. Demais apontamentos:

- A objetividade e tentativa de imparcialidade do texto da síntese, estipulada por um padrão de produção, deixaram o texto simples, o que reverberou nas opções;
- Foi apontada a escassez de representatividade de usuárias do SUS no Diálogo Deliberativo;
- Faltou abordar sobre o pré-natal e sua qualidade, as mulheres precisam ter a oportunidade de entrar em trabalho de parto;
- Aumentar o parto normal, mas a que custo, de que forma?
- Incluir as lacunas sobre as causas do problema.

DELIBERAÇÃO SOBRE AS OPÇÕES

Para a descrição das deliberações sobre as opções aglutinamos considerações e sugestões gerais que podem abranger mais opções e as apresentamos logo abaixo. As considerações específicas serão apresentadas de acordo com a ordem das propostas.

1. Sugestões metodológicas:

- A metodologia da EVIPNet deveria ser reformulada e abrir para a inclusão de ensaios clínicos randomizados; da forma como está existe chances de vies de publicação. Poderia acrescentar informações de outros estudos na síntese, mesmo que a metodologia não indique isso;
- Utilizar a metodologia do GRADE CERQual para conseguir contemplar mais estudos, ampliando as contribuições;
- Não ficaram claros os elementos da escolha das revisões sistemáticas.
-

2. Sugestões de conteúdo:

- O resumo das opções, na sessão “mensagem chave” precisa ser melhorado e trazer de forma objetiva quais são as opções;
- O SUS é diferente da Saúde Suplementar, então as opções devem se tratadas de forma diferente. Rever as opções segundo o tipo de atenção: pública e privada;
- Faltou opção focada na formação do profissional que atende o parto;
- Faltou opção em educação em saúde (o Brasil produziu materiais ótimos em saúde sexual e reprodutiva, na década de 80, que poderiam ser reaproveitados, por exemplo);
- Faltou opção sobre formação de profissionais, incluindo modelos colaborativos de atenção e modelos de ensino crítico e problematizador;
- Abordar sobre as boas práticas e como a evidência impacta no profissional e na saúde coletiva;
- Incluir as lacunas de evidências;
- Mudar a ordem das opções segundo sua relevância: Trocara Opção 1 por Opção 2.
- Faltou uma opção com elementos voltados para as usuárias, pois eles ficaram dispersos nas demais opções;
- Promover informação para as mulheres abrange também a necessidade de ajudá-las a

negociar e exercer as suas escolhas no diálogo com os profissionais;
- Incluir série da Lancet que mostra redução das taxas de cesariana no setor privado.

Opção 1 – Promover a continuidade do cuidado pré-natal, consultas em grupos, programas de preparação para o parto e atividade física.

A continuidade do cuidado e familiaridade da gestante com sua equipe de cuidadores podem reduzir a incerteza na tomada de decisão e prevenir a cesariana. Programas de preparação para o parto e incentivo à prática de atividade física estão entre as formas de prevenir intervenções. Além dessa medida, as consultas em grupo proporcionam interação entre as participantes, aumento da motivação para mudanças comportamentais e melhora os desfechos gestacionais, contribui para a redução de custos no sistema de saúde e aumenta a satisfação das mulheres. A OMS recomenda os cuidados pré-natais em grupo.

Considerações dos participantes:

Inserir programas de consultas em grupo e programas de atividade física no pré-natal é precedido pela problemática da garantia à assistência universal ao próprio pré-natal, o que faz essas sugestões soarem inclusive, como utópicas. É necessária que seja fortalecida a assistência como preconizado.

A proposta de inserção de programas de exercício durante a gestação não deve estar na mesma opção que programas de preparação e continuidade do cuidado do pré-natal. É preciso incluir de forma clara, ações de fortalecimento da mulher por meio de medidas educativas críticas e de grupos de mulheres, envolvendo os direitos delas e diferenciando das atividades físicas. Pode-se nomear como preparação física e informacional, ou ainda formular outra opção para incluir apenas a temática da atividade física.

A desorganização do nosso sistema de saúde tem impactos no aumento das taxas de cesárea, afinal, não existe conexão entre Atenção Básica e Assistência Hospitalar, os serviços não se conversam e o cuidado tem a continuidade quebrada a cada etapa. No nosso contexto, o cuidado é realizado de forma individual (cada cuidador tem sua forma de cuidar). É preciso abordar sobre a continuidade do cuidado, do pré-natal ao pós-parto, baseando-se no funcionamento da Estratégia Saúde da Família (ESF). A articulação deve ser feita entre Atenção Básica e os centros de parto. A ESF pode fortalecer essa opção.

