

Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil

Good practices, interventions, and results: a comparative study between a birthing center and hospitals of the Brazilian Unified National Health System in the Southeastern Region, Brazil

Buenas prácticas, intervenciones y resultados: un estudio comparativo entre la clínica de parto y hospitales del Sistema Único de Salud en la región Sudeste, Brasil

Edymara Tatagiba Medina ¹
Ricardo José Oliveira Mouta ¹
Cleber Nascimento do Carmo ²
Mariza Miranda Theme Filha ²
Maria do Carmo Leal ³
Silvana Granado Nogueira da Gama ²

doi: 10.1590/0102-311XPT160822

Resumo

O objetivo deste estudo foi comparar a assistência obstétrica em uma casa de parto e em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Sudeste do Brasil, considerando boas práticas, intervenções e resultados maternos e perinatais. Realizou-se um estudo transversal com dados retrospectivos comparáveis, provenientes de dois estudos sobre parto e nascimento, e amostra de 1.515 puérperas de risco habitual de uma casa de parto e hospitais públicos da Região Sudeste. Utilizou-se ponderação pelo escore de propensão para equilibrar os grupos de acordo com as covariáveis idade, raça, paridade, integridade das membranas e dilatação do colo na internação, bem como regressões logísticas para estimar razões de chance (OR) e intervalos de 95% de confiança (IC95%) entre o local de parto e desfechos. Na casa de parto, quando comparada ao hospital, as puérperas tiveram maior chance de ter acompanhante (OR = 86,31; IC95%: 29,65-251,29), se alimentar ou tomar líquidos (OR = 862,38; IC95%: 120,20-6.187,33), se movimentar (OR = 7,56; IC95%: 4,65-12,31), usar métodos não farmacológicos para alívio da dor (OR = 27,82; IC95%: 17,05-45,40) e posição verticalizada (OR = 252,78; IC95%: 150,60-423,33) e menor chance de utilizar ocitocina (OR = 0,22; IC95%: 0,16-0,31), amniotomia (OR = 0,01; IC95%: 0,01-0,04), episiotomia (OR = 0,01; IC95%: 0,00-0,02) e manobra de Kristeller (OR = 0,01; IC95%: 0,00-0,02). Ademais, na casa de parto os recém-nascidos tiveram maior chance de aleitamento exclusivo (OR = 1,84; IC95%: 1,16-2,90) e menor chance de aspiração de vias aéreas (OR = 0,24; IC95%: 0,18-0,33) e gástrica (OR = 0,15; IC95%: 0,10-0,22). A casa de parto apresenta, assim, maior oferta de boas práticas e menos intervenções na assistência ao parto e nascimento, com segurança e cuidado, sem afetar os resultados.

Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto; Enfermagem Obstétrica; Parto Normal; Parto Humanizado; Guia de Prática Clínica

Correspondência

E. T. Medina
Rua Visconde de Figueiredo 52, apto. 104, Rio de Janeiro, RJ
20550-050, Brasil.
edymaramedina@gmail.com

- ¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
³ Vice-Presidência de Ensino, Informação e Comunicação, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

A medicalização do parto tornou um evento natural em um evento iatrogênico e contribuiu para a perda da autonomia feminina e para o surgimento de diferentes graus de risco e o excesso de intervenções na prática obstétrica, sem amparo em evidências científicas e sem melhoria dos resultados ¹.

Foi na década de 1990, após a divulgação das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre práticas mais adequadas para o cuidado durante o parto e nascimento, definidas como boas práticas na atenção obstétrica e neonatal e elaboradas com base em evidências clínicas, que vários movimentos pela desmedicalização do parto se evidenciaram ^{2,3}. No Brasil, esse movimento foi chamado de humanização do parto e nascimento, adotado pelo Ministério da Saúde como política pública de atenção à saúde da mulher, visando reduzir a morte materna e infantil ¹.

Uma importante iniciativa para a mudança do modelo de assistência ao parto no Brasil foi a implantação de casas de parto – ou Centros de Parto Normal –, unidades especializadas no acompanhamento exclusivo do parto normal de mulheres com gestação classificada como risco habitual. Criado via *Portaria Ministerial nº 985/1999*, a casa de parto tem o cuidado centrado na mulher e na família, respeita a fisiologia do processo, estimula o uso de boas práticas e tem enfermeiras obstétricas e/ou obstetrias como responsáveis pelo cuidado ^{2,4}.

Dados da pesquisa *Nascer no Brasil* apontaram que a assistência ao parto normal apresenta um modelo hegemônico hospitalar ainda altamente medicalizado, reafirmando a necessidade de mudanças na assistência obstétrica ³. Assim, as casas de parto se configuraram como uma alternativa ao ambiente hospitalar, com cuidado baseado em evidências científicas e recomendado pelas *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal* ⁵ e pela OMS ⁶.

Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo comparar a assistência obstétrica em uma casa de parto e nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Sudeste do Brasil, considerando as boas práticas, as intervenções e os resultados maternos e perinatais.

Método

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, com dados retrospectivos comparáveis e provenientes de dois estudos sobre parto e nascimento: um inquérito nacional acerca da assistência obstétrica no Brasil (*Nascer no Brasil*) ^{7,8} e outro sobre partos assistidos em uma casa de parto do Estado do Rio de Janeiro ^{9,10}.

Foram selecionados os seguintes dados, constantes do banco de dados das pesquisas primárias: (1) inquérito nacional, isto é, dados dos partos normais hospitalares, ocorridos na Região Sudeste, em instituições públicas e mistas que atendiam pelo SUS; (2) pesquisa casa de parto, ou seja, sobre partos ocorridos no período de 2011-2012 – período de realização da pesquisa *Nascer no Brasil*.

