

# Acompanhamento pré-natal por enfermeira obstetra ou obstetriz para gestantes de risco habitual

Parecer técnico-científico: eficácia e segurança

# Sumário

I.	Resumo Executivo .....	2
	Objetivos .....	
II.	Lista de siglas e abreviações .....	3
III.	Lista de Tabelas .....	4
IV.	Lista de Figuras.....	5
V.	1. Problema de saúde ao qual se aplica a tecnologia proposta .....	6
	1.1. Aspectos clínicos .....	
	1.2. Aspectos epidemiológicos .....	
VI.	2. Descrição da tecnologia proposta e tecnologias alternativas .....	9
VII.	3. Evidências científicas .....	10
	3.1. Questão do Estudo .....	
	3.2. População .....	
	3.3. Intervenção e Comparador .....	
	3.4. Estratégia de busca .....	
	3.6. Critérios de seleção e exclusão dos artigos .....	
	3.7. Critérios de qualidade .....	
	3.8. Resultados da busca realizada – Desfechos de Eficácia e Segurança .....	
VIII.	Considerações Finais .....	30
IX.	Referências Bibliográficas.....	31
X.	Anexo 1 – Artigos excluídos .....	33
XI.	Anexo 2 – Fichas de Avaliação da Qualidade da Evidência .....	34

## Resumo Executivo

---

Foi conduzida revisão sistemática para identificar evidências comparativas de dois modelos de oferta de cuidados pré-natais para gestantes de baixo risco (risco habitual). O objetivo principal da revisão foi identificar se há benefícios clínicos ou riscos associados significativos com a substituição do pré-natal por profissional médico especializado (médico ginecologista obstetra, GO) por assistência pré-natal oferecida por enfermeiras obstetras ou obstetrizes (EOO), no cenário clínico das gestações de baixo risco.

A revisão foi conduzida nas bases de dados Medline via Pubmed, Cochrane Library, CRD Database – University of York e LILACS, utilizando combinação de descritores de vocabulário controlado e palavras-chave, além de filtros para identificar revisões sistemáticas com ou sem metanálise de ensaios clínicos randomizados. Após a busca nas bases de dados, foram identificadas duas revisões sistemáticas com metanálise conduzidas por pesquisadores da Colaboração Cochrane que atendiam aos critérios estabelecidos para esta Avaliação de Tecnologias em Saúde. Por esta razão, elas foram selecionadas e incluídas e a busca para ensaios clínicos randomizados individuais foi feita a partir da última data de atualização das revisões incluídas, não tendo resultado em novos registros elegíveis.

A avaliação da qualidade da evidência através do sistema GRADE identificou que, para os desfechos de redução de partos prematuros (<37 semanas) e hospitalização antenatal, a qualidade é alta e, para os demais desfechos, a qualidade é moderada. As principais limitações se devem a ausência de cegamento, uma vez que ele não é possível para esta intervenção em análise. As evidências correntemente disponíveis indicam que há uma redução consistente e estatisticamente significativa do risco de parto prematuro (<37 semanas) no grupo de gestantes de baixo risco que acompanha pré-natal com EOO. Adicionalmente, não foram identificados riscos associados ao modelo de cuidados pré-natais por enfermeiras obstetras. Não houve diferença para hospitalização na gestação, taxa de cesárea, complicações maternas na gestação ou parto e desfechos adversos perinatais. De fato, houve uma tendência não estatisticamente significativa em favor do pré-natal com EOO para o desfecho de morte perinatal.

## Objetivos

- Revisar as evidências científicas disponíveis sobre a eficácia e a segurança do acompanhamento pré-natal prestado por enfermeiras obstetras ou obstetrizes (EOO) para gestantes de risco habitual (baixo risco).

## Lista de siglas e abreviações

---

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CRD	<i>Center for Reviews and Dissemination</i>
DM	Diferenças de médias
EOO	Enfermeira obstetra ou obstetriz
GO	Médico Ginecologista Obstetra
HR	<i>Hazard ratio</i>
IC	Intervalo de Confiança
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OR	<i>Odds ratio</i>
RR	Risco Relativo
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
RR	Risco relativo
RS	Revisão Sistemática

## Lista de Tabelas

---

Tabela 1. Questão estruturada no formato PICO .....	10
Tabela 2. Termos utilizados nas estratégias de busca.....	12
Tabela 3. Estratégias de busca .....	13
Tabela 4. Estudos incluídos para análise – Revisões Sistemáticas com Metanálise de Ensaios Clínicos Randomizados .....	16
Tabela 5. Classificação da qualidade da evidência. ....	19
Tabela 6. GRADE das evidências obtidas de RS com metanálise para pré-natal com EOO versus GO ...	20
Tabela 7. Resultados da revisão sistemática com metanálise de Villar et al 2011 sobre cuidado pré-natal ofertado por enfermeiras obstetras ou obstetrizes.....	24
Tabela 8 - Motivos de exclusão de artigos lidos na íntegra.....	33

## Lista de Figuras

---

Figura 1. Fluxograma de seleção e inclusão de estudos de eficácia .....	15
Figura 2. Fluxograma para a elaboração da qualidade de evidência. Ministério da Saúde, 2014. (17).....	18
Figura 3. Resultado da metanálise para o desfecho parto prematuro (<37 semanas) em Villar et al 2001 .....	25
Figura 4. Resultado da metanálise para o desfecho taxa de cesárea em Villar et al 2001 .....	25
Figura 5. Resultado da metanálise para o desfecho mortalidade perinatal em Villar et al 2001 .....	26
Figura 6. Resultados para o desfecho de parto prematuro (análise de subgrupo conforme o status de risco) na metanálise de Sandall et al 2016 .....	29

# 1. Problema de saúde ao qual se aplica a tecnologia proposta

---

## 1.1. Aspectos clínicos

Em muitos países do mundo a atenção primária às gestantes é conduzida por Enfermeiras Obstétricas e/ou Obstetrizes (EOO), sendo que há diversos formatos de organização dessa atenção que coexistem em cada contexto, desde um cuidado centrado nesses profissionais EOO quanto a possibilidade de um cuidado misto, em conjunto com os médicos, tanto generalistas quanto ginecologistas obstetras (GO).(1)

No contexto brasileiro, um marco da enfermagem foi, na década de 20, a criação da Escola Anna Nery, na cidade do Rio de Janeiro, a partir de onde a formação desse profissional passa a ter um olhar integral do indivíduo e do coletivo. A partir dos anos 80 com um maior fortalecimento da atenção primária e um crescimento da ideia de prevenção em saúde, a atuação das EOO tem um crescimento nacional ampliado.(2) A regulamentação da atuação de EOO é feita pela lei do exercício profissional de enfermagem, Lei 7.498/86, que dispõe que esses profissionais são os titulares do diploma ou certificado de Enfermeira associado ao diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, como também dispões sobre suas atribuições.(3) Cabe ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) registrar, fiscalizar e disciplinar o exercício profissional da enfermagem amparado por requisitos éticos e legais.

