

PERFIL CLÍNICO E PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM PARTURIENTES ATENDIDAS EM HOSPITAL TERCIÁRIO NO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL

Gabriela da Silva Garcia Faller¹, Natália Lenz Follmann², Igor de Oliveira Ferreira², Liengred Barbosa Cardoso¹, Michele Shaiane Zanotelli³, Juliana Koakovski Acosta⁴, André Anjos da Silva¹, Gabriela Lasté¹

Resumo: Introdução: Apesar dos avanços na assistência obstétrica, o Brasil ainda apresenta elevadas taxas de cesarianas e adesão limitada às práticas baseadas em evidências e ao parto humanizado. Este estudo objetivou caracterizar o perfil clínico de parturientes e avaliar a adesão às práticas obstétricas em um hospital terciário do sul do Brasil. Métodos: Estudo quantitativo, transversal, retrospectivo e descritivo, com análise de 1.485 prontuários de mulheres atendidas pelo SUS entre 2019 e 2021, incluindo variáveis sociodemográficas, obstétricas e assistenciais. Resultados: A maioria das parturientes era de baixo risco (80%), com média de 28,1 anos. A taxa de cesarianas foi de 52,1%. Entre as práticas intervencionistas, destacaram-se uso de ocitocina (32,4%), misoprostol (14,5%), amniotomia (15,6%) e episiotomia (11,4%). Observou-se presença de acompanhante (96,4%), uso de métodos não farmacológicos para dor (50,8%), contato pele a pele (65,8%) e amamentação na primeira hora (64,6%). Conclusão: Os resultados indicam adesão parcial às recomendações assistenciais, com persistência de práticas intervencionistas, reforçando a necessidade de qualificação profissional e fortalecimento do cuidado humanizado.

Palavras-chave: assistência ao parto; cesariana; parto humanizado; práticas obstétricas; Organização Mundial da Saúde.

1 Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade do Vale do Taquari – Univates, Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil.

2 Faculdade de Medicina, Universidade do Vale do Taquari – Univates, Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil.

3 Enfermeira.

4 Curso de Biomedicina, Universidade do Vale do Taquari – Univates, Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil.

CLINICAL PROFILE AND OBSTETRIC CARE PRACTICES AMONG PARTURIENTS IN A TERTIARY HOSPITAL IN RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL

Abstract: Introduction: Despite significant advances in obstetric care, Brazil continues to experience a disproportionately high rate of caesarean deliveries and limited adherence to evidence-based, humanised childbirth practices. This study aimed to characterize the clinical profile of parturients and evaluate the adherence to both recommended and non-recommended obstetric practices in a tertiary hospital in southern Brazil. Methods: A quantitative, cross-sectional, retrospective, and descriptive study was conducted based on the analysis of 1,485 medical records of women receiving care through the Brazilian Unified Health System (SUS) between 2019 and 2021. Sociodemographic, obstetric, and care-related data were examined using descriptive statistics. Results: Most parturients were classified as low-risk (80%) and self-identified as White (80.9%), with a mean age of 28.1 years. The overall caesarean section rate was 52.1%. Interventionist practices included oxytocin infusion (32.4%), misoprostol administration (14.5%), amniotomy (15.6%), and episiotomy (11.4%). Adherence to recommended practices varied: the presence of a companion during labour (96.4%), use of non-pharmacological pain relief methods (50.8%), skin-to-skin contact (65.8%), and breastfeeding initiation within the first hour postpartum (64.6%). The most common indications for caesarean delivery were previous caesarean section (8.7%), maternal request (7.7%), and cephalopelvic disproportion (3.1%). Conclusion: The findings indicate partial compliance with World Health Organization recommendations, underscoring persistent interventionist patterns and cultural barriers to physiological childbirth. Enhancing professional training, strengthening prenatal education, and promoting institutional support for humanised care practices may reduce unnecessary caesarean sections and improve maternal and neonatal outcomes.

Keywords: childbirth care; caesarean section; humanised birth; Obstetric practices; World Health Organization.

INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços na assistência materna, as práticas relacionadas ao parto ainda estão distantes do modelo recomendado por autoridades internacionais de saúde. A autonomia das mulheres durante o trabalho de parto é frequentemente negligenciada e práticas sem evidência científica (ou não recomendadas) continuam prevalentes na assistência materna e neonatal (Ministério; Saúde, 2021). Essas discrepâncias entre as práticas recomendadas e as rotineiramente implementadas persistem especialmente em países em desenvolvimento. Essa lacuna afeta não apenas os desfechos maternos e neonatais, mas também a satisfação geral e a experiência emocional do parto para as mulheres (Morar *et al.*, 2025).

