

## Protocolo do Nascer no Brasil II: Pesquisa Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento

Protocol of Birth in Brazil II: National Research on Abortion, Labor and Childbirth

Protocolo del Nacer en Brasil II: Encuesta Nacional sobre Aborto, Parto y Nacimiento

Maria do Carmo Leal <sup>1</sup>  
Ana Paula Esteves-Pereira <sup>1</sup>  
Sônia Azevedo Bittencourt <sup>1</sup>  
Rosa Maria Soares Madeira Domingues <sup>2</sup>  
Mariza Miranda Theme Filha <sup>1</sup>  
Tatiana Henriques Leite <sup>3</sup>  
Barbara Vasques da Silva Ayres <sup>1</sup>  
Márcia Leonardi Baldisserotto <sup>1</sup>  
Marcos Nakamura-Pereira <sup>4</sup>  
Maria Elisabeth Lopes Moreira <sup>4</sup>  
Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes <sup>4</sup>  
Marcos Augusto Bastos Dias <sup>4</sup>  
Maira Libertad Soligo Takemoto <sup>5</sup>  
Rodolfo de Carvalho Pacagnella <sup>6</sup>  
Silvana Granado Nogueira da Gama <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311XPT036223

### Resumo

Com o passar do tempo, o Brasil vem apresentando avanços na assistência obstétrica em hospitais públicos e privados; no entanto, ainda existem pontos frágeis que necessitam de atenção. O Ministério da Saúde, ciente dessa necessidade, financiou a segunda versão da pesquisa Nascer no Brasil. Os objetivos gerais são: avaliar a assistência pré-natal, ao parto e nascimento, ao puerpério e ao aborto, comparando com os resultados do Nascer no Brasil I, e analisar os principais determinantes da morbimortalidade perinatal; avaliar a estrutura e processos assistenciais dos serviços de obstetria e neonatologia das maternidades; analisar os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde que prestam assistência ao parto e ao aborto; e identificar as principais barreiras e facilitadores para essa assistência no país. Com escopo nacional e amostra probabilística em dois estágios (1-hospitais e 2-mulheres), dividida em 59 estratos, foram selecionados 465 hospitais com total planejado de, aproximadamente, 24.255 mulheres, 2.205 por motivo de aborto e 22.050 por motivo de parto. A coleta de dados, realizada por meio de seis instrumentos eletrônicos, ocorre durante a internação hospitalar para o parto ou aborto, com duas ondas de seguimento, aos dois e quatro meses. Com o intuito de expandir o número de casos de morbidade materna grave, mortalidade materna e perinatal, três estudos caso controle foram incorporados ao Nascer no Brasil II. O trabalho de campo foi iniciado em novembro de 2021 com término previsto para 2023. Os resultados permitirão comparar a atenção atual ao parto e ao nascimento com a retratada no primeiro inquérito e, com isso, avaliar os avanços alcançados no decorrer desses 10 anos.

Protocolos; Inquéritos Epidemiológicos; Parto; Assistência Perinatal

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.  
<sup>2</sup> Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.  
<sup>3</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.  
<sup>4</sup> Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.  
<sup>5</sup> Levatrice Cursos, Rio de Janeiro, Brasil.  
<sup>6</sup> Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

### Correspondência

B. V. S. Ayres  
Rua Goiás 376, Rio de Janeiro, RJ 20756-120, Brasil.  
barbara.vsayres@gmail.com



## Introdução

A atenção ao pré-natal, parto e nascimento tem sido objeto de diversas políticas públicas no Brasil, visando reduzir a morbimortalidade materna e infantil e melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. Nesse contexto, em 2011 e 2012, foi realizado o estudo *Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento (Nascer no Brasil I)*, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com a participação de diversas instituições de ensino e pesquisa do país.

O *Nascer no Brasil I* se justificou pelo desconhecimento das práticas obstétricas em execução no Brasil e pelo crescimento dos partos cirúrgicos sem indicação clínica, com as conhecidas repercussões desse procedimento sobre a saúde da mulher e do concepto<sup>1,2,3,4</sup>. O estudo propiciou o primeiro diagnóstico da assistência ao parto e nascimento no Brasil, expondo a dimensão do problema com informações relevantes acerca das características das mulheres, seus fatores de risco gestacionais, acesso aos serviços de saúde e a qualidade do atendimento, condições de parto e nascimento, além dos principais desfechos maternos e neonatais, publicados em suplementos temáticos em CSP (2014, volume 30, suplemento 1), e na *Reproductive Health* (2016, volume 13, suplemento 3), entre outras.

O diagnóstico demonstrado pelo *Nascer no Brasil I* foi importante para orientar políticas públicas na área da saúde da mulher e da criança, e sua atualização é fundamental para monitorar os resultados perinatais, permitindo um acompanhamento continuado desses indicadores. Outros países, como a França, realizam pesquisas perinatais periódicas com esses objetivos porque, como o Brasil, não dispõem de sistema de informação para o monitoramento detalhado da assistência perinatal<sup>5</sup>.

Apesar dos avanços observados na atenção obstétrica em hospitais públicos e privados no Brasil, ainda persistem desafios para o aumento da qualidade, como a ampliação do uso apropriado de tecnologias para a assistência ao parto e ao aborto, a redução de cesarianas desnecessárias<sup>6</sup>, a redução da demora no atendimento às urgências e emergências e a melhoria da infraestrutura dos hospitais que atendem parto.

Em meio a esse cenário, o Ministério da Saúde e a Fiocruz financiaram uma segunda versão da pesquisa, denominada *Nascer no Brasil II: Pesquisa Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento (Nascer no Brasil II)*, para o período de 2021 a 2023. Além das puérperas de parto, foram incluídas mulheres internadas por aborto, por sua alta morbimortalidade materna<sup>7</sup> e por não haver estudos de âmbito nacional que avaliem suas características, a atenção dispensada a elas nos hospitais, e as complicações decorrentes.

No *Nascer no Brasil I*, foram realizadas entrevistas telefônicas de seguimento no pós-parto, com avaliação da saúde mental materna por meio do diagnóstico de depressão pós-parto. Uma abordagem mais ampla de questões emocionais é feita no *Nascer no Brasil II*, envolvendo outras dimensões da saúde mental materna, como: transtorno do estresse pós-traumático (associado ao parto); sintomas de ansiedade pós-parto; qualidade do vínculo mãe e bebê; e saúde mental paterna. Da mesma forma, a percepção de maus tratos e abusos na assistência obstétrica, denominados de violência obstétrica, é considerada nesta edição.

Assim como no *Nascer no Brasil I*, é feita uma avaliação da estrutura e dos processos assistenciais dos serviços de obstetrícia e neonatologia das maternidades pertencentes à amostra; no entanto, ela foi mais abrangente nessa pesquisa. Além disso, inclui-se um estudo de conhecimentos, atitudes e práticas com os profissionais de saúde que prestam assistência a mulheres internadas por motivo de parto ou aborto.

Foram integrados ao *Nascer no Brasil II* três estudos caso-controle, visando expandir o número de eventos raros, que não puderam ser devidamente abordados no *Nascer no Brasil I*: mortalidade materna; morbidade materna grave e *near miss* materno; e mortalidade perinatal. Também está sendo realizado um estudo com abordagem qualitativa, por meio de entrevistas telefônicas após a alta hospitalar, em mulheres do *Nascer no Brasil II* internadas por aborto. Os protocolos desses estudos, bem como o detalhamento metodológico da investigação da saúde materna, paterna e da criança no pós parto, estão publicados neste Espaço Temático de CSP<sup>8,9,10,11</sup>.

São objetivos gerais do *Nascer no Brasil II*: avaliar a assistência pré-natal, ao parto e nascimento, ao puerpério e ao aborto, comparando com os resultados do *Nascer no Brasil I*, e analisar os principais determinantes da morbimortalidade na mulher e no recém-nascido; avaliar a estrutura e

processos assistenciais dos serviços de obstetrícia e neonatologia das maternidades; analisar os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde que prestam assistência a mulheres internadas para assistência ao parto ou aborto; e identificar as principais barreiras e facilitadores para essa assistência no país.

No Quadro 1 são apresentadas as principais perguntas da pesquisa *Nascer no Brasil II*.

## Método

O *Nascer no Brasil II* é uma pesquisa nacional, realizada durante internação hospitalar para o parto ou aborto e em duas ondas de seguimento, aos dois e quatro meses após o parto. Compõe-se, também, da avaliação da estrutura e dos processos assistenciais dos serviços de obstetrícia e neonatologia das maternidades e do conhecimento, atitudes e práticas sobre aborto, parto e nascimento.

A coleta de dados do *Nascer no Brasil II* foi iniciada em novembro de 2021, com previsão de término em 2023.