A Organização Pan-americana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) desde os anos 70 preconiza as funções e atividades das EOO, que abrangem tanto a assistência quanto a gestão, educação e pesquisa.(4) A Confederação Internacional de Obstetrizes (ICM) estabelece internacionalmente as competências essenciais para a prática de obstetrícia por EOO, sendo que tais competências foram atualizadas em 2018 e sua versão final publicada em 2019. Quando se trata do atendimento pré-natal estas são:

- Fornecer cuidados pré-gestacionais;
- Determinar o estado de saúde da mulher;
- Avaliar bem-estar fetal;
- Monitorar a progressão da gravidez;
- Promover e apoiar comportamentos de saúde que melhorem o bem estar;
- Fornecer orientações durante a gestação relacionada à gravidez, nascimento, amamentação, parentalidade e mudança na família;
- Detectar, estabilizar, gerenciar e encaminhar mulheres com gestações complicadas;
- Ajudar a mulher e sua família a planejar um local de nascimento apropriado;

- Prestar cuidados às mulheres com gravidez indesejada.(5)

Em 2016 a OMS divulgou as recomendações sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez, dentro deles destaca-se a delegação das tarefas de promoção de comportamentos relacionados com a saúde materna e neonatal num leque alargado de quadros, incluindo múltiplos atores, dentre eles as EOO. Essa mesma recomendação também fala da continuidade dos cuidados prestados por esses profissionais: “uma parteira conhecida ou um pequeno grupo de parteiras conhecidas que cuida de uma mulher durante o período pré-natal, intraparto e pós-natal é a recomendação para mulheres grávidas em contextos de programas de obstetrícia que funcionem devidamente”.(6) Ainda a OMS, dois anos depois, em 2018, publicou recomendações para intervenções não clínicas para reduzir cesarianas desnecessárias, dentre elas, já com enfoque em acompanhamento do trabalho de parto, um dos itens é a atuação multiprofissional com a participação das EOO no cuidado à gestante e parturiente.(7)

## 1.2. Aspectos epidemiológicos

Um relatório examinando o estado atual da obstetrícia em 73 países de baixa e média renda, incluindo o Brasil, apresentado em 2014 pelo Fundo de População das Nações Unidas (Unfpa)/OMS/ICM relata que é necessário um investimento urgente em melhorar a qualidade da obstetrícia para prevenir cerca de dois terços de todas as mortes maternas e neonatais – o que salvaria milhões de vidas a cada ano. Os países selecionados para o relatório (africanos, asiáticos e latino-americanos) são responsáveis por 96% das mortes maternas globais, 91% das mortes fetais e 93% das mortes de recém-nascidos. Dentre as metas, destacam-se o acesso das mulheres ao serviço de obstetrícia, o cuidado primário de qualidade e a possibilidade de transferência direta para um nível seguinte quando necessário, aumento das EOO e suas intervenções benéficas no cuidado ao binômio e o fortalecimento do número de associações de EOO.(8)

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, em 2012, no Brasil, foram 2.905.789 nascidos vivos, sendo que, desses, 502.812 se deram em serviços vinculados à Saúde Suplementar. O número de nascidos vivos se manteve por volta de 2.900.000 nos anos subsequentes, demonstrando a relevância epidemiológica da discussão a respeito de melhores práticas de pré-natal no âmbito da Saúde Suplementar.(9)

Adicionalmente, no contexto mais geral, o Brasil junto de outros países membros das Nações Unidas nos anos 2000 em uma assembleia assinaram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) – que foram oito metas gerais acordadas que deveriam ter sido alcançados até 2015. O quinto ODM era a melhoria da saúde materna, uma redução de  $\frac{3}{4}$  da razão da mortalidade materna (RMM) entre 1990 e 2015 chegando a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2015, que infelizmente não foi alcançado pelo país.(10) Mesmo ainda sem atingir essa meta, os novos objetivos de desenvolvimento sustentável



(2016–2030) acordam para o país uma meta ainda mais baixa, sair das aproximadamente 60 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos para 20 a cada 100.000 nascidos vivos.(11) Dentre as estratégias definidas pela OMS para erradicar a morte materna evitável, está estabelecido que os países devem desenvolver estratégias nacionais para melhorar a cobertura da assistência durante o trabalho de parto e parto, incluir cuidados pré-concepcionais e interconcepcionais, planejamento familiar, cuidados pré-natais e cuidados pós-parto ampliando a cobertura de serviços de alta qualidade baseada em evidências científicas.(12)

Uma das principais referências na literatura sobre a caracterização da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no Brasil é o Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento Nascer no Brasil, que teve sua coleta de dados entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 e foi uma pesquisa multicêntrica de base hospitalar com abrangência nacional, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz), que trouxe dados de 23.984 mulheres e bebês que foram atendidas tanto em estabelecimentos de saúde públicos, como conveniados ao SUS e também privados. O estudo apontou uma grande ampliação do acesso à assistência pré-natal, chegando a atingir em alguns contextos cobertura pré-natal universal das gestantes brasileiras, contudo sua adequação ainda é baixa, tanto pelo início tardio do pré-natal como também por um número abaixo do indicado de consultas previstas pelo MS e déficit na realização dos exames de rotina, orientações sobre o parto e aleitamento. No estudo, afirmam que ainda é um desafio a melhora da qualidade da assistência pré-natal, como a realização de todos os procedimentos considerados efetivos para a redução de desfechos desfavoráveis.(12)