Em todo o mundo, a taxa de partos por cesariana (CS) aumentou substancialmente nas últimas décadas, ultrapassando 21% e com projeção de atingir 29% até 2030 (World Health Organization, 2021). Estudos realizados em diferentes continentes, incluindo América Latina, Ásia e Europa,

têm demonstrado consistentemente o uso excessivo de partos cirúrgicos, frequentemente influenciado por fatores não clínicos, como solicitação materna, protocolos institucionais e preferência do profissional de saúde (Betran *et al.*, 2021; Mehreen Zaigham *et al.*, 2024).

O Brasil exemplifica esse fenômeno, pois apresenta algumas das mais altas taxas de cesariana do mundo, especialmente nos sistemas privados de saúde, onde podem chegar a até 85% (Oliveira *et al.*, 2022). A persistência desses níveis elevados de intervenção ressalta o desafio contínuo de alinhar as práticas obstétricas aos padrões internacionais, que recomendam o uso desses procedimentos apenas quando há indicação clínica (World Health Organization, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) não recomenda mais uma taxa-alvo específica; em vez disso, enfatiza a importância de garantir que os partos cirúrgicos sejam realizados apenas por razões médicas válidas e que o foco esteja na qualidade e na segurança do cuidado (World Health Organization, 2021).

Com objetivo de melhorar esse cenário, surgiram propostas que defendem a reorganização das diretrizes de atenção materna e ao parto. As diretrizes da OMS, *"Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience"* (Cuidados intraparto para uma experiência positiva de parto), recomendam a minimização de intervenções desnecessárias, o apoio ao trabalho de parto fisiológico e o incentivo a práticas que promovam o bem-estar, como o suporte contínuo, o contato pele a pele imediato e o início precoce da amamentação (World Health Organization, 2021). No entanto, apesar dessas recomendações, a adesão nos cenários clínicos ainda é inconsistente, sugerindo a existência de barreiras institucionais, culturais e educacionais para sua plena implementação (Velebil *et al.*, 2025; World Health Organization, 2018).

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo identificar e discutir as características clínicas das parturientes e as práticas obstétricas em uma instituição hospitalar no sul do Brasil. Esta pesquisa também busca identificar barreiras que possam dificultar a redução de cesarianas desnecessárias, bem como avaliar a adesão às práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o cuidado intraparto (Tilden *et al.*, 2020). Este trabalho pretende fornecer evidências e subsidiar estratégias que apoiem a promoção de práticas obstétricas seguras, humanizadas e baseadas em evidências em ambientes institucionais.

MÉTODOS

Estudo documental, quantitativo, transversal, retrospectivo e descritivo, baseado na análise de prontuários de gestantes em trabalho de parto submetidas a parto vaginal ou cesariana. Todas foram atendidas pelo Sistema Único de

Saúde (SUS) e receberam assistência no Centro Obstétrico (CO) em um hospital terciário localizado no estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

A população do estudo foi composta por prontuários de gestantes admitidas no CO entre 2019 e 2021. Os critérios de inclusão contemplaram usuárias do SUS cujos prontuários estavam disponíveis no banco de dados eletrônico da instituição. Foram excluídos os prontuários com dados incompletos que impossibilitaram as análises propostas. O período selecionado permitiu avaliar as práticas assistenciais após a publicação da atualização de 2018 das recomendações da OMS para o cuidado intraparto (Tilden *et al.*, 2020), bem como verificar se essas diretrizes estavam sendo efetivamente seguidas.

Um total de 1.485 prontuários de parturientes foi obtido por meio do sistema eletrônico de prontuários Tasy®, utilizado no CO. Os dados foram coletados por meio de um instrumento estruturado de coleta de dados e incluíram as seguintes variáveis: número de gestações, dilatação cervical, via de parto, complicações intraparto e pós-parto, solicitação materna de cesariana, estado das membranas, classificação do risco gestacional (baixo ou alto risco), preferência de via de parto expressa, amniotomia, uso de ocitocina ou misoprostol, episiotomia, episiorrafia, indicação de cesariana, medidas não farmacológicas para alívio da dor, exercícios durante o trabalho de parto, hidroterapia, aromaterapia, massagem, iluminação reduzida, musicoterapia, liberdade de movimentação, presença de acompanhante de escolha, contato pele a pele e amamentação na primeira hora após o nascimento.