Adotou-se os mesmos critérios de inclusão do banco da pesquisa *Nascer no Brasil* à casa de parto: mulheres classificadas como de risco habitual que pariram na instituição do estudo sem intercorrências clínicas e/ou obstétricas, com ausência de cirurgias uterinas, em trabalho de parto espontâneo e com idade gestacional entre 37 e 42 semanas, feto único e cefálico. Foram excluídas mulheres que utilizaram fórceps e analgesia peridural pelo fato de estes procedimentos não existirem na casa de parto. Ressalta-se que as mulheres com dados ausentes na entrevista ou nos prontuários foram excluídas deste estudo.

Para a coleta de dados dos estudos primários, utilizou-se um questionário composto de 265 perguntas fechadas com informações sobre dados gerais, dados da internação, antecedentes clínicos-obs-tétricos, assistência ao trabalho de parto e parto, indicação de cesariana, *near miss* materno e dados sobre o recém-nascido ⁸.

As variáveis de interesse para este estudo foram: idade materna; escolaridade; raça/cor; situação conjugal; paridade; integridade das membranas amnióticas e dilatação na internação; presença do acompanhante; oferecimento de líquidos ou alimentos; movimentação no trabalho de parto; uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor; uso de ocitocina; realização de amniotomia; posição no parto; episiotomia e realização da manobra de Kristeller; aleitamento exclusivo; aspiração de vias aéreas superiores e aspiração gástrica; índice de Apgar no 1º e 5º minutos; reanimação neonatal; uso

de oxigênio inalatório; ventilação com ambu/máscara; intubação orotraqueal; transferências/internação; óbito fetal ou neonatal e materno.

Para a inferência causal, foi necessário assumir permutabilidade, ou seja, indivíduos tratados/expostos são semelhantes aos não tratados/controlados, de forma que poderia estar em qualquer dos grupos ¹¹. Portanto, para realizar a estimativa do efeito causal do local do nascimento (casa de parto ou hospital) nos desfechos da atenção ao parto e nascimento, foi realizada a ponderação por escore de propensão dos dois grupos.

Essa estratégia teve como objetivo reduzir o viés de confundimento na estimativa do efeito causal do tratamento (exposição) e equilibrar a variável exposição/tratamento em relação a variável controle, alcançando o balanceamento nas covariáveis por meio da atribuição de pesos para contabilizar as diferenças entre grupos de tratamento e de controle, utilizando a técnica da ponderação pelo inverso da probabilidade da seleção ^{11,12,13}.

Para o ajuste, foram selecionadas as variáveis idade materna, escolaridade, paridade, raça/cor autodeclarada, integridade das membranas e dilatação do colo uterino. A escolha dessas variáveis se deu por serem causas de confundimento tanto da exposição (local do parto) quanto dos desfechos analisados (boas práticas, intervenções e resultados), com base nas evidências sobre modelos de atenção ao parto.

Após a estimação e a ponderação com o escore de propensão, verificou-se o balanceamento dos grupos em relação às variáveis do ajuste, observadas por meio da diferença padronizada nas médias. Para o balanceamento adequado, considerou-se que a medida da diferença entre as médias foi menor que 0,10 ^{11,14}.

Para realizar o cálculo do efeito causal do local de parto, foi utilizada regressão logística não condicional para estimar as razões de chance (OR) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) entre o local do nascimento (casa de parto ou hospital), bem como os desfechos analisados (boas práticas, intervenções e resultados), ponderados pelo escore de propensão.

Por fim, foi feita a análise de sensibilidade para avaliar se o pressuposto da permutabilidade entre os grupos foi conseguido pelo escore de propensão. Por meio dessa técnica, é possível avaliar a robustez dos resultados em relação ao confundimento por variável não observada (viés oculto), que pode afetar as estimativas do efeito causal do local de nascimento. Todas as análises foram realizadas com o auxílio do programa R, na versão 4.1.0 (<http://www.r-project.org>).

Este estudo foi aprovado em abril de 2021 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS; *Resolução nº 466/2012*).

Resultados

Após aplicação dos critérios de exclusão, a amostra final foi de 408 mulheres cujos partos ocorreram na casa de parto (grupo tratado/exposto) e 1.107 que realizaram parto em hospitais da Região Sudeste (grupo controle), totalizando uma amostra de 1.515 observações.

Observamos que a maioria da amostra era de mulheres entre 20-34 anos (68,6%) e 27,6% das mulheres eram adolescentes, com partos na casa de parto sendo os menos frequentes (23,8%). Em relação à raça/cor, 29,2% se declararam brancas e 68,7% pretas e pardas. Das mulheres estudadas, 74,8% tinham mais de 8 anos de estudo, sendo que, entre estas, a frequência na casa de parto foi de 80,6%. Quanto às informações da gestação e da internação, 50,3% eram primíparas, 76,5% apresentavam bolsa íntegra na internação e 71,9% internaram com 4 ou mais centímetros de dilatação do colo do útero (Tabela 1).

O balanceamento antes e após a implementação do escore de propensão pode ser verificado na Tabela 2, em que foram analisadas as diferenças padronizadas entre as médias do grupo tratado (casa de parto) e do grupo controle (hospital), com a utilização da estimativa do efeito causal (efeito médio do tratamento – ATE). Observamos que as maiores diferenças foram observadas nas variáveis dilatação (0,421), seguida da integridade das membranas (-0,309), cor parda (-0,195), cor preta (0,186) e ≥ 8 anos de estudo (0,184). Após o balanceamento, todas as variáveis apresentaram diferenças entre si inferiores a 0,10, atestando um bom ajuste.