Neste mesmo estudo, 56,8% mulheres foram classificadas como risco obstétrico habitual, que no caso desse estudo significou: sem história de diabetes ou hipertensão arterial, não obesas, HIV negativas, ao nascimento a idade gestacional estava entre 37-41, com gestação única, o feto em apresentação cefálica, com peso ao nascer do recém-nascido entre 2.500g e 4.499g e entre o percentil 50 e 95 de peso ao nascer por idade gestacional.(13)

Os dados do Nascer no Brasil também trouxeram uma preocupação com a taxa brasileira de parto prematuro, que foi quase o dobro da encontrada em países europeus. Para o período 2011-2012 a taxa foi estimada em 11,5% sendo que nascimentos pré-termo que foram iniciados pelo provedor do cuidado em saúde foram 39,3% do total, e esses dados se devem quase que inteiramente (90%) às cesáreas realizadas pré-parto, em particular em serviços vinculados ao Sistema de Saúde Suplementar.(14)

## 2. Descrição da tecnologia proposta e tecnologias alternativas

---

A tecnologia proposta é a inclusão do acompanhamento pré-natal por Enfermeiro Obstetra ou Obstetriz (EOO) no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar, especificamente para a assistência a gestantes classificadas como de baixo risco ou de risco habitual. Os “Cadernos de Atenção Básica” (CAB32) do Ministério da saúde (MS), que abordam a atenção ao pré-natal de baixo risco, corroborados pelo “Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério – atenção qualificada e humanizada”, mencionam especificamente o acompanhamento de EOO ao pré-natal como uma consulta independente, não vinculada necessariamente à assistência médica. Este modelo de acompanhamento pode, inclusive, atender inteiramente as necessidades de pré-natal de baixo risco das gestantes brasileiras, de acordo com o MS e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.(15,16) Conforme o CAB32, na ocorrência de alguma intercorrência durante a gestação, as EOO devem encaminhar a gestante para o médico e continuar conjuntamente a assistência, de modo interdisciplinar. Um dos papéis importantes das EOO, além do monitoramento da saúde da gestante e rastreamento de fatores de risco, é a ação educativa, com a escuta qualificada, possibilitando a produção de mudanças benéficas para a gestante, família e comunidade.(16)

A diretriz do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) publicada em 2008, com sua atualização mais recente em 2019, afirma, sobre o cuidador da gestante durante o pré-natal, que EOO e clínicos gerais devem ser oferecidos para as gestantes sem complicações e que o envolvimento rotineiro de obstetras no cuidado da gestante sem complicação não parece melhorar resultados perinatais em comparação à alternativa de envolver o obstetra somente quando alguma intercorrência acontece na gestação.(17)

No Sistema de Saúde Suplementar brasileiro existe a cobertura obrigatória da assistência pré-natal e exames necessários garantidos, no contexto dos planos de saúde com Obstetrícia, contudo eles somente são realizados integralmente por médicos (em sua maioria obstetras). Apesar de haver cobertura prevista para o acompanhamento pré-natal por médico, as evidências científicas disponíveis, do mais alto grau de qualidade metodológica,(1,18) apontam em uma diferença significativa entre os dois tipos de acompanhamento (por médico GO e por EOO). Esta diferenciação se dá tanto no que diz respeito ao conteúdo do acompanhamento, bem como de desfechos associados, não sendo adequado equivaler os dois tipos de acompanhamento como sendo iguais ou intercambiáveis. Além das evidências científicas representadas por revisões sistemáticas com metanálise de ensaios clínicos randomizados (GRADE alto), também diretrizes nacionais e internacionais(5–7,15–17) se mostram favoráveis à inserção das EOO no contexto do pré-natal. Deste modo, a proposição contida neste

relatório é a criação de um código separado e independente, específico para a consulta de pré-natal por EOO para gestantes de risco habitual, como procedimento de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde em âmbito nacional.

### 3. Evidências científicas

#### 3.1. Questão do Estudo

Para a revisão da literatura, a questão de pesquisa foi estruturada no formato PICO (Tabela 1).

**Tabela 1. Questão estruturada no formato PICO**

<b>P - População</b>	Gestantes de risco habitual ou baixo risco
<b>I - Intervenção</b>	Acompanhamento pré-natal (consultas de pré-natal) realizado por enfermeiras obstetras ou obstetrizes
<b>C - Comparador</b>	Acompanhamento pré-natal (consultas de pré-natal) realizado por médicos obstetras
<b>O - Desfechos</b>	Qualquer desfecho avaliado nos estudos, com foco em redução de cesáreas e intervenções e desfechos maternos e neonatais
<b>Desenho de Estudo</b>	Revisões sistemáticas com ou sem metanálise de ensaios clínicos randomizados e ensaios clínicos randomizados individuais

**Pergunta:** Em gestantes de risco habitual (baixo risco), o acompanhamento pré-natal oferecido por enfermeiras obstetras ou obstetrizes é eficaz e seguro, quando comparado ao acompanhamento pré-natal oferecido por médicos obstetras?

#### 3.2. População

Gestantes classificadas, segundo critérios descritos nos estudos, como de risco habitual ou baixo risco.

#### 3.3. Intervenção e Comparador

Intervenção: acompanhamento pré-natal com consultas regulares com enfermeira obstetra ou obstetriz (EOO)

Comparador: acompanhamento pré-natal com consultas regulares com médico ginecologista obstetra.

### **3.4. Estratégia de busca**

#### **11.4.1. Fontes de dados**

Buscaram-se revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados (com ou sem metanálise) e ensaios clínicos individuais que compararam realização do acompanhamento pré-natal através de consultas realizadas por enfermeiras obstetras ou obstetrizes com o acompanhamento realizado por médicos obstetras. As buscas eletrônicas foram realizadas até 28 de Abril de 2019 em todas as bases obrigatórias (The Cochrane Library, MEDLINE via Pubmed, LILACS e CRD - *Centre for Reviews and Dissemination*) (Anexo 1). Buscas eletrônicas foram complementadas por buscas manuais de referências bibliográficas de publicações selecionadas.

#### **11.4.2. Vocabulário controlado**

Na construção de estratégias de buscas, descritores, palavras-chave e termos controlados (MeSH ou DeCS) foram utilizados para cada base de dados especificamente (Tabela 2). Não foram utilizados limites de idioma ou temporais. As estratégias de buscas encontram-se descritas na Tabela 3.

Tabela 2. Termos utilizados nas estratégias de busca.