### Pesquisa hospitalar

- **População de pesquisa**

A população da pesquisa *Nascer no Brasil II* corresponde ao conjunto de mulheres internadas por motivo de parto (de nascido vivo ou natimorto) ou aborto, em hospitais com 100 ou mais nascidos vivos ao ano, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Por razões operacionais, foram excluídas mulheres com dificuldades de comunicação (distúrbio mental grave, que não entendam português e surdas) e mulheres com parto trigemelar ou mais. Mulheres admitidas com diagnóstico de aborto que receberam alta ainda gestantes também foram excluídas, em decorrência do diagnóstico de aborto não ter se confirmado.

- **Plano amostral**

Foi selecionada uma amostra probabilística em dois estágios. O primeiro correspondeu aos estabelecimentos de saúde e o segundo às mulheres.

Os estabelecimentos de saúde foram classificados segundo informações contidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo verificado se o estabelecimento é público ou privado e, caso seja privado, se apresenta leitos contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, os estabelecimentos foram classificados como públicos, privados ou mistos (privados conveniados ao SUS). Somente os hospitais com 100 ou mais nascidos vivos ao ano foram incluídos no cadastro de seleção do primeiro estágio da amostra. Ao final, 2.714 dos 5.710 estabelecimentos de saúde com partos foram elegíveis para o estudo, representando 2.861.666 (97,7%) do total de 2.929.626 nascidos vivos.

O processo de estratificação da pesquisa tem como base a combinação das macrorregiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste), localização do hospital (capital e municípios localizados em Região Metropolitana/não Região Metropolitana), tipo de hospital (público, misto e privado), e tamanho do hospital ( $\geq 500$  partos/ano e 100-499 partos/ano), disponibilizando assim 60 estratos. No entanto só em 59 estratos existiam hospitais com pelo menos 100 partos/ano, critério de elegibilidade para o sorteio (Tabelas 1 e 2).

Tal estratégia de estratificação objetivou garantir a seleção de diferentes tipos de hospital nas macrorregiões do país, tanto em municípios de alguma Região Metropolitana, quanto naqueles mais afastados.

**Quadro 1**Principais perguntas de pesquisa *Nascer no Brasil II*, 2021/2023.

<b>INQUÉRITO COM AS PUÉRPERAS</b>
Houve melhoria na assistência à gestante, parturiente e ao recém-nascido neste período de 10 anos?
O perfil socioeconômico, clínico e obstétrico e as desigualdades sociais e raciais na assistência ao pré-natal, parto e nascimento se associam a desfechos maternos e infantis?
Dificuldades no acesso aos serviços de atenção ao parto e de referência para gestações de alto risco se associam com quais desfechos maternos e infantis adversos?
A baixa adequação da assistência pré-natal, segundo recomendações da Rede Cegonha e da Organização Mundial da Saúde, se associa com quais desfechos maternos e infantis adversos?
Quais características socioeconômicas, clínicas e obstétricas das mulheres se associam à preferência da mulher pelo tipo de parto, no início e ao final da gestação?
Práticas inadequadas de assistência ao aborto e parto se associam com quais desfechos maternos adversos?
O acesso às boas práticas durante o trabalho de parto, segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde, se associa com uma menor taxa de cesariana e melhores desfechos maternos e infantis?
O acesso às boas práticas no cuidado ao recém-nascido se associa com melhores desfechos infantis?
O não planejamento da gravidez atual e a insatisfação com a gravidez atual se associam com desfechos maternos e infantis adversos?
Quais intercorrências clínicas ocorridas em gestações anteriores, na gestação atual, no parto e puerpério se associam a desfechos maternos e infantis adversos?
Desrespeitos e abusos sofridos durante o parto se associam a desfechos maternos e infantis adversos?
Quais características das mulheres se associam à taxa de cesariana por grupos de Robson?
A cesariana se associa a quais desfechos maternos e infantis adversos?
Quais características socioeconômicas, clínicas e obstétricas das mulheres se associam ao parto vaginal após uma cesariana?
Quais características socioeconômicas, clínicas e obstétricas das mulheres se associam à cesariana de repetição?
A cesariana de repetição se associa a desfechos maternos e infantis adversos?
A realização de reprodução assistida para atingir a gravidez atual se associa a desfechos maternos e infantis adversos?
O nascimento prematuro, termo precoce e tardio e pós-termo se associam a quais desfechos infantis adversos?
A obesidade pré-gestacional e o ganho de peso gestacional se associam a quais desfechos maternos e infantis adversos?
O crescimento intrauterino restrito se associa a quais desfechos maternos e infantis adversos?
O fumo, uso de bebidas alcoólicas e uso de drogas ilícitas durante a gestação se associam a quais desfechos maternos e infantis adversos?
Quais características socioeconômicas, clínicas e obstétricas das mulheres se associam ao aleitamento materno durante a internação hospitalar e nos primeiros meses de vida?
Quais características socioeconômicas, clínicas, obstétricas e assistenciais se associam a desfechos adversos maternos tardios (puerpério) e no lactente (seguimento aos dois e quatro meses)?
Quais características socioeconômicas, clínicas, obstétricas e assistenciais se associam à utilização de serviços de serviços de saúde (puerpério) e no lactente (seguimento aos dois e quatro meses)?
Quais características socioeconômicas, clínicas, obstétricas e assistenciais se associam a desfechos desfavoráveis na saúde mental materna?
Quais características socioeconômicas, clínicas e obstétricas se associam com desrespeitos e abusos sofridos durante o parto?
<b>ESTUDO SOBRE ESTRUTURA E PROCESSOS ASSISTENCIAIS</b>
A estrutura e processos inadequados dos serviços hospitalares de atenção ao parto e aos abortos se associa com quais desfechos maternos e infantis adversos?
<b>ESTUDO SOBRE CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>
Os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação à assistência ao trabalho de parto, parto e aos abortos estão relacionados à implementação das boas práticas assistenciais?

**Tabela 1**

Alocação dos hospitais da pesquisa *Nascer no Brasil II* nos estratos amostrais, tamanho e proporção da amostra de hospitais e tamanho da amostra de puérperas nos hospitais com ≥ 500 partos/ano, Brasil, 2022/2023.

Estrato amostral	Macrorregião	Região Metropolitana ou não	Hospitais	Nascidos vivos	Amostra de hospitais		Amostra de puérperas (n)
					n	%	
Hospitais públicos							
1111	Norte	Região Metropolitana	27	99.331	13	48,1	650
1211	Norte	Não Região Metropolitana	74	78.503	11	14,9	550
	<b>Total</b>				<b>24</b>		<b>1.200</b>
2111	Nordeste	Região Metropolitana	88	243.902	25	28,4	1.250
2211	Nordeste	Não Região Metropolitana	111	155.496	18	16,2	900
	<b>Total</b>				<b>43</b>		<b>2.150</b>
3111	Sudeste	Região Metropolitana	129	347.385	33	25,6	1.650
3211	Sudeste	Não Região Metropolitana	43	63.429	9	20,9	450
	<b>Total</b>				<b>42</b>		<b>2.100</b>
4111	Sul	Região Metropolitana	33	65.827	10	30,3	500
4211	Sul	Não Região Metropolitana	7	12.400	3	42,9	150
	<b>Total</b>				<b>13</b>		<b>650</b>
5111	Centro-oeste	Região Metropolitana	25	62.419	9	36,0	450
5211	Centro-oeste	Não Região Metropolitana	17	17.269	4	23,5	200
	<b>Total</b>				<b>13</b>		<b>650</b>
Hospitais mistos *							
1121	Norte	Região Metropolitana	14	32.033	8	57,1	400
1221	Norte	Não Região Metropolitana	13	20.720	5	38,5	250
	<b>Total</b>				<b>13</b>		<b>650</b>
2121	Nordeste	Região Metropolitana	36	103.923	16	44,4	800
2221	Nordeste	Não Região Metropolitana	66	109.206	16	24,2	800
	<b>Total</b>				<b>32</b>		<b>1.600</b>
3121	Sudeste	Região Metropolitana	81	165.208	22	27,2	1.100
3221	Sudeste	Não Região Metropolitana	147	196.865	26	17,7	1.300
	<b>Total</b>				<b>48</b>		<b>2.400</b>
4121	Sul	Região Metropolitana	78	135.841	19	24,4	950
4221	Sul	Não Região Metropolitana	52	62.497	11	21,2	550
	<b>Total</b>				<b>30</b>		<b>1.500</b>
5121	Centro-oeste	Região Metropolitana	9	28.964	7	77,8	350
5221	Centro-oeste	Não Região Metropolitana	29	36.706	7	24,1	350
	<b>Total</b>				<b>14</b>		<b>700</b>
Hospitais privados							
1131	Norte	Região Metropolitana	10	17.934	7	70,0	350
1231	Norte	Não Região Metropolitana	4	2.804	2	50,0	100
	<b>Total</b>				<b>9</b>		<b>450</b>
2131	Nordeste	Região Metropolitana	42	76.629	23	54,8	1.150
2231	Nordeste	Não Região Metropolitana	7	5.751	3	42,9	150
	<b>Total</b>				<b>26</b>		<b>1.300</b>
3131	Sudeste	Região Metropolitana	119	240.831	53	44,5	2.650
3231	Sudeste	Não Região Metropolitana	31	27.782	10	32,3	500
	<b>Total</b>				<b>63</b>		<b>3.150</b>
4131	Sul	Região Metropolitana	28	53.373	17	60,7	850
4231	Sul	Não Região Metropolitana	6	5.595	3	50,0	150
	<b>Total</b>				<b>20</b>		<b>1.000</b>
5131	Centro-oeste	Região Metropolitana	19	36.918	12	63,2	600
5231	Centro-oeste	Não Região Metropolitana	6	4.646	3	50,0	150
	<b>Total</b>				<b>15</b>		<b>750</b>
Total (hospitais ≥ 500 partos/ano)			1.351	2.510.187	405	30,0	20.250

\* Hospital privado conveniado ao Sistema Único de Saúde.