Tabela 1

Características sociodemográficas e da gestação em casa de parto e hospitais. Região Sudeste, Brasil, 2011-2012.

Características	Casa de parto (n = 408)		Hospital (n = 1.107)		Total (n = 1.515)		Valor de p *
	n	%	n	%	n	%	
Idade materna (anos)							0,052
< 20	97	23,8	321	29,0	418	27,6	
20-34	299	73,3	740	66,8	1039	68,6	
≥ 35	12	2,9	46	4,2	58	3,8	
Raça/Cor							< 0,001
Branca	134	32,8	309	27,9	443	29,2	
Indígena/Amarela	1	0,2	15	1,4	16	1,1	
Parda	211	51,7	679	61,3	890	58,7	
Preta	62	15,2	104	9,4	166	11,0	
Escolaridade materna (≥ 8 anos de estudo)							0,001
Não	79	19,4	303	27,4	382	25,2	
Sim	329	80,6	804	72,6	1133	74,8	
Paridade							< 0,001
Nenhum	232	56,9	530	47,9	762	50,3	
Um	142	34,8	324	29,3	466	30,8	
Dois ou mais	34	8,3	253	22,9	287	18,9	
Integridade das membranas na internação							< 0,001
Bolsa rota	135	33,1	221	20,0	356	23,5	
Bolsa íntegra	273	66,9	886	80,0	1159	76,5	
Dilatação do colo uterino no momento da internação (cm)							< 0,001
< 4	58	14,2	367	33,2	425	28,1	
4-10	350	85,8	740	66,8	1090	71,9	

* Teste estatístico de qui-quadrado.

A estimativa do efeito causal nos desfechos maternos aponta que as mulheres que pariram na casa de parto, comparadas àquelas que pariram no hospital, tiveram maior chance de ter acompanhante no trabalho de parto e parto (OR = 86,31; IC95%: 29,65-251,29), se alimentar ou tomar líquidos (OR = 862,38; IC95%: 120,20-6.187,33), se movimentar (OR = 7,56; IC95%: 4,65-12,31), usar métodos não farmacológicos para alívio da dor (OR = 27,82; IC95%: 17,05-45,40), parir em posição verticalizada (OR = 252,78; IC95%: 150,60-423,33) e menor chance de utilizar ocitocina no trabalho de parto (OR = 0,22; IC95%: 0,16-0,31), realizar a amniotomia (OR = 0,01; IC95%: 0,01-0,04), episiotomia (OR = 0,01; IC95%: 0,00-0,02) e manobra de Kristeller (OR = 0,01; IC95%: 0,00-0,02). As transferências maternas/internações não apresentaram diferenças significativas entre os dois cenários. Não ocorreu óbito materno nos dois grupos estudados (Tabela 3).

Quanto ao efeito causal do local do nascimento relacionados ao recém-nascido, observamos que, na casa de parto, em comparação com o hospital, os recém-nascidos apresentaram maior chance de aleitamento exclusivo (OR = 1,84; IC95%: 1,16-2,90) e menor chance de aspiração de vias aéreas superiores (OR = 0,24; IC95%: 0,18-0,33) e gástrica (OR = 0,15; IC95%: 0,1-0,22). Não houve diferença estatística nos índices de Apgar < 7 e ≥ 7 no 1º e 5º minutos, em reanimação neonatal, no uso de oxigênio inalatório, de ambu/máscara, intubação orotraqueal e nas transferências/internação do recém-nascido. No hospital, ocorreram dois óbitos fetais (Tabela 4).

A análise de sensibilidade se mostrou robusta em relação ao viés oculto nos desfechos relacionados às boas práticas e intervenções e se mostrou sensível ao viés oculto nos resultados, que não foram significativos.

Tabela 2

Balaceamento das variáveis antes e após a implementação do escore de propensão.

Variáveis	Grupo tratado		Grupo controle		Diferença padronizada entre as médias (grupo tratado e grupo controle)	Valor de p *	Valor de p **
	Média	DP	Média	DP			
Antes do escore de propensão							
Idade materna (anos)							
< 20	0,238	0,426	0,290	0,454	-0,117	0,038	0,390
≥ 20	0,762	0,426	0,710	0,454	0,117	0,038	0,390
Raça/Cor							
Preta	0,152	0,359	0,094	0,292	0,186	0,003	0,268
Parda	0,517	0,500	0,613	0,487	-0,195	0,001	0,008
Branca	0,328	0,470	0,279	0,449	0,108	0,067	0,463
≥ 8 anos de estudo	0,806	0,396	0,726	0,446	0,184	0,001	0,044
Primiparidade	0,569	0,496	0,479	0,500	0,180	0,002	0,016
Bolsa íntegra na internação	0,669	0,471	0,800	0,400	-0,309	0,000	0,000
Dilatação ≥ 4cm na internação	0,858	0,350	0,668	0,471	0,421	0,000	0,000
Após escore de propensão							
Idade materna (anos)							
< 20	0,268	0,443	0,276	0,447	-0,019	0,789	1,000
≥ 20	0,732	0,443	0,724	0,447	0,019	0,789	1,000
Raça/Cor							
Preta	0,106	0,308	0,109	0,312	-0,011	0,856	1,000
Parda	0,604	0,490	0,588	0,492	0,033	0,644	1,000
Branca	0,288	0,454	0,291	0,455	-0,006	0,936	1,000
≥ 8 anos de estudo	0,779	0,416	0,748	0,434	0,069	0,284	0,997
Primiparidade	0,501	0,501	0,501	0,500	-0,013	0,856	1,000
Bolsa íntegra na internação	0,753	0,432	0,766	0,423	-0,032	0,606	1,000
Dilatação ≥ 4cm na internação	0,755	0,430	0,719	0,450	0,081	0,388	0,966

DP: desvio padrão.