	Linha da População	Linha da Intervenção	Comparadores	Filtro para RS/ estudos de rastreamento
PUBMED	("Prenatal Care"[Mesh] OR "antenatal care"[tiab])	("Midwifery"[Mesh] OR "Nurse Midwives"[Mesh] OR midwi*[tiab])	Não utilizado	RS: (search*[tiab] OR review[pt] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analysis[Mesh])  ECRs: (((randomized controlled trial[pt]) OR (controlled clinical trial[pt]) OR ("Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh]) OR ("random allocation"[Mesh]) OR ("double-blind method"[Mesh]) OR ("single-blind method"[Mesh]) OR (clinical trial[pt]) OR ("clinical trials as topic"[Mesh]) OR ("Controlled Clinical Trials as Topic"[Mesh]) OR ("clinical trial"[tw]) OR ((singl*[tw] OR doubl*[tw] OR trebl*[tw] OR tripl*[tw]) AND (mask*[tw] OR blind*[tw])) OR (("placebos"[Mesh]) OR placebo*[tw] OR random*[tw] OR ("research design"[mh:noexp]) OR ("comparative study"[pt]) OR ("evaluation studies as topic"[Mesh]) OR "evaluation studies"[pt] OR ("Drug Evaluation"[Mesh]) OR ("follow-up studies"[Mesh]) OR ("prospective studies"[Mesh]) OR ("multicenter study" [pt]) OR control*[tw] OR prospectiv*[tw] OR volunteer*[tw]) NOT ("animals"[Mesh]) NOT ("humans"[Mesh])))
LILACS	(mh:(prenatal care)) OR (tw:("prenatal care"))	(mh:(midwifery)) OR (mh:(nurse midwives))	Não utilizado	Não utilizado
BIBLIOTECA COCHRANE	"prenatal care" (keyword search)	(midwifery OR nurse midwives) (keyword search)	Não utilizado	Não utilizado
CRD	"prenatal care"	(midwife* OR midwife*)	Não utilizado	Não utilizado

CRD: *Centre for Reviews and Dissemination*; LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; RS: Revisão sistemática; ECR: ensaio clinico randomizado.

**Tabela 3. Estratégias de busca**

**PUBMED**

**ESTRATÉGIA 1 - BUSCA REVISÕES SISTEMÁTICAS E METANÁLISES**

((("Prenatal Care"[Mesh] OR "antenatal care"[tiab]))) AND (( "Midwifery"[Mesh] OR "Nurse Midwives"[Mesh] OR midwi\*[tiab])) AND ((search\*[tiab] OR review[pt] OR meta-analysis[pt] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analysis[Mesh]))

**Resultados: 238 títulos.**

**ESTRATÉGIA 2 - BUSCA ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS INDIVIDUAIS**

((("Prenatal Care"[Mesh] OR "antenatal care"[tiab]))) AND (( "Midwifery"[Mesh] OR "Nurse Midwives"[Mesh] OR midwi\*[tiab])) AND (((randomized controlled trial[pt] OR (controlled clinical trial[pt] OR ("Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR ("random allocation"[Mesh] OR ("double-blind method"[Mesh] OR ("single-blind method"[Mesh] OR (clinical trial[pt] OR ("clinical trials as topic"[Mesh] OR ("Controlled Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR ("clinical trial"[tw] OR ((singl\*[tw] OR doubl\*[tw] OR trebl\*[tw] OR tripl\*[tw]) AND (mask\*[tw] OR blind\*[tw])) OR ((“placebos”[Mesh] OR placebo\*[tw] OR random\*[tw] OR (“research design”[mh:noexp] OR (“comparative study”[pt] OR (“evaluation studies as topic”[Mesh] OR “evaluation studies”[pt] OR (“Drug Evaluation”[Mesh] OR (“follow-up studies”[Mesh] OR (“prospective studies”[Mesh] OR (“multicenter study” [pt] OR control\*[tw] OR prospectiv\*[tw] OR volunteer\*[tw]) NOT (“animals”[Mesh] NOT (“humans”[Mesh])))))

**Resultados: 1276 títulos.**

**LILACS**

**ESTRATÉGIA 1 - BUSCA GERAL**

(mh:(midwifery)) OR (mh:(nurse midwives)) AND (mh:(prenatal care)) OR (tw:("prenatal care"))

**Resultados: 8 títulos.**

**CRD**

**ESTRATÉGIA 1 – BUSCA GERAL**

("prenatal care") AND (midwife\* OR midwife\*)

**Resultados: 22 títulos.**

**COCHRANE**

**ESTRATÉGIA 1 - BUSCA GERAL**

("Prenatal Care"[ Keywords]) AND ("midwifery" [Keywords] OR "nurse midwives"[Keywords])

**Resultados: 3 títulos (revisões completas)**

---

CRD: *Centre for Reviews and Dissemination*; LILACS: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*.

### 3.6. Critérios de seleção e exclusão dos artigos

Foram considerados elegíveis estudos que atenderam às seguintes características:

- Revisões sistemáticas com ou sem metanálise de ECRs bem como ECRs individuais;
- Envolvendo gestantes de risco habitual ou baixo risco recebendo acompanhamento pré-natal por enfermeiras obstetras ou obstetrizes (EOO) ou por médicos obstetras (GO);
- Publicadas na íntegra ou, caso em formato alternativo (resumo ou carta), que contenham informação suficiente para permitir avaliar criticamente os métodos e os resultados.

Para os fins desta revisão, foram excluídos estudos que não atendessem os critérios acima descritos e ainda aqueles que se encaixem nos seguintes critérios de exclusão:

- Duplicatas, definidas como estudos individuais já incluídos em revisões sistemáticas elegíveis para esta revisão OU mais de uma publicação sobre o mesmo estudo reportando os mesmos dados (ou conjunto de dados já contidos em publicações incluídas);
- Populações de gestantes de alto risco ou de risco variável ou estudos em que não fosse possível estabelecer o status de risco das gestantes incluídas.

