

## Os autores respondem

The authors reply

Los autores responden

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO07S114>

*Maria do Carmo Leal,  
Ana Paula Esteves  
Pereira, Rosa Maria  
Soares Madeira  
Domingues, Mariza  
Miranda Theme Filha,  
Marcos Augusto  
Bastos Dias, Marcos  
Nakamura-Pereira,  
Maria Helena Bastos,  
Silvana Granado  
Nogueira da Gama*

### Ampliando o debate

Os autores agradecem aos colegas por aceitaram participar como debatedores deste artigo sobre as intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras classificadas como de risco obstétrico habitual. A contribuição que cada um trouxe enriqueceu a discussão no campo científico da saúde e ampliou o debate, colocando-o no contexto da cultura, da ética e das relações sociais como um todo.

É com grande entusiasmo e motivação que respondemos, selecionando apenas alguns aspectos dos comentários de cada um, dado o espaço disponível nesta seção.

Guilherme Cecatti fez importantes considerações sobre as questões metodológicas do estudo, tendo chamado a atenção para a ausência de informação no artigo sobre o uso de fórceps no Brasil. O tema havia sido suprimido dada a quantidade de desfechos abordados no trabalho, entretanto, sendo um dos objetivos centrais desse texto dar um panorama sobre a atenção ao parto no Brasil em mulheres classificadas como de risco obstétrico habitual, agradecemos ao Cecatti a oportunidade de poder comentar sobre esse tópico. A frequência de uso de fórceps foi muito baixa, de 1,4% para todas as mulheres e de 1,9% para as de risco obstétrico habitual, sendo maior a prevalência na Região Sudeste, nas capitais e usuárias do SUS, bem como nas adolescentes, brancas e primíparas, sem distinção com o grupo de risco obstétrico. Quanto aos aspectos obstétricos, naquelas em que foi utilizado esse instrumental foi muito mais frequente o uso de todas as demais intervenções, notadamente a analgesia peridural, uso de ocitocina, a manobra de Kristeller e a episiotomia, que alcançaram cifras elevadas, de 60%, 56% e 86%, respectivamente. Alguns estudos mostram que é baixa a frequência de uso de fórceps no país, e as principais razões para o abandono quase que completo dessa conduta obstétrica são a deficiência na formação do médico para qualificá-lo na atenção ao parto vaginal operatório, bem como a preocupação com processos judiciais<sup>1,2</sup>. Na nossa pesquisa, não temos como avaliar a adequação da utilização do

fórceps e, portanto, ficamos impossibilitados de afirmar se a baixa taxa de utilização é um fator positivo, ainda mais quando tal prática se associa à elevada prevalência da manobra de Kristeller e de maiores taxas de morbidade grave e *near miss* materno<sup>3</sup>.

Outro ponto destacado por Cecatti foi a decisão dos autores de incluir mulheres com cesariana prévia no grupo de mulheres classificadas como de risco obstétrico habitual. É correto pensar que essas mulheres podem estar submetidas a maiores riscos durante o trabalho de parto e parto do que aquelas sem experiência de cesariana anterior, contudo, não considerar uma cesariana prévia como critério para excluí-las do grupo de mulheres classificadas como de risco obstétrico habitual nos pareceu acertado porque: (a) nesse grupo, a proporção de cesariana anterior foi a mesma do grupo de risco obstétrico, 20%, ou seja, com relação a esse aspecto, os dois grupos não diferiam; (b) as evidências científicas mostram experiências exitosas na realização de parto vaginal após cesariana<sup>4</sup>. Os principais protocolos internacionais, dentre eles o do Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras<sup>5</sup>, apontam para a importância de oferecer uma prova de trabalho de parto para mulheres com cesariana anterior como uma estratégia para reduzir as taxas de repetição dessa cirurgia. No Brasil, onde as taxas de cesariana são as mais elevadas do mundo, é fundamental que essa estratégia esteja presente na rotina das maternidades. Em nosso estudo, mais de 80% das mulheres classificadas como de risco obstétrico habitual com cesariana prévia foram submetidas a outra cesariana e, 88% delas foram realizadas sem que a gestante entrasse em trabalho de parto. A excessiva prática de cesariana nesse grupo projeta um cenário preocupante no país, dada a tendência crescente dessa cirurgia em primíparas.

Quanto à utilização da analgesia epidural, concordamos com Cecatti que sua utilização não deve ser classificada como desnecessária, mas o que impressiona no país é a iniquidade na oferta de métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor. O modelo de atenção ao parto e nascimento que não priorize a parturição fisiológica, medicaliza em excesso, aumenta a dor e o medo do parto e, paradoxalmente, usa como alternativa para aliviar o sofrimento da mulher mais medicação.