* Valor de p do teste qui-quadrado;

** Valor de p do teste de Kolmogorov.

Discussão

Este estudo analisou a assistência obstétrica em dois ambientes e mostrou que, comparado aos resultados hospitalares, a casa de parto apresenta maior uso de boas práticas na assistência ao trabalho de parto, parto e ao recém-nascido e menor uso de intervenções desnecessárias, sem trazer prejuízos aos resultados da assistência obstétrica (morbimortalidade), mostrando que o cuidado na casa de parto é desmedicalizado, com práticas assistenciais baseadas em evidências científicas e que apresenta segurança para o binômio.

Cabe salientar que a desmedicalização no campo obstétrico tem como eixo central o processo de cuidado centrado na mulher, com respeito à fisiologia e autonomia na perspectiva das boas práticas, que são conhecimentos estruturados para oferecer outras possibilidades na vivência do parto e nascimento, além das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica (TNICEO), desenvolvidas e utilizadas pelas enfermeiras obstétricas de forma compartilhada com as mulheres, favorecendo o mínimo de intervenções ¹⁰.

Este estudo está em concordância com a pesquisa britânica *Birthplace in England* (2008-2010), que apresentou dados sobre partos em hospitais, em casas de parto intra-hospitalar, centros de parto autônomo/peri-hospitalar e em domicílio, demonstrando que mulheres de baixo risco que optaram

Tabela 3Efeito do local de parto (casa de parto *versus* hospital) nos indicadores de atenção ao parto e nascimento. Região Sudeste, Brasil, 2011-2012.

Indicadores	Casa de parto (n = 408)		Hospital (n = 1.107)		OR (IC95%)
	n	%	n	%	
Presença do acompanhante					
Não	4	1,0	292	26,4	1,00
Sim	404	99,0	815	73,6	86,31 (29,65-251,29)
Oferecimento de líquidos ou alimento					
Não	1	0,2	695	62,8	1,00
Sim	407	99,8	412	37,2	862,38 (120,20-6187,33)
Movimentou no trabalho de parto					
Não	35	8,6	501	45,3	1,00
Sim	373	91,4	606	54,7	7,56 (4,65-12,31)
Usou métodos não farmacológicos para dor					
Não	21	5,1	665	60,1	1,00
Sim	387	94,9	442	39,9	27,82 (17,05-45,40)
Utilizou ocitocina endovenosa no trabalho de parto					
Não	296	72,5	433	39,1	1,00
Sim	112	27,5	674	60,9	0,22 (0,16-0,31)
Realizou amniotomia no trabalho de parto					
Não	403	98,8	598	54,0	1,00
Sim	5	1,2	509	46,0	0,01 (0,01-0,04)
Posição do parto					
Litotomia	21	5,2	1.028	92,9	1,00
Vertical	385	94,8	79	7,1	252,78 (150,60-423,33)
Realizou episiotomia					
Não	403	98,8	492	44,4	1,00
Sim	5	1,2	615	55,6	0,01 (0,00-0,02)
Manobra de Kristeller					
Não	405	99,3	701	63,3	1,00
Sim	3	0,7	406	36,7	0,01 (0,00-0,03)
Transferência/Internação da mãe					
Não	404	99,0	1.091	98,6	1,00
Sim	4	1,0	16	1,4	1,40 (0,34-5,76)
Óbito materno					
Não	408	100,0	1.107	100,0	-
Sim	0	0,0	0	0,0	-

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: razão de chances.

pelo parto fora do ambiente hospitalar tiveram maior probabilidade de partos vaginais, menos intervenções e maior possibilidade de amamentação. A incidência de resultados adversos foi baixa em todos os cenários de parto, mas, para as nulíparas, houve aumento em relação ao resultado perinatal adverso no parto domiciliar¹⁵.

Outros estudos demonstraram que nascimentos em casas de parto, conduzidos por enfermeiras obstétricas/obstetizes, apresentaram menor chance de intervenção na assistência ao parto e maior chance de satisfação da mulher com os cuidados recebidos, sem resultados adversos para o binômio^{16,17,18,19}. Já em ambiente hospitalares, os dados apontaram maiores probabilidades de cesarianas, traumas perineais graves e hemorragia pós-parto²⁰.

Tabela 4

Efeito do local de parto (casa de parto *versus* hospital) nos indicadores de atenção ao cuidado ao recém-nascido. Região Sudeste, Brasil, 2011-2012.

Indicadores	Casa de parto (n = 408)		Hospital (n = 1.107)		OR (IC95%)
	n	%	n	%	
Índice de Apgar no 1º minuto					
< 7	13	3,2	45	4,1	1,00
≥ 7	395	96,8	1.062	95,9	1,50 (0,78-2,91)
Índice de Apgar no 5º minuto					
< 7	1	0,2	6	0,5	1,00
≥ 7	407	99,8	1.101	99,5	2,29 (0,27-19,24)
Reanimação neonatal					
Não	363	89,0	954	86,2	1,00
Sim	45	11,0	153	13,8	0,83 (0,53-1,32)
Uso de O ₂ inalatório					
Não	365	89,5	974	88,0	1,00
Sim	43	10,5	133	12,0	0,95 (0,59-1,53)
Ventilação porambu e máscara					
Não	401	98,3	1.078	97,4	1,00
Sim	7	1,7	29	2,6	0,56 (0,24-1,31)
Intubação orotraqueal					
Não	407	99,8	1.098	99,2	1,00
Sim	1	0,2	9	0,8	0,25 (0,03-1,96)
Aspiração de vias aéreas superiores					
Não	220	53,9	232	21,0	1,00
Sim	188	46,1	875	79,0	0,24 (0,18-0,33)
Aspiração gástrica					
Não	369	90,4	655	59,2	1,00
Sim	39	9,6	452	40,8	0,15 (0,1-0,22)
Aleitamento exclusivo					
Não	40	9,8	170	15,4	1,00
Sim	368	90,2	937	84,6	1,84 (1,16-2,90)
Transferência/Internação					
Não	380	93,1	1.032	93,2	1,00
Sim	28	6,9	75	6,8	1,01 (0,57-1,77)
Natimorto					
Não	408	100,0	1.107	99,8	-
Sim	0	0,0	2	0,2	-

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: razão de chances.