**Tabela 2**

Alocação dos hospitais da pesquisa *Nascer no Brasil II* nos estratos amostrais, tamanho e proporção da amostra de hospitais e tamanho da amostra de puérperas nos hospitais com 100-499 partos/ano, Brasil, 2022/2023.

Estrato amostral	Macrorregião	Região Metropolitana ou não	Hospitais	Nascidos vivos	Amostra de hospitais		Amostra de puérperas (n)
					n	%	
Hospitais públicos							
1112	Norte	Região Metropolitana	9	1.702	2	22,2	60
1212	Norte	Não Região Metropolitana	97	27.680	2	2,1	60
2112	Nordeste	Região Metropolitana	42	10.474	2	4,8	60
2212	Nordeste	Não Região Metropolitana	255	54.165	2	0,8	60
3112	Sudeste	Região Metropolitana	14	4.072	2	14,3	60
3212	Sudeste	Não Região Metropolitana	44	10.176	2	4,5	60
4112	Sul	Região Metropolitana	15	2.781	2	13,3	60
4212	Sul	Não Região Metropolitana	20	4.254	2	10,0	60
5112	Centro-oeste	Região Metropolitana	9	2.401	2	22,2	60
5212	Centro-oeste	Não Região Metropolitana	70	16.038	2	2,9	60
Hospitais mistos *							
1122	Norte	Região Metropolitana	0	0	-	-	0
1222	Norte	Não Região Metropolitana	13	3.101	2	15,4	60
2122	Nordeste	Região Metropolitana	6	1.783	2	33,3	60
2222	Nordeste	Não Região Metropolitana	63	16.079	2	3,2	60
3122	Sudeste	Região Metropolitana	34	9.893	3	8,8	90
3222	Sudeste	Não Região Metropolitana	179	45.641	2	1,1	60
4122	Sul	Região Metropolitana	54	13.223	3	5,6	90
4222	Sul	Não Região Metropolitana	80	21.798	2	2,5	60
5122	Centro-oeste	Região Metropolitana	9	2.032	2	22,2	60
5222	Centro-oeste	Não Região Metropolitana	39	11.122	2	5,1	60
Hospitais privados							
1132	Norte	Região Metropolitana	13	3.555	2	15,4	60
1232	Norte	Não Região Metropolitana	32	7.439	2	6,3	60
2132	Nordeste	Região Metropolitana	22	4.796	2	9,1	60
2232	Nordeste	Não Região Metropolitana	38	8.246	2	5,3	60
3132	Sudeste	Região Metropolitana	36	10.380	2	5,6	60
3232	Sudeste	Não Região Metropolitana	61	16.125	2	3,3	60
4132	Sul	Região Metropolitana	27	6.577	2	7,4	60
4232	Sul	Não Região Metropolitana	15	3.436	2	13,3	60
5132	Centro-oeste	Região Metropolitana	14	3.642	2	14,3	60
5232	Centro-oeste	Não Região Metropolitana	53	10.914	2	3,8	60
Total (hospitais 100-499 partos/ano)			1.363	333.525	60	4,4	1.800
Total (hospitais $\geq$ 100 partos/ano)			2.714	2.843.712	465	17,1	22.050

\* Hospital privado conveniado ao Sistema Único de Saúde.

### • Alocação dos hospitais e tamanho amostral

A alocação dos hospitais nos estratos se deu de forma diferente nos dois grupos de hospitais.

#### a) Hospitais com $\geq$ 500 partos/ano

Foi definida uma amostra de 135 hospitais de cada tipo (público, misto e privado), totalizando 405 hospitais. A alocação foi proporcional ao número de nascidos vivos em cada estrato (Tabela 1).

O tamanho da amostra de mulheres foi calculado com base na proporção de cesarianas no Brasil em 2019 de 56%, com nível de 5% de significância e potência de 95%, para detectar diferenças de 15% para a combinação de tipos de hospital e macrorregião. O tamanho mínimo da amostra aleatória simples foi de 340 puérperas. Como a amostra é conglomerada por hospital, um efeito de desenho de aproximadamente 1,3 foi usado para aumentar a amostra inicial, conduzindo a um tamanho de amostra mínimo de 450 puérperas.

Considerando a combinação com o menor número de hospitais a serem selecionados (nove hospitais para a combinação Privado – Norte), foi definida uma amostra de 50 puérperas (vaginal ou cesariana) por hospital, para se atingir a amostra mínima de 450 puérperas (Tabela 1).

#### **b) Hospitais com 100-499 partos/ano**

A alocação dos hospitais nos estratos foi a mesma, incluindo dois hospitais em cada um dos 30 estratos, totalizando 60 hospitais. Um estrato não pôde ser formado devido à ausência de estabelecimentos mistos com 100-499 partos/ano em capitais ou Região Metropolitana da Região Norte. Para se manter o quantitativo de hospitais mistos com 100-499 partos/ano em capitais ou Região Metropolitana, as regiões Sudeste e Sul passaram a ter três hospitais nesse estrato (Tabela 2). Por serem de menor porte, definiu-se uma amostra de 30 puérperas de parto por hospital (Tabela 2).

Ao final, foram amostrados 465 hospitais (155 públicos, 155 mistos e 155 privados).

#### **c) Todos os hospitais**

São consideradas elegíveis para o estudo as admissões por abortamento durante o tempo necessário para a identificação do número planejado (30 ou 50) de puérperas, não havendo um número predefinido de mulheres admitidas por aborto a serem incluídas no estudo. Tal estratégia visou captar a representatividade da razão de internações por aborto entre as internações para parto.

A amostra total planejada corresponde a aproximadamente 24.255 mulheres, sendo aproximadamente 2.205 por motivo de aborto e 22.050 por motivo de parto (Tabela 2).

- **Seleção dos hospitais**

#### **a) Hospitais com $\geq 500$ partos/ano**

No primeiro estágio, os hospitais foram selecionados com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT), definido pelo número de nascidos vivos segundo o SINASC. Como usual em seleções PPT, os hospitais com grande número de nascidos vivos ( $> 5.000$ /ano) foram incluídos com certeza na amostra e tratados como estratos de seleção para a inclusão das mulheres. O sorteio dos hospitais foi feito de forma sistemática, após a classificação do arquivo por estrato e número de nascidos vivos no hospital.

#### **b) Hospitais com 100-499 partos/ano**

No primeiro estágio, os hospitais foram selecionados com PPT, definido pelo número de nascidos vivos no hospital, segundo o SINASC. A seleção de hospitais foi feita de forma sistemática depois da classificação do arquivo por estrato e número de nascidos vivos.

Hospitais que não aceitaram participar foram substituídos pelo próximo da lista, no mesmo estrato amostral.

- **Seleção das mulheres**

As mulheres admitidas para assistência ao parto (normal ou cesariana) ou aborto (espontâneo ou induzido, molar e gestação ectópica) são identificadas pelos registros disponíveis no hospital: censo hospitalar, livro de internações e livro de procedimentos cirúrgicos. Após a identificação inicial, as

mulheres são registradas numa lista única, sendo usada a ordem cronológica da data do parto, para puérperas, e a ordem cronológica de internação, para mulheres pós-abortamento.

As puérperas são selecionadas consecutivamente, até se atingir o número da amostra. O mesmo método é aplicado às mulheres pós-aborto.

Nos hospitais com  $\geq 5.000$  partos/ano, as puérperas são selecionadas em dias alternados, conforme a data do parto, até se atingir a amostra de 50 puérperas de parto. As mulheres pós-aborto também são selecionadas em dias alternados, porém seguindo a ordem de internação.

Perdas e recusas são repostas até que o quantitativo previsto em cada unidade hospitalar seja alcançado.