Em relação à pressão do fundo uterino, não há evidência sobre seu uso ser benéfico. Os riscos potenciais do uso da manobra de Kristeller incluem a ruptura uterina, lesão do esfíncter anal, fraturas em recém-nascidos ou dano cerebral, dentre outros<sup>6</sup>. Infelizmente, não temos como avaliar em que condições e de que forma a

manobra foi feita nas mulheres que participaram desse estudo, no entanto acreditamos que não há suporte para sua utilização em mais de um terço das mulheres classificadas como de risco obstétrico habitual, conforme identificado. Num cenário de tantas intervenções e violências institucionais, a manobra de Kristeller deve ser apontada como uma prática desnecessária, até que evidências robustas de efetividade e segurança justifiquem sua utilização.

Maria Luiza G. Riesco destaca a importância do estudo, a originalidade do trabalho e chama a atenção para uma possível redução na ocorrência de episiotomia, considerando os dados publicados pela *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde* (PNDS) de 2006. Pode ser que tenha ocorrido alguma redução na incidência da episiotomia no Brasil, aqui, porém, cabe comentar que é necessário ter cuidado ao se compararem os dados da PNDS com os oriundos da pesquisa *Nascer no Brasil* porque: (1) a PNDS incluiu todas as mulheres que fizeram parto vaginal e a pesquisa *Nascer no Brasil*, neste artigo, considerou apenas as mulheres classificadas como de risco obstétrico habitual; (2) a PNDS perguntou sobre a ocorrência de episiotomia para mães de nascidos vivos nos últimos 5 anos, podendo envolver importantes vieses de memória. Na pesquisa *Nascer no Brasil*, a pergunta foi feita na maternidade, no pós-parto imediato; (3) a pergunta da PNDS era se foi feito um corte na vagina (episiotomia) <sup>7</sup>, na pesquisa *Nascer no Brasil*, as mulheres eram indagadas sobre como ficou o períneo após o parto e as alternativas de respostas eram: Não rompeu, não cortou e não deu pontos; Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos; Não levou pontos, mas não sabe se rompeu; Rompeu e deram pontos; Cortaram e deram pontos; Não soube informar. Levou-se em conta que foi feita a episiotomia apenas para as mulheres que informaram que cortaram e deram pontos, ou seja, naquelas em que a mulher informou com certeza que no períneo havia sido feita uma incisão pelo profissional de saúde. Se considerarmos as mulheres que referiram ter sido suturadas, a proporção corresponderia a 71% das que fizeram parto vaginal, valor muito próximo ao descrito pela PNDS. Fica, portanto, a dúvida se avançamos nesse quesito ou se a diferença entre os resultados das duas pesquisas é consequência do uso de metodologias distintas.

Suzanne Serruya foca seus comentários na ausência de autonomia da mulher na condução do seu parto no Brasil, destacando que as rotinas hospitalares que definem o que pode e não pode ser feito são em si uma padronização de condutas que ignora “a experiência única e sempre singular de parir”. E o hospital, como espaço tradi-

cional para tratar enfermos, impõe suas regras de jejuar, ficar restrita ao leito com veia puncionada, aproximando a atenção ao parto às práticas curativo-terapêuticas. Traz também o profissional de saúde para o cenário do parto, destacando que a incorporação de práticas com fundamentos científicos e que respeitem o pertencimento do parto à mulher podem ser muito recompensadoras para eles. Contribuiria para diminuir a assimetria de poder e abrir possibilidades para conhecer o novo, ressignificar sua atuação na assistência ao trabalho de parto e parto, gerando um ambiente de criatividade e bem-estar. Precisa ser frisado que essa mesma assimetria de poder que existe entre os profissionais de saúde e usuárias dos serviços está também presente entre os próprios profissionais – médicos x enfermeiros, enfermeiros x técnicos de enfermagem, etc. A dificuldade de trabalhar em equipe gera um ambiente de isolamento e não compartilhamento das experiências e, particularmente, no Brasil, a quase exclusão da enfermeira obstétrica/obstetrizes do atendimento ao parto, na contramão do que acontece em países desenvolvidos. Neste estudo, apenas 15% dos partos foram acompanhados por enfermeira obstétrica/obstetrizes, sendo mais frequente em regiões com carência de médicos. Ainda assim, pôde-se ver que nos partos vaginais assistidos por tais profissionais o uso de boas práticas foram mais frequentes e as intervenções obstétricas mais escassas (dados não mostrados), em concordância com o que vem sendo descrito na literatura internacional <sup>8</sup>.