Na perspectiva das mulheres, o cuidado da enfermeira obstétrica no trabalho de parto em casas de parto apresentou qualidade, compartilhamento de conhecimentos e as boas práticas preconizadas pela OMS ^{21,22}. Além disso, criou vínculo, foi empático, humanizado, integral e longitudinal ²³. A confiança na equipe e o ambiente adequado ampliaram a sensação de bem-estar físico e emocional ²³ e, portanto, deveria receber mais apoio do SUS para sua implantação ²⁴.

As mulheres que optaram por um cuidado humanizado e desmedicalizado na casa de parto tinham maior escolaridade. Este fato está em consonância com outros estudos que mostraram a relação de maior escolaridade com a busca pelo parto humanizado. Esta busca incluiu realizar pré-natal em estabelecimentos públicos e utilizar vários canais de informações, como apontam estudos sobre casas de parto em São Paulo e na Bahia ^{24,25,26}.

Pesquisas que avaliaram resultados perinatais entre mulheres de maior vulnerabilidade social apontaram que partos em casas de parto, sob os cuidados de enfermeiras obstétricas/obstetrizes, melhoram os desfechos perinatais e apresentam cuidado de alta qualidade, respeitosos e culturalmente apropriados, favorecendo a diminuição da disparidade racial, além do menor custo para os sistemas de saúde ^{27,28}.

A internação na unidade de saúde na fase ativa do trabalho de parto é uma recomendação da OMS pelo fato de diminuir os riscos de intervenções desnecessárias sem aumentar o número de resultados desfavoráveis maternos e neonatais, prevenir a cesariana e aumentar a satisfação materna com a assistência ao parto ²⁹. Desde 2016, com a implantação das diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, recomenda-se a internação com 4 ou mais centímetros de dilatação, o que é amplamente feito na casa de parto ¹⁰.

As boas práticas evidenciadas neste estudo estão em consonância com as recomendações das diretrizes nacionais de assistência ao parto e com a OMS. São elas: a presença do acompanhante, alimentação, movimentação e verticalização no trabalho de parto, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e posição não supina para o nascimento ^{5,6}.

A presença do acompanhante escolhido pela mulher é um direito desde 2005, quando foi instituída a Lei do Acompanhante no Brasil; no entanto, ainda não é plenamente respeitada nos serviços de saúde, principalmente nos hospitais ^{3,30}. Estudos apontam que a presença do acompanhante de escolha da mulher amplia a chance de trabalho de parto abreviado, parto vaginal espontâneo e a satisfação materna com a experiência do nascimento, além de diminuir as chances de analgesia no trabalho de parto, cesariana ou parto instrumental e de baixo escore de Apgar no 5º minuto de vida ^{31,32}. Em casas de parto, a presença do acompanhante de eleição da mulher foi identificada na ampla maioria dos partos ^{33,34}.

A ingestão de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto é recomendado pela OMS e pelas *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal* ⁵, mas ainda encontra resistência nos serviços obstétricos em hospitais ^{6,30}. Não há evidências que justifiquem a restrição de alimentos e líquidos para mulheres de baixo risco, sendo uma prática utilizada de forma rotineira nas casas de parto ^{33,35}.

A movimentação e a verticalização durante o trabalho de parto reduzem a duração deste, aumentam os diâmetros pélvicos e diminuem o risco de cesariana desnecessária e analgesia peridural sem aumento de intervenções ou efeitos negativos para o binômio, devendo ser uma prática estimulada nos serviços de atenção obstétrica ^{36,37}. No Brasil, em 2011 e 2012, apenas 47% das mulheres puderam caminhar no hospital, dado que aumentou significativamente em 2017, na avaliação das maternidades que aderiram a Rede Cegonha ^{3,30}.

A utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor também faz parte do cuidado da enfermagem obstétrica, independentemente do local de nascimento ^{38,39,40,41}. São técnicas que utilizam recursos naturais para ajudar a mulher a lidar com a dor durante o trabalho de parto, além de promover o relaxamento, reduzir a ansiedade e aumentar o vínculo entre a mulher, o acompanhante e a equipe que os assiste ³⁸. Os métodos mais citados nos estudos são a utilização de banhos, compressas, massagens, técnicas de respiração, *fisioball*, deambulação e práticas integrativas, como eletroestimulação, aromaterapia, acupuntura, acupressão, musicoterapia e técnicas de relaxamento ^{38,42,43,44,45}.

A posição litotômica ou supina para o nascimento aumentam o risco de trauma perineal grave, bem como de partos mais longos, sensação dolorosa e alterações na frequência cardíaca fetal, e, apesar de dever ser evitada, é a posição mais frequente nos hospitais ^{30,46}. Nas casas de parto, são estimuladas posições não litotômicas para o nascimento, como lateral, vertical, de quatro e na água, respeitando o desejo e autonomia da mulher nessa escolha ^{33,47,48,49}.