As intervenções propostas funcionam apenas para o SUS, não na Saúde Suplementar, local em que a assistência pré-natal induz o aumento da taxa de cesáreas. As revisões sistemáticas não abordam a realidade brasileira e não há certeza se as ações impactam na cesárea.

Sugestão de incluir duas revisões sistemáticas: a de Sandall e colaboradores (2016) e Hoddnet e colaboradores (2013). Além disso, incluir questões relativas às “boas práticas”.

Opção 2– Incentivar o uso de intervenções combinadas em serviços e sistemas de saúde.

Essa Opção propõe, em diversos contextos da assistência obstétrica, estratégias múltiplas

de intervenções como auditoria e feedback, melhoria da qualidade e estratégias multifacetadas. As intervenções têm como foco os profissionais de saúde e a gestão dos serviços de saúde, hospitais e sistemas de saúde.

Considerações dos participantes:

Observou-se que o título não está adequado e que pode ser melhorado trazendo a ideia da opção de forma mais clara.

Esta é uma opção que aborda apenas estratégias que envolvem os profissionais, deve ser pensada a inclusão da participação das mulheres também.

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

Esta opção trata da promoção do cuidado contínuo, entendido como aquele prestado durante todo o período de trabalho de parto e parto. Pode ser exercido por profissionais, membros da família, cônjuge/companheiro(a), amigo(a) ou estranho(a) com alguma ou nenhuma formação especial em apoio ao trabalho de parto. Esse tipo de cuidado abrange uma combinação de medidas de conforto, apoio emocional, informações e defesa da mulher, desde o trabalho de parto até pelo menos o nascimento, sendo realizado por uma pessoa cuja única responsabilidade é prestar esse apoio, sem interrupção. Essa estratégia é considerada efetiva e é preconizada pela OMS.

Considerações dos participantes:

Esta é uma opção que implica em mudanças nos modelos de serviços de saúde. Deve-se deixar clara a relação entre modelo de atenção, gestão e formação profissional, que são entendidos como fatores importantes na mudança de modelo.

Sugere-se destacar a atuação de outros profissionais no parto vaginal, que não apenas as doulas.

O termo “ampliação do acesso” deve ser mudado para “ampliar a oferta”, pois se considera importante tratar de acessibilidade com a modificação do modelo vigente.

Opção 4 – Ampliar o acesso a centros de parto normal e casas de parto

O ambiente hospitalar é associado à ideia de segurança para o trabalho de parto, parto e puerpério, e ao mesmo tempo ela está efetivamente relacionada com o aumento da medicalização do parto. Cada vez mais, as mulheres têm buscado outros cenários para o nascimento de seus filhos, tais como centros de parto normal (CPN), casas de parto e o próprio domicílio.

Destaca-se que a assistência domiciliar não faz parte das políticas de saúde no país e que as mulheres devem ser informadas sobre os riscos e benefícios dos diferentes locais de nascimento e apoiadas em sua decisão.

Considerações dos participantes:

Foi recomendado colocar de forma clara a existência de diferentes cenários para o acontecimento do parto.

Deve-se ainda, acrescentar as questões relativas aos provedores de saúde, acessibilidade

a equipes multiprofissionais e relação entre gestão, atenção e formação, considerando a escolha da mulher pelo ambiente de parto.

A formação profissional está atrelada a suas práticas de atenção nos diversos locais de parto, assim como os resultados obtidos, tudo está relacionado ao modelo de assistência. Devem ser utilizadas no documento as evidências dos profissionais que atendem parto em ambientes diferentes dos hospitais.

Houve o entendimento por parte de um dos participantes de que existe omissão dos riscos presentes na assistência domiciliar, que ampliar a cobertura de assistência domiciliar é ampliar o risco de desfechos adversos. Por outro lado, foi defendido que a assistência domiciliar é cada vez mais presente e vem se estabelecendo na nossa sociedade e é preciso assumir isso de forma responsável e incorporar ações em políticas públicas que respaldem, regulem e fortaleçam esse ambiente de nascimento.