Serruya chama ainda a atenção para a importância de mudanças na formação profissional, com cuja ideia compartilhamos completamente, dado que novas coortes de profissionais estão sendo formadas dentro das mesmas e velhas práticas. Por isso, os hospitais de ensino necessitam ser priorizados na implementação da Rede Cegonha, uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde, que pretende implantar, até 2015, 280 Centros de Parto Normal (CPN) intra e peri-hospitalar, ao mesmo tempo que articula um sistema de referência da atenção pré-natal para os hospitais, transporte para a maternidade, implementação de boas práticas em trabalho de parto e nascimento, incluindo o direito à livre escolha das mulheres de acompanhante durante todo o período da hospitalização. Outra característica desse programa é favorecer a priorização de enfermeiras obstétricas/obstetrizes no acompanhamento do trabalho de parto e parto de risco habitual em trabalho colaborativo com a equipe médica, bem como promover a adequação do espaço e ambiência apropriada para a promoção do trabalho de parto, parto e nascimento fisiológicos <sup>9</sup>.

A iniciativa da Rede Cegonha está dirigida ao sistema público de saúde que atende a mais de 75% dos partos da população brasileira e, se devidamente implementada no SUS, pode modificar o atual panorama da assistência ao parto no Brasil e impactar nos indicadores obstétricos e perinatais do país.

Soo Downe enfatiza os custos financeiros com intervenções desnecessárias que poderiam estar sendo canalizados para atender a outras necessidades de saúde do país, com o que concordamos plenamente. O Global Health Report da OMS de 2010, sobre os custos globais da cesariana, já enfocava que o excesso de uso dessa tecnologia se constituía em uma barreira para a cobertura universal em saúde<sup>10</sup>. Nesse documento, o Brasil e a China são apresentados como responsáveis por quase 50% das cesarianas desnecessárias do mundo. No Brasil, se somarmos esses custos aos das demais intervenções desnecessárias sobre o parto vaginal, alcançaríamos cifras surpreendentes de desperdício no país.

Outro ponto muito importante levantado pela Soo Downe foram os princípios éticos na relação profissional de saúde/paciente, destacando que o primeiro compromisso ético “*Primum non nocere: Primeiro não cause Dano*” ou princípio da não maleficência, que é um dos princípios hipocráticos da bioética ensinados a todos os estudantes da área de saúde em todo o mundo. Esse princípio lembra aos profissionais de saúde que eles devem considerar o possível prejuízo que qualquer intervenção possa trazer. O princípio da beneficência, por outro lado, considera julgar se uma determinada ação ou intervenção seria uma prática suficiente de beneficência e o quanto ela é aceitável e adequada. Apesar das diferenças de opinião, existem conceitos sobre os quais há um amplo acordo, um deles é o conceito ético de respeito às mulheres na assistência ao parto. Quando não há evidências científicas suficientemente estabelecidas, como por exemplo, em relação às boas práticas obstétricas de deambular<sup>11</sup>, alimentar-se<sup>12</sup>, liberdade de posição para o parto<sup>13</sup> etc., a recomendação é de que o procedimento seja de livre escolha da parturiente.

As origens do termo “humanização do parto” e a avaliação da atenção obstétrica como evento que ignora os aspectos afetivos e sociais do nascimento têm induzido diversas políticas públicas no Brasil. Muitos pesquisadores têm explorado o entendimento do termo “humanização”, descrevendo os diferentes significados (muitas vezes contraditórios), suas possibilidades de mudar a cultura médica, a compreensão da anatomia e fisiologia das mulheres e as relações de gênero<sup>14</sup>.

Com relação à cesariana, argumenta-se que as brasileiras tendem a perceber esse procedi-

mento como mais seguro que o parto normal, de maior qualidade de atendimento e, muitas vezes, como reafirmação das diferenças de classe social<sup>15,16</sup>. Para algumas mulheres, o esforço para medicalizar o processo de nascimento representa uma solução prática para superar os problemas encontrados dentro do próprio sistema de saúde.

No que diz respeito às condições sociobiológicas que produziram esse rápido aumento no uso da tecnologia para iniciar, acelerar, regular e monitorar o processo de nascimento, argumentam que o parto vaginal é percebido como se fosse de alto risco para saúde da mulher e para sua vida sexual, criando o paradigma do corte acima e corte abaixo, ou seja, cesarianas e episiotomies<sup>17</sup>.