- **Procedimento de coleta de dados**

As mulheres são abordadas durante a internação, no mínimo seis horas após o parto e três horas depois do procedimento de esvaziamento uterino ou cirurgia para gestação ectópica. Nos abortamentos sem necessidade de intervenção, a entrevista é realizada posteriormente à conclusão do processo assistencial da mulher.

Após o intervalo definido, as mulheres são abordadas em seu próprio leito hospitalar, seja em quartos individuais ou enfermarias coletivas. No caso daquelas internadas por aborto, além da entrevista face a face, é utilizado um instrumento não identificado, preenchido pela própria mulher e depositado numa urna. Ao final da entrevista, todas as mulheres são convidadas a participar das duas ondas de seguimento, dois e quatro meses após o parto ou aborto.

Em cada estabelecimento de saúde, o período de coleta de dados varia conforme o tamanho do hospital, a seleção dos dias de pesquisa (consecutivos ou alternados) e o tempo necessário para finalizar a coleta dos prontuários hospitalares da mulher e do recém-nascido. A coleta de dados se estende pelos finais de semanas e feriados.

- **Características dos instrumentos de coleta de dados**

Na pesquisa *Nascer no Brasil II*, são utilizados seis instrumentos eletrônicos para coleta de dados relativos à mulher e/ou ao recém-nato, preenchidos pela equipe de pesquisa, contendo todas as variáveis do *Nascer no Brasil I*, acrescidas de variáveis de hábitos de vida, contexto da gestação, maus-tratos e abusos (violência obstétrica), discriminação, assistência ao aborto e saúde mental materna.

O primeiro formulário é aplicado à mulher de parto ou aborto durante a internação hospitalar e é composto por variáveis de: identificação; nível de escolaridade e de renda; antecedentes obstétricos; dados antropométricos maternos; atividade física; contexto da gestação em questão; assistência pré-natal; história obstétrica; morbidades e uso de medicamentos na gestação; intenção de amamentar; trabalho de parto; avaliação da assistência prestada a ela e ao recém-nascido. Na oportunidade, os cartões de pré-natal das gestantes e os exames de ultrassonografia obstétrica são fotografados.

O segundo questionário é preenchido com base em dados disponíveis das fotos do cartão de pré-natal: antecedentes clínicos; história obstétrica; número de consultas de pré-natal; aferições de pressão arterial; aferições de altura uterina; aferições de peso gestacional; exames laboratoriais; suplementações nutricionais; medicamentos, vacinas, diagnóstico e tratamento de intercorrências; e dados de ultrassonografias.

O terceiro questionário é preenchido com base em dados disponíveis no prontuário hospitalar, contendo informações sobre: assistência pré-natal; admissão hospitalar; assistência ao trabalho de parto, ao parto, ao aborto e ao nascimento; medicamentos e intervenções realizadas; morbidade materna e neonatal; internação em unidade de terapia intensiva (UTI); e condições de alta da mulher e do conceito, com registro da causa no caso de óbito. Essa coleta se dá após a alta hospitalar ou até o 42º dia de internação, no caso de hospitalização prolongada. Já as informações dos prontuários dos recém-nascidos são coletadas depois da alta hospitalar ou até o 28º dia de internação, no caso de hospitalização prolongada.

O quarto questionário é utilizado para os casos de aborto – exceto mulheres admitidas para interrupção legal da gestação ou para aquelas com diagnóstico de mola hidatiforme ou gestação ectópica, porque a elucidação do tipo de aborto (espontâneo ou induzido) não se aplica a esses casos. Contém

informações sobre idade, cor da pele, escolaridade, região de residência, tipo de financiamento da internação, tipo de aborto (espontâneo ou induzido) e os métodos utilizados, o local de realização e os profissionais envolvidos, no caso dos abortos induzidos. É impresso, anônimo, autopreenchido e depositado numa urna lacrada. Posteriormente, é digitado por profissionais da equipe de pesquisa.

O quinto formulário é a primeira onda de seguimento, dois meses depois do parto ou aborto com questões sobre: morbidade materna após a alta da maternidade; utilização de serviço de saúde ambulatorial; saúde do bebê; satisfação com o atendimento ao abortamento; transtorno de estresse pós-traumático; vínculo mãe-bebê; depressão pós-parto; e ansiedade.

O sexto formulário é a segunda onda de seguimento, quatro meses depois do parto ou aborto com questões sobre: COVID-19 longa; amamentação; maus-tratos e abusos (violência obstétrica) na atenção ao parto/aborto; satisfação com o atendimento recebido na internação para o parto/aborto; e discriminação no dia a dia.

Não é indicado que se realize a coleta de informações sobre maus-tratos na maternidade, pois as mulheres poderiam não relatar experiências negativas devido à proximidade do perpetrador da violência/maus-tratos e pelo fato de algumas mulheres precisarem de tempo para se perceberem como vítimas, principalmente quando os atos sofridos são sutis e os desfechos são positivos<sup>12</sup>.

Os dois últimos formulários são preenchidos por meio de ligação telefônica ou link de autopreenchimento. Para maiores detalhes, ver Theme-Filha et al.<sup>9</sup>.

- **Variáveis de exposição, desfechos e covariáveis**

No Quadro 2, apresentamos as principais variáveis de exposição, desfechos e covariáveis da pesquisa *Nascer no Brasil II*.

### **Estudo sobre estrutura e processos assistenciais dos serviços de obstetrícia e neonatologia**

- **População do estudo**

Para a avaliação da estrutura e dos processos assistenciais dos serviços de obstetrícia e neonatologia, são entrevistados os gestores das maternidades e os coordenadores da obstetrícia, da neonatologia, da epidemiologia e da farmácia.

- **Plano amostral**

A amostra inclui todos os 465 hospitais do *Nascer no Brasil II*.

- **Procedimento de coleta de dados**

Os profissionais são entrevistados face a face pelo coordenador estadual ou profissional designado por ele.

- **Características do formulário**

O formulário contém os seguintes blocos: caracterização do estabelecimento de saúde (grau de complexidade, campo de prática de ensino, acesso a hemoderivados, exames laboratoriais e ambulâncias); recursos humanos (número e qualificação por categoria profissional e atividades de capacitação); organização e processo de trabalho na obstetrícia e neonatologia (disponibilidade de normas e diretrizes clínicas recomendadas pelo Ministério da Saúde); equipamentos de emergência materna e neonatal; medicamentos; capacidade instalada de leitos maternos e neonatais; organização da maternidade para o enfrentamento da COVID-19; e monitoramento do cuidado e de resultados da assistência ao parto, nascimento e aborto. Esse formulário foi desenvolvido com base na legislação vigente<sup>13,14,15,16,17,18,19,20,21,22</sup>.

**Quadro 2**Principais variáveis de exposição, desfechos e covariáveis do estudo *Nascer no Brasil II, 2022/2023*.

<b>SOCIODEMOGRÁFICAS E HÁBITOS DE VIDA</b>	<b>CONTEXTO DA GESTAÇÃO ATUAL</b>	<b>DESFECHOS MATERNOS</b>	<b>DESFECHOS INFANTIS</b>	<b>ESTRUTURA E PROCESSOS DA MATERNIDADE</b>	<b>ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO</b>
Macrorregião Localização do hospital Tipo de hospital Pagamento do parto Idade Cor da pele Escolaridade Situação conjugal Renda familiar Trabalho remunerado Religião Tabagismo Uso de bebidas alcoólicas Uso de outras drogas Atividade física	Violência sexual Uso de reprodução assistida Uso de métodos contraceptivos Planejamento da gravidez Satisfação com a gravidez Preferência pelo tipo de parto Intenção de amamentação	Tipo de início de trabalho de parto Tipo de parto Tipo de aborto Condições potencialmente ameaçadoras à vida <i>Near miss</i> materno Óbito materno Satisfação materna com o atendimento hospitalar prestado a ela Satisfação materna com o atendimento hospitalar prestado ao recém-nascido Morbidades maternas após a alta hospitalar Utilização dos serviços de saúde da atenção básica após a alta hospitalar Adequação da atenção à puérpera após a alta hospitalar Re-hospitalização Vínculo entre mãe e bebê Transtorno de estresse pós-traumático Depressão pós-parto Ansiedade pós-parto Auto percepção de discriminação no dia a dia COVID longa	Peso ao nascer Comprimento ao nascer Perímetro cefálico ao nascer Idade gestacional no nascimento Contato pele a pele Amamentação na primeira hora de vida Morbidades neonatais Uso de ventilação mecânica Internação em UTI neonatal <i>Near miss</i> neonatal Amamentação na alta hospitalar Morbidades infantis após a alta hospitalar Utilização dos serviços de saúde da atenção básica após a alta hospitalar Adequação da atenção ao recém-nascido após a alta hospitalar Re-hospitalização Amamentação aos 2 e 4 meses de vida	Obstetrícia e neonatologia Recursos humanos Organização e processo de trabalho Assistência à mulher Equipamentos para emergência materna Capacidade instalada de leitos Relação do hospital com a mulher	Início do pré-natal Número de consultas de pré-natal Adequação quantitativa e qualitativa da assistência pré-natal Acesso ao parto Práticas no trabalho de parto e parto/aborto Maus tratos na maternidade Adequação quantitativa e qualitativa da atenção ao parto/aborto Práticas com o recém-nascido na sala de parto e durante a internação hospitalar Adequação quantitativa e qualitativa da atenção ao recém-nascido