Relativo ao título da opção, o termo “acesso” poderia ser substituído por “acessibilidade” ou “ampliar a oferta a centros de parto normal”. Destaca-se também que ampliar o acesso aos serviços não significa ampliar a oferta dos mesmos e que o acesso aos provedores de saúde tem relação direta com a força de trabalho.

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

Um dos motivos do crescente aumento das taxas de cesárea é a prática de cesarianas por repetição. Desde 1980, a cesárea de rotina em mulheres com histórico de cesárea, tem sido questionada.

Existem evidências de que o VBAC é uma escolha segura e viável para a maioria das mulheres. Destaca-se que, tanto a tentativa de parto quanto a cesárea eletiva de repetição, têm riscos e benefícios importantes.

Considerações dos participantes:

A única consideração sobre esta opção foi sobre a inclusão de uma revisão sistemática de baixa qualidade metodológica.

DELIBERAÇÕES SOBRE CONSIDERAÇÕES DA IMPLEMENTAÇÃO

Nessa sessão, os participantes foram orientados a dialogarem sobre possíveis barreiras e facilitadores para a implementação das opções elencadas na síntese de evidências. Para os membros da mesa, as principais barreiras para a redução das taxas de cesariana estão relacionadas com o modelo de atenção ao parto, de formação dos profissionais, de gestão dos serviços e também com desafios na área da comunicação em saúde. A seguir os comentários gerais dos participantes e, mais abaixo os específicos de cada Opção.

Em relação ao modelo de atenção ao parto e de formação dos profissionais que prestam assistência no período gravídico-puerperal, os participantes apontaram que a corporação médica constitui-se como uma barreira importante para a implementação das opções descritas. Dentro do modelo biomédico, estabelecer relações lineares de poder entre os profissionais ainda é um desafio, o que acaba por dificultar a atuação de outras categorias

na atenção à mulheres de risco habitual. Além disso, a formação tradicional dos profissionais acaba perpetuando essas relações hierárquicas no campo da saúde e não é capaz de preparar os alunos para atuarem de maneira qualificada e empática.

No nível da organização dos serviços de saúde, foi relatada uma falta de vontade política para a mudança efetiva do modelo de atenção ao parto. Uma sugestão foi a incorporação do conceito de linhas de cuidado nos territórios e a implementação efetiva de uma linha de cuidado que incorpore as mudanças necessárias. Como exemplo, foi citada a linha de cuidado da gestante e puérpera do Rio de Janeiro que estabelece por meio de uma Lei o direito das mulheres a terem uma doula. Ademais, as linhas de cuidado são instrumentos importantes para a integralidade do cuidado nos mais diferentes pontos da rede assistencial.

Outra barreira que permeia todos os níveis do sistema de saúde é a fragilidade na comunicação entre gestores, trabalhadores e usuárias, o que pode ocasionar fragmentação desse cuidado. Por outro lado, uma boa comunicação em saúde pode ser eficiente na promoção de uma cultura voltada para o parto normal, uma vez que a crença de que a cirurgia cesariana seria mais segura, constitui-se como uma barreira importante para a redução das taxas deste procedimento.

Por fim, outro facilitador nessa temática é a promoção de experiências positivas e culturalmente sensíveis de nascimento que podem reduzir o medo e evitar traumas em gestações futuras.

Opção 1 – Promover a continuidade do cuidado pré-natal, consultas em grupos, programas de preparação para o parto e atividade física.

Essa opção foi considerada uma estratégia viável de ser implementada, sendo que as partes interessadas devem atentar para o contexto local e o método de implementação dos elementos escolhidos.

Como desafios, os participantes destacaram o atual cenário político e econômico do país, no qual encontramos equipes de saúde sobrecarregadas e a falta de espaços físicos adequados para a realização das atividades. Dessa forma, é preciso considerar a contratação de profissionais para a atenção dessas mulheres, o que pode melhorar a qualidade do atendimento e diminuir a peregrinação das gestantes. É preciso considerar também orçamento para a adaptação dos espaços.

Outra questão importante está relacionada com o funcionamento do atual modelo de atendimento, que tem como característica a segmentação do cuidado em saúde. Além disso, em instituições nas quais os serviços são gerenciados por Organizações Sociais de Saúde, é comum a cobrança de metas dos trabalhadores, o que gera tensões nas relações de trabalho e não melhora a qualidade da assistência.