A ausência de consenso sobre o parto normal à luz de um parto sem intervenções é definitivamente uma questão fundamental para esse debate. Para reduzir procedimentos desnecessários, a estratégia Rede Cegonha publicou em portaria ministerial a definição de parto normal como: de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem o uso de intervenções como fórceps ou cesariana, sem o uso de anestesia geral, raquidiana ou epidural durante o parto<sup>9,18</sup>.

Soo Downe acrescenta que publicações recentes vêm sinalizando para prejuízos decorrentes do uso excessivo de tecnologias obstétricas como ocitocina, antibióticos e outros para a saúde a longo prazo, tais como a ocorrência de diabetes mellitus tipo 1, asma, esclerose múltipla, alergias, obesidade, etc. Embora as evidências científicas sobre essas relações sejam ainda frágeis por dependerem de um período longo de acompanhamento acurado de coortes de nascimentos, essas hipóteses parecem plausíveis. O desenvolvimento da teoria epigenética, que reforça o conceito de multicausalidade e de influências recíprocas entre os diferentes níveis de organização (molecular, celular, orgânico, comportamental e social) amplificam muito as possibilidades de entendimento do adoecimento humano<sup>19</sup>.

Eugene Declercq se surpreende com a insistência do Brasil em aumentar sistematicamente as taxas de cesariana, em contraste com alguns países desenvolvidos que as têm mantido estáveis, em níveis baixos, ou com outros de níveis não tão baixos, mas que recentemente vêm fazendo esforços e tendo êxito em reduzi-las. Ele também questiona se as mulheres classificadas como de risco obstétrico habitual atendidas no setor privado são diferentes daquelas do setor público para justificar a maior quantidade de intervenções nas primeiras e sobre como os esforços do Ministério da Saúde do Brasil podem ter

influenciado a maior frequência de boas práticas obstétricas no setor público.

Nós também compartilhamos dessa pressa em ter melhores dias para a atenção ao parto e nascimento no Brasil, um país de dimensão continental, com marcantes desigualdades sociais e regionais, o que torna complexa a análise dos indicadores de saúde e seus determinantes. As questões colocadas por Eugene Declercq são profundas e contundentes, certamente não será possível responder a elas em detalhes aqui, mas faremos um esforço para dar uma visão geral do que vem acontecendo no país.

No âmbito da assistência ao parto, os últimos vinte anos foram marcados por intensos debates e conflitos. Por um lado, o Ministério da Saúde vem adotando iniciativas governamentais visando a modificações no modelo de atenção ao parto, tais como portarias regulamentando a atuação da enfermagem obstétrica/obstetizes e o direito ao acompanhante durante a internação para o parto, a implantação de centros de parto normal, a delimitação de percentuais máximos permitidos de cesarianas por unidade hospitalar, incentivos financeiros para a adequação dos ambientes hospitalares, capacitação de profissionais para adesão às boas práticas obstétricas, dentre outras. Ciente de que a mera divulgação de protocolos não é suficiente para a modificação das práticas assistenciais, o Ministério da Saúde adotou a estratégia de apoiadores, que atuam diretamente com as equipes locais na modificação das rotinas assistenciais e na implantação de boas práticas, inicialmente em maternidades das regiões Norte e Nordeste e, mais recentemente, em todo país por meio da estratégia Rede Cegonha.

Entretanto, essas estratégias não foram consensuais, e assistimos a resistências a essas mudanças, desencadeadas por alguns órgãos representantes de classe, muitas vezes com medidas arbitrárias que extrapolavam suas competências.

As iniciativas governamentais, as experiências exitosas de alguns serviços, a realização de eventos científicos com exposição de modelos de outros países, foram acompanhadas por um movimento social de mulheres, pleiteando mudanças na forma como os partos são assistidos no país. Como reflexo, vem se observando um número crescente de grupos de discussão nas redes sociais, manifestações em passeatas e atos públicos, presença do parto como tema na mídia e o crescimento da demanda das mulheres por parto domiciliar.

Nesses 20 anos, assistimos também a um aumento da preferência da mulher pela cesariana desde o início da gestação. Tal preferência se distingue conforme sua parição, antecedente de cesariana e financiamento privado do par-

to. As mulheres atendidas no setor privado têm melhor condição socioeconômica, mais acesso à assistência pré-natal adequada e são acompanhadas pelo mesmo profissional médico na gestação. Destaca-se que, na assistência privada, a cesariana atinge quase 90% dos partos, a maioria deles sem indicação clínica<sup>20,21</sup>. A opção pela cesariana não é apenas por influência do médico, mas de todo um contexto cultural que se criou em relação ao risco do parto normal, como a ausência de garantias de que a mulher terá controle sobre seu processo de parturição, a vaga na maternidade, o medo da dor, ter o médico conhecido na hora do parto, dentre outros argumentos.