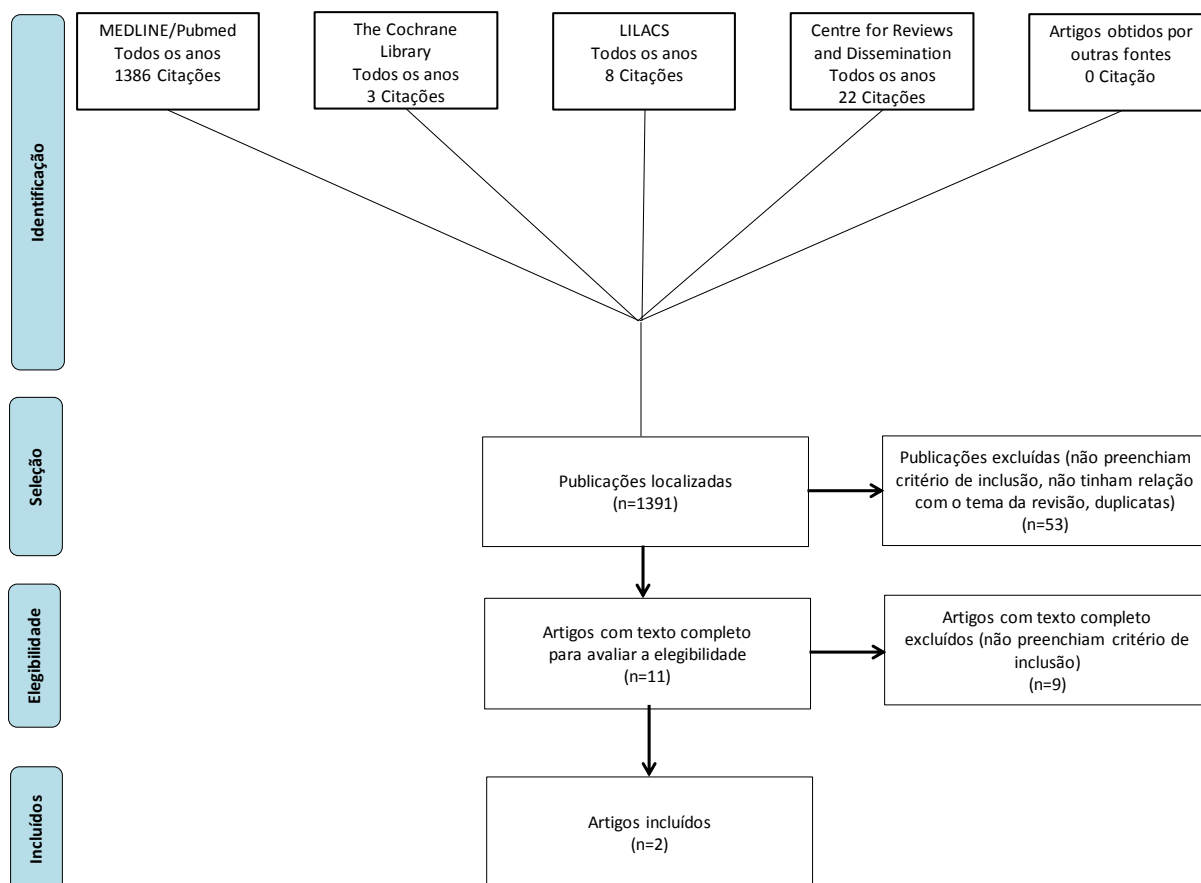
### 3.7. Critérios de qualidade

Dois revisores realizaram a busca nas bases de dados utilizando a estratégia previamente definida e selecionaram os estudos para inclusão na revisão. Planejou-se, inicialmente, que, nos casos em que não houvesse consenso, um terceiro revisor seria consultado sobre a elegibilidade e ficaria responsável pela decisão final. De acordo com as Diretrizes Metodológicas para Elaboração de Pareceres Técnico-Científicos do Ministério da Saúde, os estudos incluídos na revisão foram analisados com base em critérios de qualidade e indicadores metodológicos estabelecidos por Guyatt e Rennie 2006 (19) e avaliados conforme a Classificação de Nível de Evidência *Oxford Centre for Evidence Based Medicine* (Anexo 4).

### 3.8. Resultados da busca realizada – Desfechos de Eficácia e Segurança

#### 3.8.1. Seleção dos artigos

Após a realização da busca nas bases de dados, 1391 títulos não duplicados foram localizados. Aplicados os critérios de elegibilidade, dois revisores selecionaram inicialmente 11 publicações para leitura na íntegra. Destes, dois estudos foram incluídos na íntegra, sendo ambos Revisões Sistemáticas com Metanálise de Ensaios Clínicos Randomizados da Colaboração Cochrane(1,18) (Figura 1).



**Figura 1. Fluxograma de seleção e inclusão de estudos de eficácia**

Os resultados encontram-se descritos ao longo do texto a seguir. Os estudos incluídos na versão final desta revisão encontram-se demonstrados na Tabela 4, com suas principais características. Os estudos avaliados na íntegra e excluídos, assim como seus motivos para exclusão são apresentados no Anexo 1.



### 3.8.2. Resumo das principais características e limitações dos estudos incluídos

Tabela 4. Estudos incluídos para análise – Revisões Sistemáticas com Metanálise de Ensaios Clínicos Randomizados