Como possibilidades para a implementação da estratégia que envolve os programas de atividades físicas, destaca-se a existência das Academias da Saúde, programa já existente no SUS.

No SUS, as Equipes de Saúde da Família já estão muito ocupadas com outras prioridades

da Atenção Básica, por isso, muitas vezes a assistência à gestante fica defasada. Dessa maneira, os participantes pautaram a inclusão de outros profissionais de saúde para o atendimento das demandas da assistência pré-natal, como as obstetras e as enfermeiras obstetras.

Para ações de educação em saúde na atenção básica, foi sugerido o uso da pedagogia crítica. Além disso, é importante trabalhar as questões de saúde da gestante em conjunto com o NASF e com os serviços de atenção ao parto. Nos trabalhos de educação permanente, utilizar também metodologias críticas de formação e incluir a discussão sobre o parto na atenção pré-natal. É preciso qualificar a Atenção Básica para a assistência pré-natal de qualidade, como acontece nas equipes de atenção ao parto domiciliar e na Casa de Parto Casa Ângela.

Sugere-se ainda utilizar material da OMS sobre cuidado pré-natal e abordar com as mulheres conteúdos que elas sentem necessidade.

Outro ponto importante é a inserção e uso do plano de parto na assistência pré-natal e no período do nascimento.

Opção 2 – Incentivar o uso de intervenções combinadas em serviços e sistemas de saúde

Para esta opção, ao nível das usuárias dos serviços de saúde, sugere-se a inserção da participação das mulheres como controle social para a construção das estratégias e avaliação dos resultados.

Ao nível dos trabalhadores de saúde, utilizar uma estratégia para incluir outros atores do processo como chefias e figuras reguladoras e realizar o processo de feedback com a participação dos profissionais para maior adesão. Além disso, ações educativas podem auxiliar na produção de melhores resultados e fortalecer as formações profissionais.

Ao nível das organizações dos serviços de saúde, sugere-se produzir, analisar e compartilhar os resultados em conjunto com os trabalhadores. Destaca-se que a implementação de protocolos, em geral, é um desafio nos serviços, especialmente devido à resistência dos profissionais médicos em incorporá-los à suas práticas. Seria interessante o uso de protocolos clínicos únicos para as diferentes categorias profissionais envolvidas e com linguagem padronizada e, dessa forma, valorizar a atuação e as atribuições das obstetras e enfermeiras obstetras na assistência. Para a prática dessas estratégias é essencial envolver a gestão do serviço no próprio local de mudança, lembrando que a construção das estratégias deve ser participativas.

Destaca-se que a iniciativa Ápice On utiliza estratégias de mediação entre os atores do serviço e que tal método tem demonstrado resultados positivos.

Por fim, no nível das usuárias do sistema de saúde, recomenda-se a oferta das informações para adesão às estratégias, isto é, envolver a mulher na tomada de decisão.

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

Esta opção demonstrou ter viabilidade, baseada nas propostas que envolvem a inserção das doulas.

Como sugestão, no nível das usuárias é preciso refletir sobre como retomar a privacidade das mulheres dentro dos atendimentos obstétricos.

No nível das trabalhadoras de saúde, apresenta-se a opção de oferecer, nos períodos de estágios nas carreiras de saúde, atividades na função de doula.

Destaca-se que esta opção não deve ter foco único na atuação da doula, a atuação das outras profissionais também devem ser demonstradas.

Para bons resultados relacionados ao oferecimento de apoio contínuo à mulheres no período de parto e nascimento, o modelo de cuidado “um para um” é destacado como estratégia a se considerar. Além disso, as profissionais da enfermagem sofrem com recorrentes desvios de função nos serviços, o que acaba comprometendo muitas vezes a assistência prestada. As obstetrites e enfermeiras obstetras precisam ter papéis desempenhados em ambientes relacionados à obstetrícia.

Por fim, sugere-se a montagem de uma matriz de competência de cada profissional envolvido, com o intuito de valorizar seu trabalho.

Opção 4 – Ampliar o acesso a centros de parto normal e casas de parto

Esta opção foi destacada como viável, mas de difícil execução, já que requer recurso financeiro e vontade política, além de enfrentar a barreira da resistência da corporação médica para sua implementação.

É preciso retomar a participação das usuárias para fortalecer a estratégia e a própria adesão à opção.