Todos os dados coletados foram armazenados em uma planilha protegida por senha, acessível apenas ao pesquisador principal, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos profissionais de saúde, das pacientes e da instituição hospitalar.

A estatística descritiva foi utilizada para caracterizar as variáveis do estudo, com os resultados apresentados em frequências absolutas e relativas. Todas as análises foram realizadas utilizando o software estatístico Jamovi (versão 2.3.21).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade do Vale do Taquari (Univates), sob o número de protocolo CAAE: 61171322.5.0000.5310, parecer nº 5.601.075.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Os dados sociodemográficos demonstraram que 80,9% das parturientes incluídas no estudo se autodeclararam brancas. A média de idade materna foi de 28,1 anos, variando de 18 a 46 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das parturientes, 2019–2021 (n = 1485)

Características	n (%)
ETNIA	
Branco	1200 (80,9%)
Negro	141 (9,6%)
Indígena	3 (0,2%)
Asiático	1 (0,1%)
Parto	138 (9,3%)
IDADE	
Média de idade (anos)	28,1

Variáveis obstétricas

Entre as participantes, 38,7% eram primigestas. No momento da admissão, a maioria das mulheres apresentava contrações uterinas (69,8%). Em relação à condição das membranas amnióticas, 48% estavam íntegras e 52,1% encontravam-se rotas no momento da admissão. A maioria das gestações foi classificada como de baixo risco (80%) (Tabela 2). A adesão ao pré-natal foi elevada (95%), com no mínimo seis consultas, chegando ao máximo de dezessete atendimentos registrados nas cadernetas de saúde da gestante presentes nos prontuários analisados.

Tabela 2 – Características obstétricas das parturientes, 2019–2021 (n = 1485)

Características	n (%)
PRIMIGESTA	
Não	909 (61,3%)
Sim	574 (38,7%)
DINÂMICAS UTERINAS	
Presente	1,027 (69,8%)
Ausente	444 (30,2%)
DILATAÇÃO	
Sem dilatação	636 (44,6%)
1–3 cm	292 (20,5%)
4–6 cm	268 (18,8%)
7–10 cm	230 (16,1%)
INTEGRIDADE DA MEMBRANA	
Membranas rompidas	769 (52,1%)
Membranas intactas	109 (48%)
PERDA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO	
Não	1,016 (68,7%)
Sim	462 (31,2%)

Características	n (%)
APARÊNCIA DO LÍQUIDO AMNIÓTICO	
Ausente	1,023 (70,3%)
Claro	318 (21,9%)
Com presença de mecônio	42 (2,8%)
Claro com partículas	12 (0,8%)
Sangrento	55 (3,8%)
Outros	6 (0,4%)
CLASSIFICAÇÃO DA GESTAÇÃO	
Risco habitual	1,188 (80%)
Alto risco	297 (20%)

Variáveis relacionadas ao parto

Em relação aos desfechos do parto, 97,6% das parturientes não apresentaram complicações durante o nascimento, enquanto 2,5% apresentaram algum tipo de complicação. Entre as práticas intervencionistas, a amniotomia foi realizada em 5,6% dos casos e a episiotomia em 11,4%. A infusão de ocitocina para indução do trabalho de parto foi administrada a 32,4% das mulheres, enquanto o misoprostol foi utilizado em 14,5% dos casos. As complicações intraparto mais frequentemente relatadas foram bradicardia fetal, taquicardia, sofrimento fetal e hipotonia ou cianose do recém-nascido (Tabela 3).