Autor, data	Villar et al 2001(18)	Sandall et al 2016(1)
País	Diversos	Diversos
Desenho	Revisão sistemática com metanálise de ensaios clínicos randomizados	Revisão sistemática com metanálise de ensaios clínicos randomizados
População	Gestantes de baixo risco conforme definido pelos estudos	Gestantes de risco variável conforme definido pelos estudos, com análise de subgrupo específica para baixo risco (foco deste relatório)
Intervenção e comparadores	Oferta de acompanhamento pré-natal oferecido por profissionais outros que não ginecologistas obstetras (majoritariamente enfermeiras obstetras ou obstetrizes) comparada com a oferta do acompanhamento por médicos ginecologistas obstetras	Oferta de cuidado pré-natal, intraparto e pós-parto gerenciado primariamente por EOOs (ainda que haja a possibilidade de consultas específicas com especialistas se necessário) comparada com a oferta de cuidado em outros modelos (apenas médicos obstetras ou modelos mistos)
Desfechos	Parto prematuro (<37 semanas), hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, taxa de cesárea, apresentações anômalas, hemorragia anteparto ou intraparto, hemorragia pós-parto, anemia, infecção do trato urinário, mortalidade perinatal, satisfação com o cuidado	A revisão completa incluiu diversos desfechos (tanto pré-natais quanto intraparto e pós-parto) incluindo taxas de intervenções, desfechos clínicos maternos e neonatais e outros. Como o foco deste relatório é apenas o cuidado pré-natal por EOO, optamos por analisar especificamente os dois desfechos que podem ser mais claramente atribuídos ao cuidado pré-natal: frequência de hospitalização na gestação e taxa de parto prematuro. Os demais desfechos, ainda que possam ter relação com o cuidado pré-natal (como por exemplo desfechos neonatais adversos), são também influenciados pelo cuidado intraparto e pós-parto e a revisão não apresentou dados segmentados para cada período do ciclo gravídico-puerperal, impedindo a segmentação dos resultados.
Principais resultados	A revisão identificou 3 ECRs avaliando um total de 3041 gestantes de risco habitual. Não houve diferenças entre os modelos de cuidado para diversas variáveis, incluindo cesárea, anemia, infecção urinária e hemorragia pós-parto. Houve uma tendência, porém não estatisticamente significativa, de menor risco de parto prematuro e hemorragia anteparto no grupo com acompanhamento por EOO. Houve ainda uma tendência a menor risco de óbito perinatal no grupo atendido por EOO comparado a GO. De forma	Foram incluídos 15 ECRs com 17674 gestantes. Em termos gerais, a revisão concluiu que o modelo centrado no cuidado de EOO para mulheres de risco variável está associado com uma redução de intervenções no parto e maior satisfação com a assistência, com desfechos maternos e neonatais no mínimo comparáveis. Especificamente para os desfechos mais diretamente associados ao pré-natal, para o risco de hospitalização durante a gestação, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos e este

	inesperada, o grupo que recebeu cuidado por EOO teve menos hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia.	desfecho foi mensurado apenas para as mulheres de risco variável (sem análise de subgrupo para o baixo risco) – Risco Relativo (RR) = 0,95 [0,85, 1,05]. Já para o desfecho de parto prematuro, entre mulheres de baixo risco apenas, foram incluídos 5 ECRs avaliando 9726 gestantes na análise de subgrupo. O RR para parto prematuro (<37 semanas) foi de 0,71 [0,54, 0,92], indicando uma redução estatisticamente significativa de 29% do risco de parto prematuro, associado ao pré-natal realizado por EOO, quando comparado ao acompanhamento com médico GO.
<b>Limitações</b>	A revisão não foi atualizada após 2001, tendo sido substituída por uma outra revisão que deixou de avaliar o tipo de prestador de cuidado pré-natal, tendo focado apenas na frequência de visitas.	A revisão incluiu estudos que contemplam o cuidado pré-natal associado ao intraparto e pós-parto, limitando a conclusão sobre a eficácia do pré-natal com EOO para outros desfechos que não hospitalização na gestação e parto prematuro.
<b>Nível de evidência/ Grau de recomendação</b>	GRADE Moderado	GRADE Alto

ECR: estudo clínico randomizado; EOO: enfermeira obstetra ou obstetriz; GO: médico ginecologista obstetra; RR: risco relativo.

### 3.8.3. Avaliação crítica

De acordo com as Diretrizes Metodológicas para Elaboração de Pareceres Técnico-Científicos do Ministério da Saúde (20), os estudos incluídos na revisão foram analisados de acordo com cada questionário recomendado para cada tipo de estudo, permitindo a avaliação sistemática da “força” da evidência, principalmente na identificação de potenciais vieses e seus impactos na conclusão do estudo. As fichas de avaliação crítica encontram-se no Anexo 2 deste documento.

### 3.8.4. Análise da qualidade da evidência

Ainda segundo as Diretrizes Metodológicas para Elaboração de Pareceres Técnico-Científicos do Ministério da Saúde (20), sugere-se a ponderação de outros aspectos que podem aumentar ou diminuir a qualidade da evidência sobre o efeito de uma intervenção para um desfecho.

O processo de graduação da qualidade da evidência segue o fluxograma descrito abaixo:

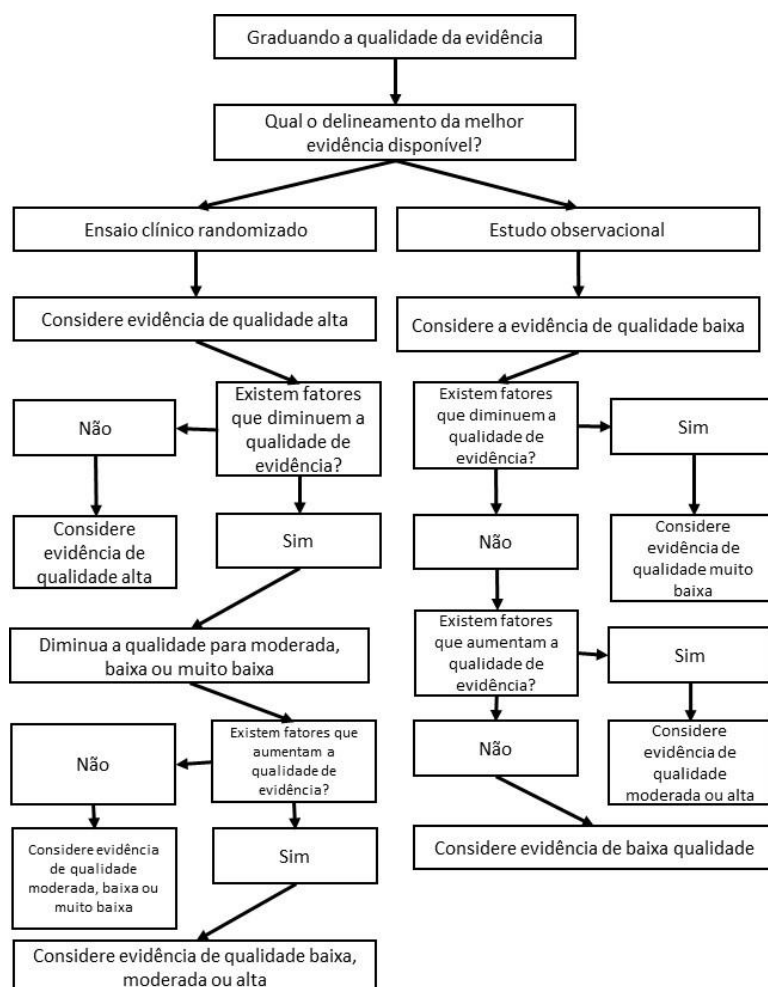


Figura 2. Fluxograma para a elaboração da qualidade de evidência. Ministério da Saúde, 2014. (20)