No nível dos sistemas de saúde, trabalhar na prevenção da hostilidade profissional, preparando-os para receber transferências de usuárias provenientes de unidades de menor complexidade.

Para ampliar a eficiência dos serviços envolvidos nesta opção, sugere-se colocar as políticas públicas em prática, utilizando os equipamentos existentes no SUS e os órgãos de fiscalização, como a ANVISA, para fiscalizar as atividades, de acordo com o preconizado pelas políticas e programas.

Incluir também estudos que avaliam a satisfação das mulheres atendidas nos diversos ambientes de nascimento e incorporar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento nas estratégias de implementação.

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

Nesta opção foram identificadas barreiras relacionadas às questões de judicialização em saúde, uma vez que existe uma menor probabilidade do profissional e o serviço serem processados se ocorrer algum problema na cesárea do que no parto normal.

Sugere-se o oferecimento de cursos para profissionais atenderem VBAC com maior segurança na prática, bem como para evitar a primeira cesárea nos serviços de saúde.

Para que o VBAC seja uma escolha consciente da mulher, é necessário que a temática seja discutida desde o pré-natal, pois apenas assim ela terá tempo de entender e refletir sobre essa alternativa.

RESUMO DA AVALIAÇÃO DO DIÁLOGO DELIBERATIVO

A Avaliação do diálogo deliberativo foi realizada por 11 dos 13 participantes (84,6%) e 2 das 10 ouvintes (20%).

Após análise das avaliações entregues, verificou-se que 100% dos respondentes consideraram que as informações apresentadas foram suficientemente esclarecedoras, bem como que todos os participantes tiveram liberdade de expressão e participação. Em relação ao tempo disponível para a realização do diálogo, 81,8% consideraram que ele foi adequado, 9,1% apontaram a duração como mais ou menos suficiente e 9,1% preferiram não responder. Do total, 90,9% responderam que o diálogo trouxe subsídios importantes para a implementação de programas/políticas de saúde e 9,1% deixaram essa questão sem resposta. Sobre a representatividade das partes interessadas no diálogo, 45,5% responderam que os convidados contemplavam os grupos interessados e 54,5% que havia mais ou menos representatividade na escolha dos participantes. Foram citadas como partes que poderiam compor a discussão as doulas, parteiras tradicionais, representantes do movimento social, usuárias dos serviços de saúde, em especial mulheres em situação de maior vulnerabilidade, representante da Federação Nacional de Doulas (FENADOULA), pesquisadores da área de ciências sociais/antropologia, mulheres negras, uma vez que elas são as maiores vítimas de violência obstétrica, representantes do movimento de saúde, bem como de maternidades privadas, operadoras de saúde e representante do Ministério Público.

As duas ouvintes que responderam a avaliação consideraram que as informações apresentadas foram suficientemente esclarecedoras, bem como que todos os participantes tiveram liberdade de se manifestar. Uma ouvinte relatou que o tempo do diálogo foi suficiente e a outra considerou que ele foi mais ou menos adequado. As duas ouvintes consideraram que o diálogo trouxe subsídios importantes para a implementação de programas/políticas de saúde e nenhuma delas achou que os convidados representavam todas as partes interessadas no problema. Como sugestão de convidados, foram citados representantes de mulheres indígenas, migrantes e ciganas, mulheres negras, representante do CRM, supervisores de Centros Obstétricos e Centros de Parto Normal e da Atenção Básica.

Como comentários e considerações acerca do Diálogo Deliberativo, muitos agradeceram a oportunidade de participação, bem como de compartilhamento de informações, intenções e projetos. Uma participante solicitou que a versão final da síntese fosse enviada para apreciação final dos participantes e outra levantou uma reflexão sobre como poderíamos aproveitar a experiência do diálogo para criar mecanismos de apropriação permanente do movimento social de espaços de discussão e construção de políticas de

saúde.

NOTA DAS ORGANIZADORAS

Para este Diálogo também foram convidados representantes do Conselho Regional de Medicina (CRM), Áreas técnicas de Saúde da Mulher da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde, representante do UNICEF-Brasil e uma doula, que não responderam ao convite ou não puderam comparecer.

RESUMO DA AVALIAÇÃO DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE

Todos os participantes do Diálogo Deliberativo receberam um formulário para avaliar a síntese elaborada e discutida no diálogo, que ainda não havia sido avaliada por um revisor externo. A seguir são apresentados os resultados das avaliações preenchidas por oito deles.