Quanto às intervenções obstétricas na assistência ao parto, estudos apontam que ambientes assistenciais coordenados por enfermeiras obstétricas tiveram menos chance de episiotomia, amniotomia e uso de ocitocina no trabalho de parto ^{16,34}. Em relação à manobra de Kristeller, os resultados da *Nascer no Brasil* apontam que 37,3% das mulheres de risco habitual foram expostas a essa manobra ³. Esses achados corroboram a importância da casa de parto no processo de desmedicalização do parto e nascimento.

Em relação às recomendações do cuidado ao recém-nascido, eles devem ser diferenciados entre os recém-nascidos saudáveis e os que apresentam risco. Neste sentido, os recém-nascidos saudáveis não devem ter suas vias aéreas e gástrica aspiradas. Deve-se aproveitar tal momento, conhecido como hora

de ouro, para respeitar e valorizar a formação do vínculo^{50,51}. Por conta disso, os cuidados ao recém-nascido sadio incluem contato pele a pele imediato, o estímulo à amamentação na primeira hora de vida, promoção do equilíbrio térmico e corte oportuno do cordão umbilical^{52,53,54,55}.

Não há registro de resultados negativos estatisticamente significativos sobre a assistência ao binômio nos diversos serviços que têm a enfermagem obstétrica na condução do cuidado, principalmente nas casas de parto^{15,18,19}. Desse modo, podemos verificar que existe segurança e qualidade no cuidado prestado por essas profissionais, mostrando a importância da expansão desse tipo de assistência nos serviços de atenção ao parto e nascimento e da ampliação de casas de parto para atenção às gestantes de risco habitual.

Este estudo apresenta algumas limitações. Uma vez que é derivado de dois bancos com coleta de dados retrospectivos, está sujeito a vieses de confundimento que podem estar ausentes no prontuário. Para minimizar limitações, foi utilizado uma metodologia auxiliar de análise e escore de propensão, de modo a tornar os dois grupos mais comparáveis em relação às covariáveis do estudo, atribuindo pesos para contabilizar diferenças entre grupos de tratamento e de controle, com uso da ponderação pelo inverso da probabilidade de seleção. Outra estratégia aplicada foi a análise de sensibilidade dos resultados obtidos, a fim de verificar a robustez do método na presença de variáveis não observadas, bem como na especificação do modelo considerado. No que se refere aos desfechos relacionados às boas práticas e intervenções, a modelagem demonstrou ajuste satisfatório e, em relação aos resultados perinatais, que não foram significativos, se mostrou sensível ao viés oculto.

Conclusão

A casa de parto é um estabelecimento seguro para o atendimento de gestantes de risco habitual no trabalho de parto, parto e nascimento. Isto se dá devido a maior oferta de boas práticas e menos intervenções na assistência ao parto, que não apresentam qualquer impacto negativo nos resultados perinatais.

A enfermagem obstétrica tem construído um cuidado desmedicalizado, centrado na autonomia, nos princípios da fisiologia e nos direitos da mulher, valorizando a família e a cultura que permeiam as relações estabelecidas entre os atores. Este cuidado tem sido objeto de estudo da área de obstetrícia e tem sido denominado como tecnologia não invasiva de cuidado.

Investir na formação da enfermagem obstétrica e na ampliação e criação de mais casas de parto tem potencial para mudar a realidade obstétrica no Brasil, seja no SUS ou no sistema privado, pois há evidências de que onde tem enfermagem obstétrica, há uma maior oferta de boas práticas e menor uso de intervenções no processo fisiológico do nascimento. Portanto, verifica-se a necessidade de as mulheres e seus familiares obterem informações e terem acesso ao cuidado de enfermeiras obstétricas em qualquer ambiente.

Por fim, cabe frisar a importância do desenvolvimento de mais estudos sobre casas de parto para a consolidação deste ambiente assistencial no Brasil.

Colaboradores

E. T. Medina contribuiu com a concepção do projeto do estudo e a análise e interpretação dos dados e aprovou a versão final. R. J. O. Mouta contribuiu com a redação e revisão e aprovou a versão final. C. N. Carmo contribuiu com a redação e revisão e aprovou a versão final. M. M. Theme Filha contribuiu com a redação e revisão e aprovou a versão final. M. C. Leal contribuiu com a redação e revisão e aprovou a versão final. S. G. N Gama contribuiu com a revisão e aprovou a versão final.

Informações adicionais

ORCID: Edymara Tatagiba Medina (0000-0001-7180-6704); Ricardo José Oliveira Mouta (0000-0002-1284-971X); Cleber Nascimento do Carmo (0000-0003-4165-2198); Mariza Miranda Theme Filha (0000-0002-3413-0204); Maria do Carmo Leal (0000-0002-3047-515X); Silvana Granado Nogueira da Gama (0000-0002-9200-0387).