As principais indicações para a realização de cesariana foram histórico de cesariana prévia (8,7%), solicitação materna (7,7%) e desproporção cefalopélvica (3,1%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Características da assistência intraparto e da cesariana entre parturientes, 2019–2021 (n = 1485)

Características	n (%)
DESEJO MATERNO POR PARTO NORMAL	
Não	884 (60,1%)
Sim	587 (39,9%)
SOLICITAÇÃO MATERNA DE CESARIANA	
Não	1,333 (90%)
Sim	148 (10%)
LÍQUIDO AMNIÓTICO	
Não	1,253 (84,4%)
Sim	232 (15,6%)
USO DE OCITOCINA	
Não	1,004 (67,6%)
Sim	481 (32,4%)

Características	n (%)
USO DE MISOPROSTOL	
Não	1,270 (85,5%)
Sim	215 (14,5%)
EPISIOTOMIA	
Não	1,315 (88,6%)
Sim	170 (11,4%)
EPISIORRAFIA	
Não	1,212 (81,6%)
Sim	273 (18,4%)
VIA DE PARTO	
Normal	712 (47,9%)
Cesariana	773 (52,1%)
INDICAÇÃO PARA CESÁREA	
Cesaria anterior	129 (8,7%)
Pedido da mãe	114 (7,7%)
Desproporção cefalopélvica	47 (3,1%)
Apresentação pélvica	27 (1,8%)
Bradycardia/taquicardia fetal	27 (1,8%)
Parada da progressão do trabalho de parto	24 (1,6%)
Estado fetal não tranquilizador	22 (1,5%)
Dor maternaL	19 (1,3%)
Líquido amniótico meconial	15 (1,0%)
Diabetes gestacional	13 (0,9%)
Outros	336 (22,6%)
Não aplicável (parto vaginal)	712 (48%)
COMPLICAÇÕES NEONATAIS	
Não teve	1,449 (97,6%)
Bradycardia/taquicardia fetal	4 (0,3%)
Recém-nascido hipotônico ou cianótico	4 (0,3%)
Sofrimento fetal	3 (0,2%)
Outros	25 (1,6%)

Adesão às recomendações da OMS para o parto humanizado

Práticas de cuidado humanizado estiveram presentes em diferentes proporções. A realização de exercícios maternos durante o trabalho de parto foi observada em 47,4% dos casos, enquanto 50,8% das parturientes receberam medidas não farmacológicas para alívio da dor. A oferta de alimentação durante o trabalho de parto foi relatada em 31,6% dos casos, e a presença de acompanhante de escolha da mulher foi registrada em 96,4% dos partos. O contato pele a pele imediato foi realizado em 65,8% dos nascimentos, e a amamentação foi iniciada na primeira hora de vida em 64,6% dos casos.

Nos casos em que o contato pele a pele ou a amamentação precoce não ocorreram, os principais motivos foram a realização de cesariana (90%) e complicações neonatais (5,1%), conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Adesão às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o cuidado humanizado e baseado em evidências no parto, 2019–2021 (n = 1485)

Prática do Cuidado	n (%)
USO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR	
Não	730 (49,2%)
Sim	755 (50,8%)
EXERCÍCIOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO	
Não	781 (52,6%)
Sim	704 (47,4%)
HIDROTERAPIA	
Não	951 (64%)
Sim	534 (36%)
MASSAGEM	
Não	1,272 (85,7%)
Sim	213 (14,3%)
AROMATERAPIA	
Não	1,483 (99,9%)
Sim	2 (0,1%)
ILUMINAÇÃO REDUZIDA (PENUMBRA)	
Não	1,067 (71,9%)
Sim	418 (28,1%)
TERAPIA MUSICAL	
Não	1,094 (73,7%)
Sim	391 (26,3%)
LIBERDADE DE MOVIMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO	
Não	878 (59,1%)
Sim	607 (40,9%)
INGESTÃO ORAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO (OFERTA DE ALIMENTOS)	
Não	1,016 (68,4%)
Sim	469 (31,6%)
PRESENÇA DE ACOMPANHANTE DE ESCOLHA	
Não	54 (3,6%)
Sim	1,428 (96,4%)
CONTATO PELE-PELE	
No	508 (34,2%)
Yes	977 (65,8%)

Prática do Cuidado	n (%)
AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA	
Não	525 (35,4%)
Sim	960 (64,6%)

DISCUSSÃO

Este estudo evidencia a presença simultânea de práticas de parto humanizado e intervencionistas, refletindo uma fase de transição na assistência obstétrica brasileira. Apesar do predomínio de gestações de baixo risco (80%), nossos achados demonstram uma elevada taxa de cesariana (52,1%), acompanhada do uso frequente de intervenções como episiotomia, administração de ocitocina e amniotomia. Esses resultados refletem a persistência de um modelo assistencial ainda fortemente influenciado por rotinas institucionais, normas socioculturais e práticas profissionais que privilegiam a intervenção tecnológica em detrimento do curso fisiológico do trabalho de parto (Jacques *et al.*, 2024).