Seção A – Visão sobre como a síntese foi produzida e desenvolvida

1. A síntese descreveu o contexto da temática? 71,4% dos participantes consideraram muito útil a descrição do contexto da temática da síntese e 28,6% a consideraram moderadamente útil.

Sugeriram incluir os seguintes tópicos na descrição do contexto da síntese:

- políticas de saúde não mencionadas;
- aprofundar os benefícios do parto normal e as consequências das cesáreas;
- incluir as conveniências relativas aos profissionais e serviços que incidem sobre o aumento das taxas de cesarianas;
- resgatar que o problema das altas taxas de cesáreas é identificado há décadas e sem sucesso nas ações para controlá-lo;
- caracterizar as taxas de cesárea segundo serviços públicos e privados;
- pautar que o modelo de assistência centrado na figura médica está relacionado às altas taxas, informando que a inserção de enfermeiras obstetras e obstetrizas na assistência é uma alternativa ao modelo hegemônico;
- destacar a importância das boas práticas da assistência ao parto.

2. A síntese descreveu diferentes características do problema, incluindo (quando possível) como grupos específicos são afetados? 71,4% dos participantes avaliaram a descrição como moderadamente útil e 28,6% como muito útil.

Sugeriram incluir as seguintes discussões na descrição do problema:

- como a violência obstétrica torna a oferta da cesárea atrativa e potencialmente menos insegura física e emocionalmente;
- discutir o excesso de intervenções médicas e suas repercussões no aumento das cesáreas;

- demonstrar a importância da experiência do parto e as ações de movimentos sociais como, por exemplo, a Rede Parto do Princípio;
- abordar aspectos da assistência pré-natal e do modelo de organização dos serviços como fatores de risco para o aumento das taxas de cesárea;
- incluir que condições socioculturais podem ser determinantes para os desfechos do parto;
- abordar as altas taxas do procedimento na rede privada e diferenciar do sistema público de saúde.

3. A síntese descreveu até cinco opções de enfrentamento do problema? 62,5% dos participantes consideraram muito útil a descrição das cinco opções e 32,5% moderadamente útil.

Sugeriram reorganizar a ordem das opções da seguinte maneira:

- Opção 1. “Incentivar o uso de intervenções combinadas em serviços e sistemas de saúde.”. No texto prévio ao Quadro, comentar a situação da rede privada com as taxas relativas e a pouca efetividade das ações para sua redução.
- Opção 2. “Ampliar a inserção das enfermeiras obstetras/obstetrizes e apoio contínuo às mulheres durante o trabalho de parto e parto.”. Sugeriu-se a revisão sistemática de Sandall e colaboradores (2016).
- Opção 3. “Ampliar o acesso a centros de parto normal e casas de parto.”
- Opção 4. “Implementar estratégias de apoio ao parto vaginal após cesárea prévia (VBAC - *Vaginal Birth After Cesarean*).”
- Opção 5. “Promover a continuidade do cuidado pré-natal, consultas em grupos, programas de preparação para o parto e atividade física.”. Esta deve ser a última opção, considerada a menos efetiva.

Sugeriram também:

- pautar a inserção de enfermeiras obstetras/obstetrizes como opção para o enfrentamento do problema;
- aprofundar mais as opções;
- incluir as boas práticas de atenção ao parto e nascimento para além do apoio contínuo, pontuando seus benefícios em promover o parto vaginal;
- a continuidade do cuidado pode acarretar em “fidelização cirúrgica”, segundo a lógica de uma mesma profissional atender o pré-natal e depois atender o parto;
- enfatizar a importância da mudança de modelo.

4. Baseado em evidências de pesquisas sintetizadas, essa síntese descreveu o que é conhecido e desconhecido sobre cada uma das cinco opções de enfrentamento do problema? 32,5% dos participantes opinaram que é muito útil essa descrição e 62,6% moderadamente útil.

Sugeriram:

- as opções se mostram viáveis e efetivas sem prejuízos à saúde;
- falta uma opção sobre obstetrizes e enfermeiras obstetras, segundo as experiências nacionais e internacionais

- apontar de forma explícita sobre como as pesquisas podem avançar nesse sentido, apontar as lacunas de evidências;
- descrever mais sobre a atuação da obstetriz.