(continua)

**Quadro 2 (continuação)**

CLÍNICAS	HISTÓRIA OBSTÉTRICA	OBSTÉTRICAS	EPIDEMIOLOGIA	COVID-19 (ORGANIZAÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO)	
Morbidades prévias à gestação IMC pré-grestacional	Paridade Abortos/Natimortos/ Neonatais anteriores Prematuros/Baixo peso anteriores Partos vaginais e cesarianas anteriores Intervalo interpartal	Grupos de Robson Morbidades ocorridas na gestação Infecção pela COVID-19 na gestação Hospitalização na gestação Ganho de peso na gestação	Equipamentos disponíveis Profissionais que compõem o serviço Sistemas de informação utilizados (SIM, SINASC, SINAN) Farmácia Disponibilidade de medicamentos utilizados na assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido	Recursos humanos Insumos Dados disponíveis Atenção à mulher e ao recém-nascido	

IMC: índice de massa corporal; SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade; SINASC: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; UTI: unidade de terapia intensiva.

**Estudo com profissionais de saúde que prestam assistência ao trabalho de parto, ao parto e ao aborto**

• **População do estudo**

São elegíveis todos os profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais que estejam em atividade durante o período de realização do trabalho de campo e que desempenhem suas atividades profissionais na assistência a mulheres internadas para parto ou aborto. Profissionais com atuação exclusivamente gerenciais, administrativas ou em atividades ambulatoriais não são elegíveis para este estudo.

• **Plano amostral**

A amostra total planejada, incluindo todos os 465 hospitais do *Nascer no Brasil II*, é de 4.350 profissionais de saúde.

Nos 60 hospitais com menos de 500 partos/ano, são convidados a participar cinco profissionais: o(a) chefe do serviço médico de obstetrícia; o(a) chefe do serviço de enfermagem, preferencialmente responsável pelo centro obstétrico; um(a) obstetra; um(a) enfermeiro(a); e um(a) psicólogo(a) ou assistente social que atue na atenção às mulheres hospitalizadas. Nos 405 hospitais com 500 ou mais partos/ano, as mesmas categorias profissionais são convidados, com a ampliação do quantitativo para três médicos e três enfermeiros, além das respectivas chefias, totalizando dez profissionais. Em ambos os tipos de hospital, caso não estejam disponíveis psicólogos ou assistentes sociais, o total previsto deverá ser alcançado com a entrevista de mais médicos e enfermeiros.

- **Procedimento de coleta de dados**

Os profissionais são convidados a participar do estudo pela equipe de trabalho de campo do *Nascer no Brasil II*. A participação é voluntária e se dá por meio do autopreenchimento de um questionário não identificado.

O preenchimento leva de 20 a 30 minutos, aproximadamente, podendo o profissional optar pelo preenchimento do questionário eletrônico ou impresso. Todos os profissionais receberão um envelope não identificado contendo o questionário em papel e um link para preenchimento *online*, gerado pela coordenação central da pesquisa *Nascer no Brasil II*, que dará acesso a um questionário individual, anônimo, que será armazenado no servidor da Fiocruz. Caso opte pelo preenchimento em papel, o questionário é devolvido em envelope lacrado, visando garantir o anonimato do profissional, sendo a digitação feita por um membro da equipe.

Profissionais que não devolverem o questionário preenchido, devolverem um questionário em branco ou parcialmente preenchido e não fizerem o preenchimento do questionário eletrônico são considerados recusa, bem como aqueles que não concordarem em participar do estudo no momento do convite. Novos profissionais são abordados até que o quantitativo previsto para cada tipo de hospital seja alcançado; se possível, por categoria profissional, dependendo da disponibilidade em cada unidade hospitalar.

- **Características dos questionários**

São utilizados três tipos de questionários, um para médicos(as), um para enfermeiros(as) e um para psicólogos(as) e assistentes sociais, contendo dados sobre: (1) características profissionais (idade, sexo, categoria profissional, tempo de formado e de atuação no hospital, pertencimento religioso, formação profissional); (2) conhecimento sobre a legislação brasileira e sobre os protocolos assistenciais existentes para assistência ao trabalho de parto, ao parto e a perdas fetais precoces; (3) atitude em relação às boas práticas na assistência ao trabalho de parto, ao parto e a perdas fetais, aos permissivos legais brasileiros para a interrupção da gestação e ao recurso à objeção da consciência para a não realização de procedimentos de interrupção da gestação; e (4) sua prática assistencial na atenção ao trabalho de parto, ao parto e ao aborto.

### Aspectos comuns aos estudos

No Quadro 3 são apresentadas as principais características (instrumentos de coleta de dados, abrangência, população alvo, amostra, período de captação e método de coleta) da pesquisa *Nascer no Brasil II*, incluindo as etapas com as mulheres, a avaliação da estrutura das maternidades e a avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas desenvolvido com os profissionais de saúde.

Todos os instrumentos estão disponíveis no site do *Nascer no Brasil II* ([https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us\\_portfolio=nascer-no-brasil-2](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil-2)).

- **Equipe de trabalho de campo**

Em cada Unidade da Federação (UF), foi formada uma equipe composta de: (1) coordenador e supervisor estadual (docentes universitários e profissionais de saúde das secretarias de saúde), responsáveis pelo contato com as secretarias de saúde e diretores das maternidades, para informar sobre os objetivos do estudo e as estratégias de realização do trabalho, seleção e organização de treinamento da equipe, entrevista com o gestor hospitalar e o monitoramento do processo de trabalho de campo; (2) coletadores de dados (predominantemente enfermeiros), responsáveis pela identificação das puérperas e o preenchimento dos diferentes instrumentos de coleta de dados (entrevista com puérperas, prontuário hospitalar e foto do cartão de pré-natal e laudo da ultrassonografia). A equipe estadual conta também com o apoio de enfermeira obstetra, que orienta e esclarece dúvidas sobre a coleta de dados dos prontuários hospitalares, e do supervisor de campo, responsável pelo controle de qualidade e monitoramento dos dados.

**Quadro 3**

Principais características da pesquisa *Nascer no Brasil II* e do estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas, Brasil, 2022/2023.

	<b>NASCER NO BRASIL II</b>				<b>ESTUDO SOBRE CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICA</b>
Instrumentos de coleta de dados	Entrevista com mulher (1), cartão de pré-natal (2) e prontuário da mulher-recém-nascido (3)	Questionário depositado em urna (4)	Formulários de 1a e 2a entrevistas do seguimento (5 e 6)	Formulário de estrutura e processos (7)	Questionário de conhecimentos atitudes e práticas (8, 9 e 10)
População alvo	Puérperas e seus conceptos e mulheres pós-aborto			Responsável técnico	Profissionais de saúde
	Puérperas de nascido vivo ou natimorto ≥ 500g ou ≥ 22 semanas gestacionais em ordem cronológica do parto. Mulheres no pós-aborto (< 500g ou < 22 semanas gestacionais) em ordem cronológica de internação	Mulheres no pós-aborto (< 500g ou < 22 semanas gestacionais), em ordem cronológica de internação, exceto as admitidas para interrupção legal da gestação, mola hidatiforme ou gestação ectópica	Puérperas de parto ou aborto entrevistadas no hospital que autorizaram o contato telefônico	Obstetrícia, neonatologia, epidemiologia, farmácia	Médico obstetra, enfermeira, psicóloga, assistente social
Abrangência	465 maternidades	465 maternidades	465 maternidades	465 maternidades	465 maternidades
Amostra nos hospitais 100-499 partos/ano	30 puérperas + total de admissões por abortamento no período de tempo até obter 30 puérperas de parto	Total de admissões por abortamento no período de tempo até obter 30 puérperas	Até 30 puérperas + admissões por aborto que ocorreram no período	1	5
Amostra nos hospitais ≥ 500 partos/ano	50 puérperas + total de admissões por abortamento no período de tempo até obter 50 puérperas de parto	Total de admissões por abortamento no período de tempo até obter 50 puérperas	Até 50 puérperas + admissões por aborto que ocorreram no período		10
Amostra total estimada	Aproximadamente 22.050 mulheres	Aproximadamente 2.205 mulheres	Até 24.255 mulheres	465 maternidades	Aproximadamente 4.350 profissionais de saúde
Período de captação/seguimento	Período necessário até completar a amostra determinada	Período necessário até completar a amostra determinada	2 e 4 meses após o parto ou aborto	Durante coleta de dados no hospital	Durante a coleta de dados no hospital
Método de coleta	Entrevista face a face (mulher); foto e extração de dados do cartão de pré-natal; extração de dados dos prontuários hospitalares (mulher e recém-nascido)	Autopreenchido, de forma não identificada, depositado numa urna lacrada, visando ao sigilo da informação	Entrevista telefônica ou autopreenchido <i>online</i> com a mulher ou respondente próximo	Entrevista face a face	Autopreenchido <i>online</i> ou em papel, de forma não identificada, visando ao sigilo da informação

Nota: a numeração entre parênteses contabiliza o total de instrumentos aplicados pela pesquisa. O estudo trabalha com um total de 10 instrumentos.