Ressalta-se que maior uso de intervenções obstétricas e de cesarianas em mulheres atendidas no setor privado tem sido observado em diversos países do mundo, e não apenas no Brasil<sup>22,23,24</sup>.

Finalmente, para concluir, retomamos as colocações da Maria A. Gomes que salienta os movimentos em curso no Brasil para uma mudança no modelo de atenção obstétrica no país. Os bons resultados encontrados na região Sudeste, onde as cidades de Belo Horizonte e do Rio de Janeiro desenvolvem continuada implantação de boas práticas na atenção perinatal, sobressaem. No Rio de Janeiro e em São Paulo, recentemente, mulheres detentoras de planos de saúde privados têm cada vez mais procurado maternidades públicas para parir, uma vez que apresentam a opção do parto normal, cada vez mais escassa no serviço privado.

Aspecto relevante com o qual compartilhamos trazido por ela é o investimento nacional na qualificação de enfermeiras obstétricas/obstetizes e a recente mudança de atitude da FEBRASGO, que passou a defender práticas reconhecidas por aumentar a satisfação da parturiente com o parto normal, apoio aos CNP e à inserção da enfermagem obstétrica/obstetizes na atenção ao parto também na rede privada. Esses fatos sinalizam para a valorização da obstetrícia baseada em evidências científicas, projetando um cenário de esperança para a mudança do modelo.

Os resultados mostrados neste estudo, de uma menor proporção de intervenções obstétricas na Região Sudeste, podem estar indicando uma tendência que se consolidará com o aumento da participação das mulheres na definição das políticas de atenção ao parto e com a melhoria da qualidade dessa assistência no Sistema Público de Saúde.

Não foi por acaso que a pesquisa *Nascer no Brasil* ocorreu nesse momento, com financiamento público, para mostrar, pela primeira vez,

em nível nacional, um panorama da atenção ao parto e nascimento no país. Para mudar, todos os atores, instituições, organizações não governamentais, profissionais de saúde, movimentos sociais, mães e famílias precisam, primeiramente, conhecer essa realidade e se incomodar com ela. Esperamos que a pesquisa *Nascer no Brasil* contribua no cumprimento dessa etapa.

1. Faundes A, Cecatti JG. A operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *Cad Saúde Pública* 1991; 7:150-73.
2. Dias MAB, Deslandes SF. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:109-16.
3. Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura-Pereira M, Diniz CSG, Brum IR, et al. Incidência do *near miss* materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa *Nascer no Brasil*. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S169-81.
4. Rossi AC, D'Addario V. Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 224-31.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2010; 116(2 Pt 1):450-63.
6. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (4):CD006067.
7. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série G Estatística e Informação em Saúde).
8. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 8:CD004667.
9. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 904, de 29 de maio de 2013. *Diário Oficial da União* 2013; 31 mai.
10. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JS, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. Geneva: World Health Organization; 2010. (World Health Report).
11. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 8:CD003934.
12. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 8:CD003930.
13. Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 1:CD008070.
14. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:627-37.
15. Behague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002; 324:942-5.
16. Barros AJ, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC, et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:635-43.
17. Diniz SG, Chacham AS. “The cut above” and “the cut below”: the abuse of caesareans and episiotomy in Sao Paulo, Brazil. *Reprod Health Matters* 2004; 12:100-10.
18. Brasil. Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 27 jun.
19. Dahlen HG, Kennedy HP, Anderson CM, Bell AF, Clark A, Foureur M, et al. The EPIIC hypothesis: intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. *Med Hypotheses* 2013; 80:656-62.
20. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl: S17-47.
21. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S101-16.
22. Dahlen HG, Tracy S, Tracy M, Bisits A, Brown C, Thornton C. Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. *BMJ Open* 2012; 2:e001723.
23. Coulm B, Le Ray C, Lelong N, Drewniak N, Zeitlin J, Blondel B. Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France: do maternity unit characteristics make a difference? *Birth* 2012; 39:183-91.
24. Lutomski JE, Murphy M, Devane D, Meaney S, Greene RA. Private health care coverage and increased risk of obstetric intervention. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14:13.