Referências

1. Bourguignon AM, Grisotti M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2020; 27:485-502.
2. Nicida LRA, Teixeira LAS, Rodrigues AP, Bonnan C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2020; 25:4531-46.
3. 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:S17-32.
4. Garcia LV, Teles JM, Bonilha ALL. O centro de parto normal e sua contribuição para atenção obstétrica e neonatal no Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 2017; 7 Suppl:S356-63.
5. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
6. World Health Organization. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization; 2018.
7. Leal MC, Gama SGN, Silva AAM, Rattner D, Moreira ME, Theme Filha MM, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health* 2012; 9:15.
8. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra *Nascer no Brasil*: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S49-58.
9. Medeiros A. A Casa de Parto David Capistrano Filho pelas lentes de uma fotógrafa. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2018; 25:1171-83.
10. Medina ET. O modelo casa de parto como estratégia de desmedicalização do parto no Rio de Janeiro [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2022.
11. Silva AAM. *Introdução à inferência causal em epidemiologia: uma abordagem gráfica e contrafactual*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.
12. Olmos A, Govindasamy P. A practical guide for using propensity score weighting in R. *Practical Assessment, Research, and Evaluation* 2015; 20:13.
13. Patino CM, Ferreira JC. Escores de propensão: uma ferramenta para ajudar a quantificar os efeitos de tratamento em estudos observacionais. *J Bras Pneumol* 2017; 43:86.
14. Roever L, Durães A. Compreendendo os métodos de escore de propensão na pesquisa clínica. *Rev Soc Bras Clín Med* 2019; 17:157-62.

15. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011; 343:d7400.
16. 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* 2016; (4):CD004667.
17. Alliman J, Phillippi JC. Maternal outcomes in birth centers: an integrative review of the literature. *J Midwifery Womens Health* 2016; 61:21-51.
18. Phillippi JC, Danhausen K, Alliman J, Phillippi RD. Neonatal outcomes in the birth center setting: a systematic review. *J Midwifery Womens Health* 2018; 63:68-89.
19. Homer CSE, Cheah SL, Rossiter C, Dahlen HG, Ellwood D, Foureur MJ, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000-2012: a linked population data study. *BMJ Open* 2019; 9:e029192.
20. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery* 2018; 62:240-55.
21. Rodrigues AS, Pestana MS, Soares SAS, Souza SS, Suto CSS, Carvalho RC, et al. Representações sociais de puérperas sobre o centro de parto normal. *Res Soc Dev* 2020; 9:e97791110791.
22. Soares YKC, Melo SSS, Guimarães TMM, Feitosa VC, Gouveia MTO. Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. *Rev Enferm UFPE Online* 2017; 11:4563-73.
23. Dias EG, Freitas AMS, Nunes HKGF, Silva DKC, Campos LM. O partear da enfermagem à mulher em uma casa de parto. *Revista Enfermagem Contemporânea* 2021; 10:79-85.
24. Teixeira MMS, Santos SLS. From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System. *Interface (Botucatu)* 2018; 22:399-410.
25. Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. *Rev Saúde Pública* 2012; 46:77-86.
26. Mendonça AMCM. Humanização da assistência prestada à parturiente pela equipe multiprofissional do Centro de Parto da Maternidade Escola Assis Chateaubriand [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2015.
27. Wallace J. Using a birth center model of care to improve reproductive outcomes in informal settlements: a case study. *J Urban Health* 2019; 96:208-18.
28. Alliman J, Stapleton SR, Wright J, Bauer K, Slider K, Jolles D. Strong start in birth centers: socio-demographic characteristics, care processes, and outcomes for mothers and newborns. *Birth* 2019; 46:234-43.
29. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; (4):CD011516.
30. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00223018.
31. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuza-wa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; (7):CD003766.
32. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLoS One* 2018; 13:e0194906.
33. Medina ET, Mouta RJO, Silva SCSB, Gama SGN. Resultados maternos e neonatais dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas nos centros de parto normal no Brasil: uma revisão de escopo. *Res Soc Dev* 2020; 9:e854997933.
34. Santos NCP. Comparação de desfechos maternos e neonatais em um centro de parto normal e hospitais públicos do SUS em partos de baixo risco [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2018.
35. Kanneganti A, Hashim S, Jairam D, Sashi L. Oral hydration and food during labour – is restriction necessary? *Indian J Nutr Diet* 2020; 57:450-8.
36. Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019; 19:466.
37. Hemmerich A, Bandrowska T, Dumas GA. The effects of squatting while pregnant on pelvic dimensions: a computational simulation to understand childbirth. *J Biomech* 2019; 87:64-74.
38. Coelho KC, Rocha IMS, Lima ALS. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto. *Revista Científica de Enfermagem* 2018; 8:14-21.
39. Prata JA, Ares LPM, Vargens OMC, Reis CSC, Pereira ALF, Progianti JM. Tecnologias não invasivas de cuidado: contribuições das enfermeiras para a desmedicalização do cuidado na maternidade de alto risco. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2019; 23:e20180259.
40. Lima MM, Ribeiro LN, Costa R, Monguilhot JJC, Gomes IEM. Enfermeiras obstétricas no processo de parturição: percepção das mulheres. *Rev Enferm UERJ* 2020; 28:e45901.
41. Gama SGN, Viellas EF, Medina ET, Angulo-Tuesta A, Silva CKRT, Silva SD, et al. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26:919-29.
42. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; (3):CD009290.