- **Treinamento da equipe de campo**

O objetivo do treinamento é padronizar a aplicação de cada instrumento de coleta de dados e preparar a execução do trabalho de campo. O programa de treinamento é composto por conteúdos teóricos e atividades práticas. A parte teórica engloba a descrição detalhada da pesquisa, das atribuições e responsabilidades das coletadoras de dados, da conduta ética em pesquisa, do manuseio do *tablet*, do uso da plataforma REDCap (<https://redcap.fiocruz.br/redcap>) e do envio dos formulários preenchidos para o servidor da Fiocruz. O treinamento segue com: leitura e aplicação dos formulários; simulação de entrevistas face a face, utilizando técnica de dramatização; orientações para fotografar o cartão de pré-natal e o laudo de ultrassonografia; formas de abordagem das puérperas por aborto e dos profissionais de saúde; e simulação de casos para preenchimento do questionário do prontuário. As atividades práticas são realizadas em estabelecimentos de saúde elegíveis.

Inicialmente, os treinamentos foram realizados presencialmente, com o deslocamento da equipe central para o Estado, duração de quatro dias e contendo parte teórica e prática. Posteriormente, a etapa teórica passou a ser realizada remotamente pela coordenação central, e a prática pela coordenação estadual.

Elaborou-se estratégias capazes de garantir a participação e a qualidade do treinamento remoto: simulação de entrevista em que cada participante atua como entrevistador; questionamentos acerca de vídeos assistidos pela equipe; e envios de atividades para a equipe central.

- **Estudo piloto**

Com a finalidade de verificar a logística do trabalho de campo e a adequação dos questionários em condições reais, foi realizado um estudo piloto no Município do Rio de Janeiro (Brasil). Foram testados todos os questionários eletrônicos e os programas de restrição e coerência das informações. Ao final, os ajustes necessários foram realizados.

- **Entrada nos hospitais selecionados**

Antes de iniciar a coleta de dados, a coordenação estadual tem a responsabilidade de entregar ao gestor municipal e ao diretor do hospital uma carta da coordenação do projeto, acompanhada de uma cópia resumida do projeto e do parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). É solicitado ao diretor do hospital a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nessa ocasião, é aplicado um instrumento padronizado para conhecer a organização da assistência ao parto/aborto e, assim, preparar o desenvolvimento do trabalho de campo.

- **Controle da qualidade e monitoramento dos dados**

Para garantir a qualidade dos dados e minimizar erros sistemáticos e aleatórios durante a sua coleta, adotam-se procedimentos padronizados. A equipe de pesquisa utiliza manuais com descrições detalhadas dos procedimentos para a seleção da população do estudo e a coleta de dados.

O monitoramento dos dados é realizado pelos supervisores de campo, visando assegurar a manutenção da representatividade da amostra e monitorar a taxa de participação das puérperas, além de acompanhar o envio dos questionários preenchidos para a plataforma REDCap, no servidor da Fiocruz. Situações inesperadas são analisadas pelos coordenadores para definir as intervenções necessárias.

- **Análise dos dados**

Serão utilizadas duas estratégias de análise: a descritiva e a analítica.

Inicialmente, será realizada uma análise descritiva dos partos e abortos, segundo características hospitalares e maternas, bem como serão estimados os indicadores da assistência pré-natal, ao parto/aborto e ao recém-nascido e dos desfechos maternos e infantis (Quadro 2). Serão calculados médias e desvios padrão, para variáveis contínuas, e frequências (porcentagem), para as variáveis categóricas,

com seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Será utilizado o teste qui-quadrado para verificar diferenças entre as proporções.

Posteriormente, para avaliar a associação entre as variáveis de exposição e o desfecho de interesse, são testados modelos não ajustados, modelos ajustados para fatores de confusão e modelos ajustados para fatores de confusão e variáveis mediadoras. As variáveis de confusão serão selecionadas por meio de gráficos acíclicos direcionados (DAG). As principais perguntas de pesquisa (Quadro 1) serão testadas por meio de modelos de regressões logísticas, regressões lineares, de riscos proporcionais de Cox ou modelos lineares generalizados. Será utilizada a análise para amostras complexas, visando incorporar o efeito de desenho do estudo e a ponderação dos dados segundo o plano amostral

- **Aspectos éticos**

Este estudo foi aprovado pela CONEP (parecer nº 3.909.299) e pelos Comitês de Ética em Pesquisa locais, sempre que exigido pelos hospitais selecionados. Todos os cuidados estão sendo adotados visando garantir o sigilo e a confidencialidade das informações. Qualquer dado que possa identificar os sujeitos do estudo é omitido, tanto no envio dos dados para a plataforma de pesquisa quanto na divulgação dos resultados. Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em um banco de dados com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador.

Antes de cada entrevista, é solicitada a concordância da puérpera após a leitura do TCLE. Para menores de idade, é utilizado o Termo de Assentimento. Apresentou-se à CONEP uma justificativa para a utilização de uma carta-convite aos profissionais de saúde em substituição ao TCLE, já que a assinatura do termo permitiria a identificação, não garantindo o sigilo de sua identidade. A devolução do instrumento preenchido foi considerada como concordância do profissional em participar da pesquisa.

## Discussão

O monitoramento dos processos e resultados da assistência obstétrica no Brasil já justificaria, por si só, a realização dessa segunda pesquisa, considerando a necessidade de redução da morbimortalidade materna, fetal e infantil. No intervalo entre os dois estudos, foram implementados programas de intervenção, nos sistemas público e privado, para a melhoria da assistência obstétrica e perinatal, nomeadamente a estratégia da Rede Cegonha<sup>23</sup> e o programa Parto Adequado<sup>24</sup>, que melhoraram o panorama apresentado no *Nascer no Brasil I*<sup>6</sup>. Por outro lado, nos últimos cinco anos, o Brasil passou por uma crise social e econômica com importantes retrocessos e desinvestimento em políticas públicas da saúde, além da ocorrência da pandemia de COVID-19, que prejudicaram o acesso e a qualidade da assistência obstétrica, com reflexos ainda desconhecidos na saúde materno-infantil.

Nesta segunda edição, a representatividade da amostra foi melhorada, com ampliação do número de hospitais (de 266, no *Nascer no Brasil I*, para 465, no *Nascer no Brasil II*), principalmente dos hospitais privados (de 56 para 155), além da inclusão de hospitais de pequeno porte (100-499 partos/ano). Essa estratégia amostral ampliou a validade interna e externa da amostra.

A inclusão do tema aborto no *Nascer no Brasil II* foi outra inovação. Até o momento, não existe estudo de âmbito nacional que avalie a assistência às mulheres com aborto. Dados da *Pesquisa Nacional de Aborto*, realizada em 2010 e 2016, estimaram prevalência de aborto induzido no país de 15% e 13%, respectivamente<sup>25,26</sup>. Segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS, uma média de 212 mil internações por aborto ocorrem anualmente no país em serviços públicos<sup>27</sup>. Estudos realizados no Nordeste evidenciaram baixa qualidade do cuidado oferecido às mulheres internadas por complicações do aborto, aferida pela análise da estrutura dos serviços e da percepção das mulheres sobre o atendimento recebido<sup>28,29,30</sup>. A produção científica com dados quantitativos é ainda pequena no país e carece de adequações metodológicas. São escassos os estudos fora de capitais e grandes centros e da rede pública. Em virtude da ilegalidade e do estigma que cercam o aborto, imprecisões nas estimativas ocorrem independentemente do método e da técnica utilizados<sup>31</sup>. O método da urna, adotado de forma complementar neste estudo, tem sido utilizado em pesquisas sobre o aborto e poderá contribuir para a obtenção de estimativas mais precisas, ao propiciar sigilo e proteção à mulher, incluindo

as etapas com as mulheres, a avaliação da estrutura das maternidades e a avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas desenvolvido com os profissionais de saúde <sup>11</sup>.