A classificação da qualidade da evidência é feita por desfecho, conforme detalhado nas tabelas abaixo:

**Tabela 5. Classificação da qualidade da evidência.**

<b>Desfecho</b>	<b>Classificação</b>
<b>Parto prematuro (&lt; 37 semanas)</b>	(X) Alta ( ) Moderada ( ) Baixa ( ) Muito baixa
<b>Hospitalização antenatal</b>	(X) Alta ( ) Moderada ( ) Baixa ( ) Muito baixa
<b>Hipertensão gestacional</b>	( ) Alta (X) Moderada ( ) Baixa ( ) Muito baixa
<b>Pré-eclâmpsia</b>	( ) Alta (X) Moderada ( ) Baixa ( ) Muito baixa
<b>Taxa de cesárea</b>	( ) Alta (X) Moderada ( ) Baixa ( ) Muito baixa
<b>Apresentações anômalas</b>	( ) Alta (X) Moderada ( ) Baixa ( ) Muito baixa
<b>Hemorragia anteparto ou intraparto</b>	( ) Alta (X) Moderada ( ) Baixa ( ) Muito baixa
<b>Hemorragia pós-parto</b>	( ) Alta (X) Moderada ( ) Baixa ( ) Muito baixa
<b>Anemia</b>	( ) Alta (X) Moderada ( ) Baixa ( ) Muito baixa
<b>Infecção do trato urinário</b>	( ) Alta (X) Moderada ( ) Baixa ( ) Muito baixa
<b>Mortalidade perinatal</b>	( ) Alta (X) Moderada ( ) Baixa ( ) Muito baixa

**Tabela 6. GRADE das evidências obtidas de RS com metanálise para pré-natal com EOO versus GO**

Desfecho	Comparação	Número de estudos (participantes)	Estimativa de efeito (IC 95%) e conclusão	Risco de viés	Inconsistência	Evidência Indireta	Imprecisão	Viés de publicação	Qualidade da evidência (GRADE)
<b>Parto prematuro (&lt; 37 semanas)</b>	Modelo de cuidado centrado em EOO comparado a outros modelos (apenas GO ou misto)	2 RS com metanálise(1,18) N=9726	RR = 0,71 [ 0,54, 0,92 ]  Redução de 29% no risco de parto prematuro  (considerando apenas a RS mais recente e de melhor qualidade, grupo de baixo risco)	Baixo (nos ECRs individuais)	Sem inconsistência grave	Direta apenas	Ausente	Improvável	Alto
<b>Hospitalização antenatal</b>	Modelo de cuidado centrado em EOO comparado a outros modelos (apenas GO ou misto)	1 RS com metanálise(18) N=7731	RR = 0,95 [ 0,85, 1,05 ]  Sem diferença estatisticamente significativa	Baixo (nos ECRs individuais)	Sem inconsistência grave	Direta apenas	Ausente	Improvável	Alto
<b>Hipertensão gestacional</b>	Modelo de cuidado centrado em EOO comparado a outros modelos (apenas GO ou misto) – apenas pré-natal	1 RS com metanálise(18) N=3041	OR = 0,56 [ 0,45, 0,70 ]	Limitações leves (nos ECRs individuais)	Sem inconsistência grave	Direta apenas	Leve	Improvável	Moderado
<b>Pré-eclâmpsia</b>	Modelo de cuidado	1 RS com	OR = 0,37 [ 0,22,	Limitações leves	Sem	Direta apenas	Leve	Improvável	Moderado

	centrado em EOO comparado a outros modelos (apenas GO ou misto) – apenas pré-natal	metanálise(18) N=2952	0,64 ]	(nos ECRs individuais)	inconsistência grave				
<b>Taxa de cesárea</b>	Modelo de cuidado centrado em EOO comparado a outros modelos (apenas GO ou misto) – apenas pré-natal	1 RS com metanálise(18) N=2972	OR = 0,99 [ 0,79, 1,25 ]  Sem diferença estatisticamente significativa	Limitações leves (nos ECRs individuais)	Sem inconsistência grave	Direta apenas	Leve	Improvável	Moderado
<b>Apresentações anômalas</b>	Modelo de cuidado centrado em EOO comparado a outros modelos (apenas GO ou misto) – apenas pré-natal	1 RS com metanálise(18) N=2914	OR = 1,30 [ 0,90, 1,89 ]  Sem diferença estatisticamente significativa	Limitações leves (nos ECRs individuais)	Sem inconsistência grave	Direta apenas	Leve	Improvável	Moderado
<b>Hemorragia anteparto ou intraparto</b>	Modelo de cuidado centrado em EOO comparado a outros modelos (apenas GO ou misto) – apenas pré-natal	1 RS com metanálise(18) N=2952	OR = 0,79 [ 0,57, 1,10 ]  Sem diferença estatisticamente significativa	Limitações leves (nos ECRs individuais)	Sem inconsistência grave	Direta apenas	Leve	Improvável	Moderado
<b>Hemorragia pós-parto</b>	Modelo de cuidado centrado em EOO comparado a outros modelos (apenas GO ou misto) – apenas pré-natal	1 RS com metanálise(18) N=1213	OR = 1,02 [ 0,64, 1,64 ]  Sem diferença estatisticamente significativa	Limitações leves (nos ECRs individuais)	Sem inconsistência grave	Direta apenas	Leve	Improvável	Moderado
<b>Anemia</b>	Modelo de cuidado	1 RS com	OR = 1,00 [ 0,82,	Limitações leves	Sem	Direta apenas	Leve	Improvável	Moderado

	centrado em EOO comparado a outros modelos (apenas GO ou misto) – apenas pré-natal	metanálise(18) N=2952	1,22 ] Sem diferença estatisticamente significativa	(nos ECRs individuais)	inconsistência grave				
<b>Infecção do trato urinário</b>	Modelo de cuidado centrado em EOO comparado a outros modelos (apenas GO ou misto) – apenas pré-natal	1 RS com metanálise(18) N=1674	OR = 1,23 [ 0,86, 1,76 ] Sem diferença estatisticamente significativa	Limitações leves (nos ECRs individuais)	Sem inconsistência grave	Direta apenas	Leve	Improvável	Moderado
<b>Mortalidade perinatal</b>	Modelo de cuidado centrado em EOO comparado a outros modelos (apenas GO ou misto) – apenas pré-natal	1 RS com metanálise(18) N=2890	OR = 0,59 [ 0,28, 1,26 ] Sem diferença estatisticamente significativa	Limitações leves (nos ECRs individuais)	Sem inconsistência grave	Direta apenas	Leve	Improvável	Moderado

DM, diferença de médias; ECR, ensaios clínicos randomizados; RS, revisão sistemática

### 3.8.5. Descrição dos estudos de eficácia e segurança selecionados

Os resultados descritivos para cada uma dos estudos selecionados estão apresentados a seguir.