Uma proporção significativa das mulheres deste estudo foi admitida durante a fase latente do trabalho de parto, frequentemente com dilatação cervical entre 1 e 3 cm. A hospitalização precoce tem sido consistentemente associada ao aumento de intervenções médicas, incluindo prolongamento do trabalho de parto, maior uso de ocitocina, maiores taxas de analgesia epidural e maior probabilidade de parto cesáreo (Pinto *et al.*, 2020; Lopes *et al.*, 2021). No presente estudo, o predomínio de admissões precoces sugere um desalinhamento entre diretrizes baseadas em evidências e a prática clínica rotineira, na qual as decisões de admissão são frequentemente influenciadas pela ansiedade, por protocolos institucionais ou pela disponibilidade da equipe, em vez de critérios objetivos.

Achados semelhantes foram descritos por Silva e Coelho (Monteiro; Voget; Luciana Bertoldi Nucci, 2023) em maternidades brasileiras, demonstrando que a admissão prematura pode levar à aceleração desnecessária do trabalho de parto e comprometer a confiança das mulheres em sua própria capacidade de parir. Além disso, pressões externas de acompanhantes ou familiares que frequentemente incentivam desfechos mais rápidos ou a realização de cesariana podem reforçar práticas intervencionistas e contribuir para o efeito cascata que altera o curso natural do trabalho de parto (Sitoe Muhandule *et al.*, 2026).

A elevada taxa de cesarianas observada neste estudo reflete tendências tanto nacionais quanto internacionais. O Brasil permanece entre os países com as maiores taxas de partos cesáreos no mundo, com mais da metade dos nascimentos ocorrendo por via cirúrgica (Mehreen Zaigham *et al.*, 2024). Embora a Organização Mundial da Saúde (2021) não estabeleça mais uma taxa “ideal” de cesarianas, enfatiza que o procedimento deve ser realizado apenas

quando houver justificativa médica. Análises globais sugerem que taxas de cesariana superiores a 15% raramente se traduzem em melhora dos desfechos maternos ou neonatais (Angolile *et al.*, 2023).

A alta taxa identificada nesta instituição, portanto, levanta questionamentos sobre a persistência de fatores sistêmicos e culturais que normalizam a realização de cesarianas. Conforme observado por Zaigham *et al.* (Mehreen Zaigham *et al.*, 2024), em países de renda média, como Brasil e Índia, a prevalência de cesarianas frequentemente reflete tanto a preferência das pacientes quanto à conveniência institucional, mais do que a necessidade clínica. O medo da dor do parto, experiências negativas prévias e percepções sociais que valorizam a cesariana como sendo mais “segura” ou “moderna” continuam exercendo forte influência nesse cenário (Chang *et al.*, 2022).

No presente estudo, as indicações mais frequentes para o parto cirúrgico foram cesariana prévia e solicitação materna. Achados semelhantes foram relatados na Espanha, Índia e Chile, onde cesarianas de repetição são frequentemente realizadas sem considerar a elegibilidade para o parto vaginal após cesariana (VBAC) (Hu *et al.*, 2021). Diretrizes atuais baseadas em evidências destacam que o VBAC é uma opção segura e apropriada para a maioria das mulheres com cesariana prévia não complicada (Armstrong; Hayes; Berger, 2024).

A elaboração e implementação de protocolos institucionais claros que incentivem o VBAC, aliadas ao aconselhamento pré-natal e à educação abrangente sobre o manejo da dor no trabalho de parto, podem reduzir substancialmente o número de cesarianas repetidas desnecessárias. Além disso, a elevada taxa de cesarianas observada durante o período do estudo pode também ter sido influenciada pela pandemia de COVID-19, uma vez que o medo das gestantes em relação à exposição hospitalar e a redução do acesso ao pré-natal estiveram associados ao aumento das taxas de cesarianas eletivas entre 2020 e 2021 (Anne-Marie Fanshawe *et al.*, 2023).

Medidas não farmacológicas e de suporte durante o trabalho de parto foram subutilizadas nesta amostra. Embora aproximadamente metade dos prontuários das parturientes tenha registrado o uso de técnicas como massagem, hidroterapia ou musicoterapia, essas taxas permanecem abaixo do esperado para serviços plenamente alinhados às recomendações da OMS para uma experiência positiva de parto (Tilden *et al.*, 2020).