Outros aprimoramentos incluem: ampliação dos blocos de perguntas sobre os hábitos de vida, a intencionalidade e a satisfação com a gestação e a preferência pelo tipo de parto; inclusão do tema “discriminação” (racial, social, física e financeira) percebida ao longo da vida e aferição de maus-tratos e abusos (violência obstétrica), nas suas diversas características e manifestações. O *Nascer no Brasil I* revelou que 44% das mulheres sofreram pelo menos um ato de abuso físico e/ou psicológico, tratamento desrespeitoso, falta de privacidade, informação e comunicação com a equipe de saúde, dificuldade para perguntar sobre seu estado de saúde ou do recém-nascido e perda de autonomia <sup>32</sup>. No *Nascer no Brasil II*, o instrumento é mais adequado para captar maus-tratos e abusos (violência obstétrica) na atenção ao parto e aborto, assim como a possibilidade de explorar as principais consequências desses atos na saúde das mulheres e seus recém-nascidos. Também foi incluído um bloco para a identificação das condições potencialmente ameaçadoras da vida, bem como o manejo das principais complicações obstétricas, o que não havia sido contemplado no *Nascer no Brasil I*, permitindo comparação com outros estudos nacionais e internacionais.

A avaliação da saúde mental materna também foi aprofundada, incluindo o transtorno de estresse pós-traumático, a ansiedade pós-parto, o vínculo mãe e bebê e a saúde mental paterna <sup>33</sup>. O escore compatível com sintomas da depressão pós-parto foi identificado em um quarto das mulheres brasileiras no *Nascer no Brasil I* <sup>34</sup>, três vezes mais frequente do que o reportado para os Estados Unidos <sup>35</sup>.

A análise dos dados de cartão de pré-natal foi ampliada, permitindo a avaliação da adequação de diversos aspectos dessa assistência, tais como: época de início do pré-natal; número de consultas, exames e vacinas; suplementação nutricional; profilaxias específicas em mulheres de alto risco para pré-eclâmpsia; e manejo de intercorrências durante a gestação. Dados da entrevista com a puérpera permitirão uma melhor avaliação da utilização dos serviços de pré-natal, como os motivos referidos para a não realização de pré-natal ou seu início tardio, os aconselhamentos recebidos, apoio para redução/suspensão de fumo e uso de álcool na gestação, bem como vinculação à maternidade de referência, evitando a peregrinação para o parto. Por fim, dados obtidos no prontuário hospitalar permitirão avaliar a efetividade da assistência pré-natal para redução de desfechos negativos que podem ser evitados por ações durante a gestação, tais como a prevenção de sífilis congênita, óbitos fetais anteparto, baixo peso ao nascer, anemia e ganho de peso inadequado. A avaliação do crescimento intrauterino e do ganho de peso gestacional permitirá a proposição de curvas nacionais.

Diante da persistência de níveis inaceitáveis de indicadores negativos maternos e perinatais, concomitantes às altas coberturas de atendimento hospitalar ao parto, a qualidade dos serviços obstétricos e neonatais assume um papel essencial para o alcance de melhorias na saúde materna e infantil. A verificação da capacidade instalada de recursos físicos e humanos, da modalidade de financiamento e da incorporação tecnológica empregada para apoio ao diagnóstico clínico viabiliza a classificação dos serviços segundo o grau de complexidade. A forma da organização da maternidade permitirá avaliar a oferta de serviços hospitalares, as potencialidades do sistema de saúde para atender desde as necessidades de atenção mais simples até aquelas com tecnologias sofisticadas durante o aborto, parto e nascimento, além do enfrentamento da COVID-19.

O delineamento amostral do estudo permitirá conhecer a distribuição geográfica dos recursos físicos e humanos e a identificação de carências e excessos na oferta de insumos e tecnologias dos estabelecimentos de saúde disponibilizados pelo SUS e pelos planos de saúde privados.

A avaliação dos profissionais de saúde não foi realizada na pesquisa *Nascer no Brasil I*, de forma que a implantação das práticas assistenciais no trabalho de parto e no parto foi estimada a partir da entrevista com as puérperas e de dados registrados em prontuários hospitalares. No entanto, é de extrema relevância a avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação à assistência ao parto e ao aborto e à identificação de barreiras e facilitadores para a implementação de diretrizes assistenciais. A condução do estudo conhecimento, atitudes e práticas de forma integrada a práticas como parte da pesquisa *Nascer no Brasil II* permitirá avaliar a atuação de profissionais, em diversos contextos do país, e conhecer como esses e os serviços têm experimentado as mudanças ocorridas na área nos últimos anos. Essas informações serão complementadas pelas obtidas com as mulheres, proporcionando uma visão mais abrangente da utilização dos serviços de atenção ao parto e às perdas fetais.

Por fim, a realização dos três estudos caso controle integrados ao *Nascer no Brasil II* permitirá maior eficiência nas análises, ao obter maior número de casos, ao mesmo tempo garantindo um número adequado de controles. Realizar os estudos integrados nos mesmos hospitais do *Nascer no Brasil II*, utilizando os mesmos instrumentos de coleta de dados, treinamento da equipe e procedimentos no trabalho de campo, reduzirá a possibilidade de viés de seleção e de aferição.

Pelo seu tamanho e complexidade, este estudo envolve muitos desafios, mas também muitas oportunidades de inovação no gerenciamento de pesquisas com coleta de dados de campo em larga escala. Contando com mais de 500 profissionais de saúde para a coleta de dados, associados a estratégias de redução do contato presencial em função da pandemia de COVID-19, foram desenvolvidos mecanismos de treinamento à distância, que se mostraram viáveis e efetivos para promover a capacitação da equipe de campo distribuída em todo o território nacional. Foi desenvolvido um sistema de controle da qualidade dos dados em tempo real na plataforma REDCap, bem como intensivo uso das redes sociais para esclarecimento de dúvidas e orientações. Supervisores atuaram no controle da seleção da amostra em cada hospital, por meio da conferência das listas únicas, na recepção dos instrumentos de coleta de dados preenchidos e na avaliação de sua completude e qualidade. A descentralização da coordenação em cada ente da UF foi essencial no desenvolvimento do trabalho e foi viabilizada por reuniões periódicas, com a participação de pós-graduandos dessas universidades no estudo, com o objetivo de desenvolver teses e dissertações.

Pesquisas sucessivas de saúde, com amostras diferentes e representativas da população, podem ser classificadas como estudos de tendências. Mesmo mudando a população analisada, a pesquisa fornece uma rica fonte de dados ao longo do tempo sobre a população de base do estudo. O *Nascer no Brasil II* permitirá avaliar os avanços alcançados na atenção ao parto e nascimento nos hospitais públicos e privados, com o intuito de aprimorar a qualidade da atenção ao aborto, ao parto e ao nascimento e reduzir cesarianas desnecessárias.

## Colaboradores

M. C. Leal contribuiu para a concepção e desenho do estudo, redação e revisão; e aprovou a versão final. A. P. Esteves-Pereira contribuiu para a concepção e desenho do estudo, redação e revisão; e aprovou a versão final. S. A. Bittencourt contribuiu para a concepção e desenho do estudo, redação e revisão; e aprovou a versão final. R. M. S. M. Domingues contribuiu para a concepção e desenho do estudo, redação e revisão; e aprovou a versão final. M. M. Theme Filha contribuiu para a concepção e desenho do estudo, redação e revisão; e aprovou a versão final. T. H. Leite contribuiu para a concepção e desenho do estudo, redação e revisão; e aprovou a versão final. B. V. S. Ayres contribuiu para a concepção e desenho do estudo, redação e revisão; e aprovou a versão final. M. L. Baldisserotto contribuiu para a concepção e desenho do estudo, redação e revisão; e aprovou a versão final. M. Nakamura-Pereira contribuiu para a concepção e desenho do estudo, redação e revisão; e aprovou a versão final. M. E. L. Moreira contribuiu para a concepção e desenho do estudo, redação e revisão; e aprovou a versão final. M. A. S. M. Gomes contribuiu para a concepção e desenho do estudo, redação e revisão; e aprovou a versão final. M. A. B. Dias contribuiu para a concepção e desenho do estudo, redação e revisão; e aprovou a versão final. M. L. S. Takemoto contribuiu para a concepção e desenho do estudo, redação e revisão; e aprovou a versão final. R. C. Pacagnella contribuiu para a concepção e desenho do estudo, redação e revisão; e aprovou a versão final. S. G. N. Gama contribuiu para a concepção e desenho do estudo, redação e revisão; e aprovou a versão final.