5. A síntese descreveu considerações-chave da implantação das opções? 50% dos participantes avaliaram a descrição como muito útil e 50% como moderadamente útil.

Sugeriram:

- discriminar a importância da atuação de gestores da Agência Nacional de Saúde, maternidades, Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde nesse processo e pactuar metas;
- situações como a judicialização da medicina, políticas públicas relativas ao modelo de assistência, organização da assistência pré-natal, insuficiência de enfermeiras obstetras/obstetrizes e a resistência da categoria médica deveriam ser consideradas como barreiras à implementação das opções;
- aprofundar a discussão sobre as barreiras e possibilidades de implementação das opções;
- entre as barreiras estão as reservas de mercado e a lucratividade maior do modelo de cesárea universal.

6. A síntese empregou métodos sistemáticos e transparentes para identificar, selecionar e avaliar evidências de pesquisas sintetizadas? 87,4% dos participantes acharam muito útil essa abordagem e 12,5 % moderadamente útil.

Sugeriram:

- considerar nas análises das revisões sistemáticas, as análises de subgrupo e também os estudos individualizados das revisões, em busca de respostas mais específicas sobre o tema;
- incorporar o estudo recente de Boerma e colaboradores (2018).

7. A síntese considerou a qualidade na discussão sobre as evidências de pesquisa? 85,7% dos participantes avaliaram como muito útil e 14,3 % moderadamente útil.

Comentaram: Uma participante avaliou que não ficou claro como a qualidade da evidência influenciou a abordagem do tema. Fora este comentário, não houve sugestões.

8. A síntese considerou a aplicabilidade local na discussão sobre as evidências de pesquisa? 43,0 % dos participantes avaliaram como muito útil essas considerações, 43,0% moderadamente útil e 14,0 % como levemente útil.

Comentaram: que a síntese é útil para a aplicação das ações da gestão municipal, que vem trabalhando essas questões, e que a abordagem pode ser melhorada.

Sugeriram: considerar o envolvimento do controle social na implementação da Opção 2, incluir reflexões sobre como as boas práticas podem ser incorporadas.

9. A síntese considerou a equidade na discussão sobre as evidências de pesquisa?

85,7% dos participantes acharam essa abordagem muito útil e 14,3 % levemente útil.

Sugeriram: incluir mais artigos sobre as questões de equidade.

10. A síntese não apresentou recomendações específicas? 43,0 % dos participantes avaliaram como muito útil, 28,5 % moderadamente útil e 28,5 % levemente útil.

Sugeriram: incluir recomendações para fortalecer as opções e diminuir as barreiras.

11. A síntese empregou um formato de entrada gradual (ex.: uma lista de mensagens-chave e um relatório completo das evidências identificadas)? 87,5% dos participantes avaliaram como muito útil o modo de entrada gradual e 12,5% moderadamente útil.

Sugeriram: incluir aspectos que indiquem qual opção é mais vantajosa, apontar sugestões específicas.

12. A síntese incluiu uma lista de referências para aqueles interessados em ler mais sobre uma revisão sistemática ou outro estudo específico? 100% dos participantes consideraram a lista muito útil.

Sugeriram: incluir evidências sobre os efeitos protetores do parto vaginal, apontar prioridades de intervenções, uma descrição detalhada dos critérios de exclusão e inclusão e elegibilidade utilizados e mais termos e descritores.

Seção B – Avaliação global da síntese

14. A proposta da síntese foi apresentar as evidências de pesquisas disponíveis sobre um problema político de alta prioridade, a fim de informar um diálogo político onde as evidências seriam apenas um elemento para a discussão? 50,0% dos participantes avaliaram que a síntese alcançou plenamente seu propósito e 50,0% consideraram que alcançou moderadamente.

Sugeriram:

- incorporar no texto os termos já empregados nas diretrizes;
- aprofundar a mudança no modelo de assistência obstétrica centrado no médico;
- incluir taxas de cesárea na rede privada em comparação com a rede pública;
- a tentativa de deixar o documento imparcial e objetivo o tornou superficial;
- aprofundar as questões determinantes das altas taxas de cesárea.

Seção C – Visões sobre o que pode ser feito melhor ou diferentemente

15. Refletindo sobre sua leitura da síntese, cite pelo menos um elemento de como a síntese foi produzida e delineada que possa ser mantido em futuras sínteses. Foram citados:

- o formato de apresentação do tema;
- as considerações sobre equidade;
- as considerações sobre implementação;
- as opções;
- a metodologia, especialmente a metodologia de busca de evidências.