A eficácia dessas medidas na redução da necessidade de analgesia farmacológica, na diminuição das taxas de intervenção e na melhora da satisfação materna e da sensação de controle durante o trabalho de parto está bem documentada em revisões sistemáticas (Anne-Marie Fanshawe *et al.*, 2023; Nascimento *et al.*, 2022).

A implementação limitada dessas práticas no cenário estudado pode refletir restrições institucionais, incluindo infraestrutura inadequada,

oportunidades insuficientes de capacitação profissional ou sobrecarga de trabalho entre os profissionais envolvidos na assistência ao parto (WHO, 2018). O desenvolvimento profissional contínuo, com foco em estratégias intraparto baseadas em evidências e de baixo custo, pode contribuir para superar essas barreiras e favorecer a adoção de práticas de parto respeitoso e fisiológico em ambientes institucionais (Dhakal *et al.*, 2022).

A liberdade de movimentação e a possibilidade de escolha da posição de parto foram restritas para a maioria das mulheres neste estudo (59,1%), apesar de evidências robustas apontarem a mobilidade como componente essencial do parto humanizado (World Health Organization, 2018). A limitação dos movimentos e a imposição da posição de litotomia não apenas dificultam a progressão fisiológica do trabalho de parto, como também são consideradas formas de violência obstétrica, por infringirem os direitos humanos das mulheres. Permitir que as mulheres escolham suas posições de parto promove maior conforto, amplia o diâmetro pélvico e favorece a descida fetal (Nascimento *et al.*, 2022).

De forma semelhante, apenas 31,6% das parturientes tiveram permissão para ingestão oral de alimentos durante o trabalho de parto, o que contrasta com as recomendações da OMS (2018), que incentivam o consumo de alimentos leves e líquidos por parturientes de baixo risco (Tilden *et al.*, 2020). O jejum durante o trabalho de parto pode resultar em desidratação, cetose e fadiga materna, podendo prolongar o trabalho de parto sem oferecer benefícios significativos em termos de segurança (Zhu *et al.*, 2025).

Os achados relacionados ao contato pele a pele (65,8%) e à amamentação na primeira hora pós-parto (64,6%) demonstram adesão moderada às diretrizes vigentes do Ministério da Saúde brasileiro e da OMS (Alipour *et al.*, 2022; Tilden *et al.*, 2020). Essas práticas são fundamentais para a adaptação neonatal, termorregulação, proteção imunológica precoce e fortalecimento do vínculo (Anne-Marie Fanshawe *et al.*, 2023).

Entretanto, as elevadas taxas institucionais de cesariana provavelmente retardam ou limitam a realização dessas práticas. Evidências internacionais ressaltam que, quando clinicamente viável, o contato pele a pele imediato, mesmo após cesariana, resulta em melhora significativa dos desfechos relacionados à amamentação e maior satisfação materna (Mehreen Zaigham *et al.*, 2024). Dessa forma, políticas institucionais devem priorizar o contato precoce independentemente da via de parto.

CONCLUSÃO

Embora baseado em dados secundários, potencialmente sujeitos a inconsistências, o tamanho amostral expressivo e o período analisado conferem robustez aos achados, oferecendo uma importante linha de base institucional para monitoramento das práticas obstétricas.

Os resultados evidenciam a coexistência de avanços e limitações na assistência obstétrica pública brasileira. Apesar da incorporação parcial de práticas de cuidado humanizado, observa-se a persistência de intervenções frequentes – como cesariana, uso de ocitocina, amniotomia e episiotomia – mesmo em gestações de baixo risco, indicando barreiras institucionais e culturais à adoção plena de práticas baseadas em evidências.

Diante desse cenário, torna-se essencial a implementação de estratégias integradas que incluam capacitação profissional, educação pré-natal, monitoramento contínuo de indicadores e fortalecimento de políticas institucionais voltadas à promoção do parto fisiológico e centrado na mulher.

Estudos futuros, especialmente com abordagens qualitativas e multicêntricas, poderão aprofundar a compreensão das experiências de mulheres e profissionais, bem como das disparidades regionais. O avanço de um cuidado respeitoso e baseado em evidências é fundamental para qualificar a assistência e melhorar os desfechos maternos e neonatais.