## Informações adicionais

ORCID: Maria do Carmo Leal (0000-0002-3047-515X); Ana Paula Esteves-Pereira (0000-0002-0236-2043); Sônia Azevedo Bittencourt (0000-0003-2466-1797); Rosa Maria Soares Madeira (0000-0001-5722-8127); Mariza Miranda Theme Filha (0000-0002-7075-9819); Tatiana Henriques Leite (0000-0002-2861-4480); Barbara Vasques da Silva Ayres (0000-0002-6228-5932); Márcia Leonardi Baldisserotto (0000-0001-6907-2510); Marcos Nakamura-Pereira (0000-0002-4231-0205); Maria Elisabeth Lopes Moreira (0000-0002-2034-0294); Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes (0000-0001-5908-1763); Marcos Augusto Bastos Dias (0000-0003-1386-7001); Maira Libertad Soligo Takemoto (0000-0002-7016-2879); Rodolfo de Carvalho Pacagnella (0000-0002-5739-0009); Silvana Granado Nogueira da Gama (0000-0002-9200-0387).

## Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde e à Fundação Oswaldo Cruz.

## Referências

1. Esteves-Pereira AP, Deneux-Tharoux C, Nakamura-Pereira M, Saucedo M, Bouvier-Colle MH, Leal MC. Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: a population-based case control study in Brazil. *PLoS One* 2016; 11:e0153396.
2. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Domingues RMSM, Dias MAB, Moreira ME, et al. Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil. *BMJ Open* 2017; 7:e017789.
3. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RMSM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health* 2016; 13 Suppl 3:127.
4. Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura-Pereira M, Carmo Leal M. Factors associated with cesarean delivery during labor in primiparous women assisted in the Brazilian Public Health System: data from a National Survey. *Reprod Health* 2016; 13:114.
5. Centre de Recherche en Epidémiologie et Statistiques. Les Enquêtes Nationales Périnatales. <https://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales> (accessed on 13/Feb/2023).
6. 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.
7. Domingues RMSM, Fonseca SC, Leal MC, Aquino EML, Menezes GMS. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00190418.
8. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Pacagnella RC, Lansky S, Esteves-Pereira AP, et al. Mortalidade perinatal, morbidade materna grave e *near miss* materno: protocolo de um estudo integrado à pesquisa *Nascer no Brasil II*. *Cad Saúde Pública* 2024; 40:e00248222.
9. Theme Filha MM, Baldisserotto ML, Leite TH, Mesenburg MA, Fraga ACSA, Bastos MP, et al. *Nascer no Brasil II*: protocolo de investigação da saúde materna, paterna e da criança no pós-parto. *Cad Saúde Pública* 2024; 40:e00249622.
10. Gama SGN, Bittencourt SA, Theme Filha MM, Takemoto MLS, Lansky S, Frias PG, et al. Mortalidade materna: protocolo de um estudo integrado à pesquisa *Nascer no Brasil II*. *Cad Saúde Pública* 2024; 40:e00107723.
11. Bonan C, Reis AP, Rodrigues AP, Menezes GMS, McCallum CA, Duarte NIG, et al. Itinerários de cuidado à saúde de mulheres em situações de abortamento: aspectos metodológicos do estudo qualitativo da pesquisa *Nascer no Brasil II*. *Cad Saúde Pública* 2024; 40:e00006223.
12. Olza I, Uvnas-Moberg K, Ekström-Bergström A, Leahy-Warren P, Karlsdottir SI, Nieuwenhuijze M, et al. Birth as a neuro-psycho-social event: an integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS One* 2020; 15:e0230992.
13. Ministério da Saúde. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da União* 2008; 4 jun.
14. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002; Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União* 2002; 22 feb.
15. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.091, de 25 de agosto de 1999. Cria e estabelece as normas e critérios de inclusão da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal no SUS. *Diário Oficial da União* 1999; 26 aug.
16. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União* 2002; 12 nov.
17. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.071, de 4 de julho de 2005. Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. *Diário Oficial da União* 2005; 5 jul.
18. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). *Diário Oficial da União* 2015; 25 mar.
19. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005. Regulamenta em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* 2005; 6 dec.
20. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 27 jun.
21. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. *Diário Oficial da União* 1998; 13 aug.
22. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
23. Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EBAF, Gomes MASM, Bittencourt SDA, Gama SGN, et al. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26:789-800.

24. Borem P, Ferreira JBB, Silva UJ, Valério Júnior J, Orlanda CMB. Increasing the percentage of vaginal birth in the private sector in Brazil through the redesign of care model. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2015; 37:446-54.
25. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15:959-66.
26. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:653-60.
27. Cardoso BB, Vieira FMSB, Saraceni V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Cad Saúde Pública* 2020; 36 Suppl 1:e00188718.
28. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves SV, Almeida MCC, et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:1765-76.
29. Carneiro M, Iriart J, Menezes G. "Left alone, but that's okay": paradoxes of the experience of women hospitalized due to induced abortion in Salvador, Bahia, Brazil. *Interface (Botucatu)* 2013; 17:405-18.
30. Madeiro AP. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:2771-80.
31. Menezes GMS, Aquino EML, Fonseca SC, Domingues RMSM. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. *Cad Saúde Pública* 2020; 36 Suppl 1:e00197918.
32. Leite TH, Pereira APE, Leal MC, Silva AAM. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *J Affect Disord* 2020; 273:391-401.
33. Filha MMT, Leite TH, Baldisserotto ML, Esteves-Pereira AP, Leal MC. Quality improvement of childbirth care (Adequate Birth Project) and the assessment of women's birth experience in Brazil: a structural equation modelling of a cross-sectional research. *Reprod Health* 2022; 20 Suppl 2:1.
34. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN, Leal MC. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord* 2016; 194:159-67.
35. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: a review. *Cleve Clin J Med* 2020; 87:273-7.

## Abstract

*Brazil has made advances in obstetric care in public and private hospitals; however, weaknesses in this system still require attention. The Brazilian Ministry of Health, aware of this need, funded the second version of the Birth in Brazil survey. This study aimed to evaluate: prenatal, labor and birth, postpartum, and abortion care, comparing the results with those of Birth in Brazil I; and analyze the main determinants of perinatal morbidity and mortality; evaluate the care structure and processes of obstetrics and neonatology services in maternity hospitals; analyze the knowledge, practices, and attitudes of health professionals who provide birth and abortion care; and identify the main barriers and facilitators related to care of this nature in Brazil. With a national scope and a 2-stage probability sample: 1-hospitals and 2-women, stratified into 59 strata, 465 hospitals were selected with a total planned sample of around 24,255 women – 2,205 for abortion reasons and 22,050 for labor reasons. Data collection was conducted using six electronic instruments during hospital admission for labor or abortion, with two follow-up waves, at two and four months. In order to expand the number of cases of severe maternal morbidity, maternal and perinatal mortality, three case control studies were incorporated into Birth in Brazil II. The fieldwork began in November 2021 and is scheduled to end in 2023. It will allow a comparison between current labor and birth care results and those obtained in the first study and will evaluate the advances achieved in 10 years.*

*Guidelines as Topic; Health Surveys; Parturition; Perinatal Care*

## Resumen

*Aunque Brasil ha presentado avances en la atención obstétrica en hospitales públicos y privados, todavía hay puntos débiles que necesitan atención. El Ministerio de Salud, consciente de esta necesidad, financió la segunda versión de la encuesta Nacer en Brasil. Los objetivos generales son: evaluar la atención prenatal, el parto y el nacimiento, el puerperio y el aborto, comparando con los resultados del Nacer en Brasil I, y analizar los principales determinantes de la morbimortalidad perinatal; evaluar la estructura y los procesos de atención de los servicios de obstetricia y neonatología en las maternidades; analizar los conocimientos, prácticas y actitudes de los profesionales de la salud que brindan atención para el parto y el aborto; e identificar las principales barreras y facilitadores para esta atención en el país. Tiene un alcance nacional y muestra probabilística en dos etapas (1-hospitales y 2-mujeres), la cual se dividió en 59 estratos; y se seleccionaron 465 hospitales con un total planificado de aproximadamente 24.255 mujeres, de las cuales 2.205 tuvieron procedimientos por aborto y 22.050 por parto. Para la recolección de datos se aplicó seis instrumentos electrónicos, que se realizó durante la hospitalización por parto o aborto, con dos rondas de seguimiento, a los dos y cuatro meses. Con el fin de ampliar el número de casos de morbilidad materna grave, mortalidad materna y perinatal, se incorporaron tres estudios de casos y controles en Nacer en Brasil II. El trabajo de campo comenzó en noviembre de 2021 y finalizará en 2023. Los resultados nos permitirán evaluar la atención al parto y al nacimiento actual con lo que se retrató en la primera encuesta, de esta manera se podrá evaluar los avances alcanzados a lo largo de estos 10 años.*

*Protocolos; Encuestas Epidemiológicas; Parto; Atención Perinatal*

Recebido em 28/Fev/2023

Versão final rerepresentada em 26/Jul/2023

Aprovado em 07/Ago/2023