16. Refletindo sobre sua leitura da síntese, cite elementos de como a síntese foi produzida e delineada que possam ser modificados nas futuras sínteses. Foram citados:

- inclusão da análise e avaliação de estudos individuais constantes das revisões sistemáticas;
- inclusão de estudos que reflitam a realidade brasileira;
- lacunas de evidências;
- não ficou claro como as opções foram selecionadas;
- apontar como as opções 2, 3 e 4 se relacionam na formação de um modelo de atuação.

17. Refletindo sobre o que você aprendeu com a leitura da síntese, cite pelo menos uma ação importante que formuladores de política, interessados e/ou afetados e/ou pesquisadores podem fazer melhor ou diferentemente para abordar a questão política em destaque. Foram citadas:

- a Opção 1 pode ser estabelecida pelas partes interessadas como uma missão coletiva; sensibilizar as pessoas envolvidas na implementação e aprimorar a comunicação entre elas;
- investigar com profundidade as relações de poder que compõem o quadro, com as particularidades do contexto brasileiro;
- avaliar os reais impactos das políticas implementadas no Brasil;
- criar condições para promover a continuidade do cuidado pré-natal, consultas em grupo, programas de preparação para o parto e atividade física na atenção primária à saúde;
- investir na ampliação do acesso a centros de parto normal e casas de parto;
- avaliar as evidências disponíveis e destacar as lacunas de conhecimento nessa área.

18. Refletindo sobre o que você aprendeu com a leitura da síntese, cite pelo menos uma ação importante que você pessoalmente pode fazer melhor ou diferentemente para abordar a questão política em destaque. Foram citadas:

- promover o pré-natal em grupo e atividade física na gestação;
- realizar novas pesquisas nacionais para suprir as lacunas relacionadas às práticas e cuidados;
- realizar pesquisas de vantagens e desvantagens dos modelos;
- promover e incentivar a participação de usuárias em instâncias de tensionamento do contexto;
- promover a reunião de atores estratégicos para legitimar ações relacionadas;
- promover trabalho conjunto entre atenção básica e maternidade para garantir a continuidade do cuidado, desde o preparo para o parto até o pós-parto.

Seção D – Função e experiência

Entre os 8 participantes que responderam ao formulário de avaliação, 2 se declararam membros de organismo da sociedade civil, e os outros nas seguintes categorias funcionais: formulador de políticas públicas, pesquisadora universitária, membro de associação ou grupos de profissionais de saúde, representante de outras partes/grupos interessados, gestor de instituição/serviço de saúde, gestor em organização governamental.

A média de tempo de trabalho é de 17,4 anos. Sobre a experiência como pesquisador(a) 50% não têm experiência, 25% têm ampla experiência e 25% não responderam. Do geral, 50% dos participantes não têm experiência como gestor(a) ou formulador(a) de políticas, 37,5% têm ampla experiência e 12,5% não responderam.

REFERÊNCIAS

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

GAUVIN FP, LAVIS JN. Dialogue Summary: Strengthening National Health Systems' Capacity to Respond to Future Global Pandemics. Hamilton, Canada: **McMaster Health Forum**, 4 November 2013. Disponível em: < <https://bit.ly/2Ve41ma> > . Acessado em: 11 abril de 2017.

HODNETT ED et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 7, 2013. Disponível em: < <https://bit.ly/2QXEr6H> > . Acessado em 12 de dezembro de 2018.

LAVIS JN et al. Organizar e utilizar os diálogos da política para apoiar a política de saúde baseadas em evidências. 2009. Disponível em: < <https://bit.ly/2LBJ119> > . Acessado em 12 de dezembro de 2018.

SANDALL J et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 4, 2016. Disponível em: < <https://bit.ly/2CDCa7J> > . Acessado em 12 de dezembro de 2018.

TOMA TS et al. Síntese de evidências para políticas de saúde. In: Toma TS, et al (org.). Avaliação de tecnologias à saúde e políticas informadas por evidências. São Paulo, **Instituto de Saúde** (Temas em Saúde Coletiva 22), 2017. p 373-386. Disponível em: < <https://bit.ly/2RmhI3r> > . Acessado em 12 de dezembro de 2018.