REFERENCIAS

ALIPOUR, A. *et al.* A global study of the association of cesarean rate and the role of socioeconomic status in neonatal mortality rate in the current century. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, n. 1, 2022.

ALONSO-COLÓN, M.; PÉREZ-GÓMEZ, B.; RAMIS, R. Determinants of cesarean section rates: a cross-sectional study of 4.9 million deliveries over 10 years. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 312, p. 114527, 2025. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211525008036>. Acesso em: 11 nov. 2025.

ANGOLILE, C. M.; MAX, B. L.; MUSHEMBA, J.; MASHAURI, H. L. Global increased cesarean section rates and public health implications: a call to action. **Health Science Reports**, v. 6, n. 5, e1274, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1002/hsr2.1274>.

ARMSTRONG, S. L.; HAYES, L. S.; BERGER, A. A. Management of labor pain: non-pharmacological and pharmacological interventions for pain control during childbirth. **Current Obstetrics and Gynecology Reports**, v. 13, 2024.

BETRAN, A. P. *et al.* Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Global Health**, v. 6, n. 6, e005671, 2021. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671>. Acesso em: 11 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/noticias/2017/marco/diretrizes-nacionais-de-assistencia-ao-parto-normal>. Acesso em: 11 nov. 2025.

CHANG, C. Y. *et al.* Effects of non-pharmacological coping strategies for reducing labor pain: a systematic review and network meta-analysis. **PLoS One**, v. 17, n. 1, e0261493, 2022.

DHAKAL, P.; CREEDY, D. K.; GAMBLE, J.; NEWNHAM, E.; MCINNES, R. Educational interventions to promote respectful maternity care: a mixed-methods systematic review. **Nurse Education in Practice**, v. 60, p. 103317, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103317>

FANSHAW, A.M. *et al.* The impact of mode of birth, and episiotomy, on postpartum sexual function in the medium- and longer-term: an integrative systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 7, p. 5252, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20075252>.

HU, Y. *et al.* Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for labour pain management: a systematic review and Bayesian network meta-analysis. **Journal of Clinical Nursing**, v. 30, n. 23–24, 2021.

JACQUES, M. *et al.* Consent for interventions during childbirth: a national population-based study. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.15830>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de covid-19**. 2ª edição. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf>.

MONTEIRO, V.; VOGET, V.; NUCCI, L. B. Cesarean section rates according to the Robson classification and its association with adequacy levels of prenatal care: a cross-sectional hospital-based study in Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 1, 2023.

MORAR, A.; DASCAL, M. D.; BLAGA, O. M.; BABA, C. O. Effectiveness and evidence-based practices in maternal care bundles for labour and birth: a systematic review protocol. **BMJ Open**, v. 15, n. 10, e107369, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-107369>.

NASCIMENTO, G. S. *et al.* Obstetric violence: a conceptual analysis in the nursing context. **Aquichan**, v. 22, n. 4, e2248, 2022. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972022000402248&lng=en. Acesso em: 11 nov. 2025. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.8>.

OLIVEIRA, C. F. *et al.* Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 427–439, 2022.

PINTO, K. R. T. F. *et al.* Factors associated with obstetric interventions in public maternity hospitals. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 4, p. 1081–1090, 2020.

SITOE MUHANDULE, C. J.; BENETTI, C. M.; FOGULIN, L. B.; BENTO, S. F.; AMARAL, E. Cesarean delivery on maternal request: the perspective of birth companions. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-026-08990-w>.

TILDEN, E. L. *et al.* The association between longer durations of the latent phase of labor and subsequent perinatal processes and outcomes among midwifery patients. **Birth**, v. 47, n. 4, p. 418–429, 2020.

VELEBIL, P. *et al.* How to influence rising caesarean section rates in Europe? An invited scientific review by European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG). **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 311, p. 113979, 2025. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211525002489>. Acesso em: 11 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acesso em: 11 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO statement on caesarean section rates**: frequently asked questions. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/who-statement-on-caesarean-section-rates-frequently-asked-questions>. Acesso em: 11 nov. 2025.

ZHU, C.; ZHOU, L.; TANG, Y. Oral intake management in laboring women: a scoping review. **Frontiers in Medicine**, v. 12, p. 1690743, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1690743>

ZAIGHAM, M. *et al.* Global disparities in caesarean section rates: why indication-based metrics are needed. **PLOS Global Public Health**, v. 4, n. 2, e0002877, 2024.