43. Mascarenhas VHA, Lima TR, Silva FMD, Negreiros FS, Santos JDM, Moura MAP, et al. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paul Enferm* 2019; 32:350-7.
44. Santos CB, Marçal RG, Voltarelli A, Silva RPM, Sakman R. Métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto normal. *Global Academic Nursing Journal* 2020; 1:e2.
45. Mouta RJO, Prata JA, Silva SCSB, Zveiter M, Medina ET, Pereira ALF, et al. A utilização da acupuntura na indução do trabalho de parto: uma revisão de escopo. *Braz J Dev* 2021; 7:83291-302.
46. Huang J, Zang Y, Ren LH, Li FJ, Lu H. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *Int J Nurs Sci* 2019; 6:460-7.
47. Lopes GA, Leister N, Riesco MLG. Perineal care and outcomes in a birth center. *Texto Contexto Enferm* 2019; 28:e20190168.
48. Gomes FES, Carneiro EC, Ferraz IC, Cavalcante IS, Barbosa GSL, Attem MS, et al. Impacto da implantação dos centros de parto normal na qualidade de assistência obstétrica. *Res Soc Dev* 2020; 9:e3249119509.
49. Rocha BD, Zamberlan C, Pivetta HMF, Santos BZ, Antunes BS. Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. *Rev Esc Enferm USP* 2020; 54:e03610.
50. Odent M. *La científicaci3n del amor*. Madrid: Editorial Creavida; 2020.
51. Neczypor JL, Holley SL. Providing evidence-based care during the golden hour. *Nurs Womens Health* 2017; 21:462-72.
52. Barros GM, Dias MAB, Gomes Junior SCS. O uso das boas pr3ticas de atenci3o ao rec3m-nascido na primeira hora de vida nos diferentes modelos de atenci3o ao parto. *Rev Soc Bras Enferm Pediatras* 2018; 18:21-8.
53. Andersson O, Mercer JS. Cord management of the term newborn. *Clin Perinatol* 2021; 48:447-70.
54. Boquien C-Y. Human milk: an ideal food for nutrition of preterm newborn. *Front Pediatr* 2018; 6:295.
55. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, Franca GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387:475-90.

Abstract

This study aims to compare obstetric care in a birthing center and in hospitals of the Brazilian Unified National Health System (SUS) considering good practices, interventions, and maternal and perinatal results in the Southeast Region of Brazil. A cross-sectional study was conducted with comparable retrospective data from two studies on labor and birth. A total of 1,515 puerperal women of usual risk of birthing centers and public hospitals in the Southeast region were included. Propensity score weighting was used to balance the groups according to the following covariates: age, skin-color, parity, membrane integrity, and cervix dilation at hospitalization. Logistic regressions were used to estimate odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95%CI) between the place of birth and outcomes. In birthing centers, compared to hospitals, the puerperal woman had a higher chance of having a companion (OR = 86.31; 95%CI: 29.65-251.29), eating or drinking (OR = 862.38; 95%CI: 120.20-6,187.33), walking around (OR = 7.56; 95%CI: 4.65-12.31), using non-pharmacological methods for pain relief (OR = 27.82; 95%CI: 17.05-45.40), being in an upright position (OR = 252.78; 95%CI: 150.60-423.33), and a lower chance of using oxytocin (OR = 0.22; 95%CI: 0.16-0.31), amniotomy (OR = 0.01; 95%CI: 0.01-0.04), episiotomy (OR = 0.01; 95%CI: 0.00-0.02), and Kristeller maneuvers (OR = 0.01; 95%CI: 0.00-0.02). Also, in birthing centers the newborn had a higher chance of exclusive breastfeeding (OR = 1.84; 95%CI: 1.16-2.90) and a lower chance of airway (OR = 0.24; 95%CI: 0.18-0.33) and gastric aspiration (OR = 0.15; 95%: 0.10-0.22). Thus, birthing centers offers a greater supply of good practices and fewer interventions in childbirth and birth care, with more safety and care without influence on the outcomes.

Birthing Centers; Obstetric Nursing; Natural Birth; Humanizing Delivery; Practice Guidelines

Resumen

El objetivo de este estudio fue comparar la asistencia obstétrica entre una clínica de parto y hospitales del Sistema Único de Salud (SUS) en la región Sudeste de Brasil, teniendo en cuenta las buenas prácticas, intervenciones y resultados maternos y perinatales. Se llevó a cabo un estudio transversal con datos retrospectivos comparables de dos estudios sobre trabajo de parto y nacimiento. La muestra se compuso de 1.515 puérperas con riesgo habitual en una clínica de parto y en hospitales públicos de la región Sudeste. Se utilizó la ponderación del puntaje de propensión para equilibrar los grupos según las siguientes covariables: edad, color de la piel, paridad, integridad de las membranas y dilatación cervical en la hospitalización. La regresión logística se utilizó para estimar la razón de posibilidades (OR), y se aplicó el intervalo del 95% de confianza (IC95%) entre el lugar de parto y desenlace. En la clínica de parto en comparación con el hospital, la puérpera tenía más posibilidades de tener un acompañante (OR = 86,31; IC95%: 29,65-251,29), comer o beber líquidos (OR = 862,38; IC95%: 120,20-6.187,33), moverse (OR = 7,56; IC95%: 4,65-12,31), utilizar métodos no farmacológicos para aliviar el dolor (OR = 27,82; IC95%: 17,05-45,40), posición erguida (OR = 252,78; IC95%: 150,60-423,33), y menor posibilidad de usar oxitocina (OR = 0,22; IC95%: 0,16-0,31), amniotomía (OR = 0,01; IC95%: 0,01-0,04), episiotomía (OR = 0,01; IC95%: 0,00-0,02) y maniobras de Kristeller (OR = 0,01; IC95%: 0,00-0,02). Los recién nacidos tenían más posibilidades de recibir una lactancia exclusiva (OR = 1,84; IC95%: 1,16-2,90) y menos posibilidades de tener aspiración de vía aérea (OR = 0,24; IC95%: 0,18-0,33) y gástrica (OR = 0,15; IC95%: 0,10-0,22). La clínica de parto cuenta con una mayor oferta de buenas prácticas y menos intervenciones en la asistencia al parto y nacimiento, con seguridad y cuidado, sin afectar los resultados.

Centros de Asistencia al Embarazo Gravidex y al Parto; Enfermería Obstétrica; Parto Normal; Parto Humanizado; Guía de Práctica Clínica

Recebido em 30/Ago/2022

Versão final rerepresentada em 30/Jan/2023

Aprovado em 02/Fev/2023