Villar et al 2001(18)

#### Métodos

Trata-se de revisão sistemática com metanálise da Colaboração Cochrane, conduzida seguindo as diretrizes metodológicas do Handbook Cochrane, considerado método padrão ouro para realização de revisões sistemáticas e metanálises de alta confiabilidade. O objetivo de mesma foi avaliar a eficácia e a segurança de diferentes padrões de cuidado pré-natal para gestantes de baixo risco, em termos da frequência de visitas e do tipo de profissional prestador de cuidados pré-natais (médico GO ou EOO, considerando ainda a inclusão de médicos generalistas ou de família no grupo não-GO). A revisão foi atualizada pela última vez, neste formato, em 2001, tendo sido substituída posteriormente por nova revisão focada apenas no número/frequência de consultas pré-natais para gestantes de baixo risco, sem avaliar o tipo de profissional. Por esta razão, optamos por incluir a revisão neste formato e data de publicação e complementar os resultados com outras publicações mais recentes.

As buscas foram realizadas até Maio de 2001 no Registro de ECRs do Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, listas de referências de artigos e contato com pesquisadores da área. Apenas ensaios clínicos randomizados avaliando diferentes padrões de cuidado pré-natal foram incluídos. Foram consideradas as seguintes intervenções/comparadores: **oferta de acompanhamento pré-natal realizado por profissionais outros que não ginecologistas obstetras (majoritariamente enfermeiras obstetras ou obstetrizes) versus oferta de acompanhamento por médicos ginecologistas obstetras**. Foram analisados os seguintes desfechos: parto prematuro (<37 semanas), hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, taxa de cesárea, apresentações anômalas, hemorragia anteparto ou intraparto, hemorragia pós-parto, anemia, infecção do trato urinário, mortalidade perinatal, satisfação com o cuidado. Para a metanálise, foi utilizado um modelo de efeitos mistos, estimando como medida de efeito o Odds Ratio (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC95%).

#### Resultados

Os três estudos identificados na revisão avaliando o tipo de prestador de cuidados pré-natais foram conduzidos em países de alta renda, sendo que um deles teve como foco especificamente os dados de custo-efetividade. Os estudos foram considerados de baixo ou moderado risco de viés, não tendo sido possível o cegamento da intervenção. Não houve violações de protocolo maiores nos estudos e as intervenções foram claramente distintas entre si.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo cuidado primariamente por EOOs e o grupo cuidado por GOs para diversos desfechos mensurados, incluindo taxa de cesárea, anemia, infecção urinária e hemorragia pós-parto. Houve uma tendência não estatisticamente significativa de menor risco de parto prematuro e hemorragia anteparto. Houve ainda uma tendência a menor risco de óbito perinatal no grupo atendido por EOO comparado a GO, também sem significância estatística. De forma inesperada, o grupo que recebeu cuidado por EOO teve menos hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. Em relação à satisfação das



mulheres com o cuidado, o grupo cuidado por EOs teve avaliação similar ou superior ao grupo cuidado por GOs. Estes resultados estão sumariados, em termos quantitativos, na Tabela 7 a seguir.

**Tabela 7. Resultados da revisão sistemática com metanálise de Villar et al 2001 sobre cuidado pré-natal ofertado por enfermeiras obstetras ou obstetrizes**

Desfecho	Pré-natal com EOO	Pré-natal com GO	Medida de efeito	Interpretação
Parto prematuro (<37 semanas)	4,7%	5,8%	OR = 0,79 [ 0,57, 1,10 ]	Sem diferença estatística, intervenções equivalentes em termos do desfecho
Hipertensão gestacional	9,1%	15,2%	OR = 0,56 [ 0,45, 0,70 ]	Favorece o pré-natal com EOO, estatisticamente significativo
Pré-eclâmpsia	0,9%	2,7%	OR = 0,37 [ 0,22, 0,64 ]	Favorece o pré-natal com EOO, estatisticamente significativo
Taxa de cesárea	11,0%	11,1%	OR = 0,99 [ 0,79, 1,25 ]	Sem diferença estatística, intervenções equivalentes em termos do desfecho
Apresentações anômalas	4,4%	3,5%	OR = 1,30 [ 0,90, 1,89 ]	Sem diferença estatística, intervenções equivalentes em termos do desfecho
Hemorragia anteparto ou intraparto	4,4%	5,5%	OR = 0,79 [ 0,57, 1,10 ]	Sem diferença estatística, intervenções equivalentes em termos do desfecho
Hemorragia pós-parto	6,1%	6,0%	OR = 1,02 [ 0,64, 1,64 ]	Sem diferença estatística, intervenções equivalentes em termos do desfecho
Anemia	15,5%	15,5%	OR = 1,00 [ 0,82, 1,22 ]	Sem diferença estatística, intervenções equivalentes em termos do desfecho
Infecção do trato urinário	8,5%	7,0%	OR = 1,23 [ 0,86, 1,76 ]	Sem diferença estatística, intervenções equivalentes em termos do desfecho
Mortalidade perinatal	0,6%	1,1%	OR = 0,59 [ 0,28, 1,26 ]	Sem diferença estatística, intervenções equivalentes em termos do desfecho

As figuras a seguir apresentam os resultados gráficos da metanálise de ECRs conduzida por Villar et al 2011 para os desfechos clinicamente mais relevantes do ponto de vista obstétrico. As estimativas pontuais de efeito calculadas pela metanálise foram descritas na Tabela 7, para todos os desfechos.

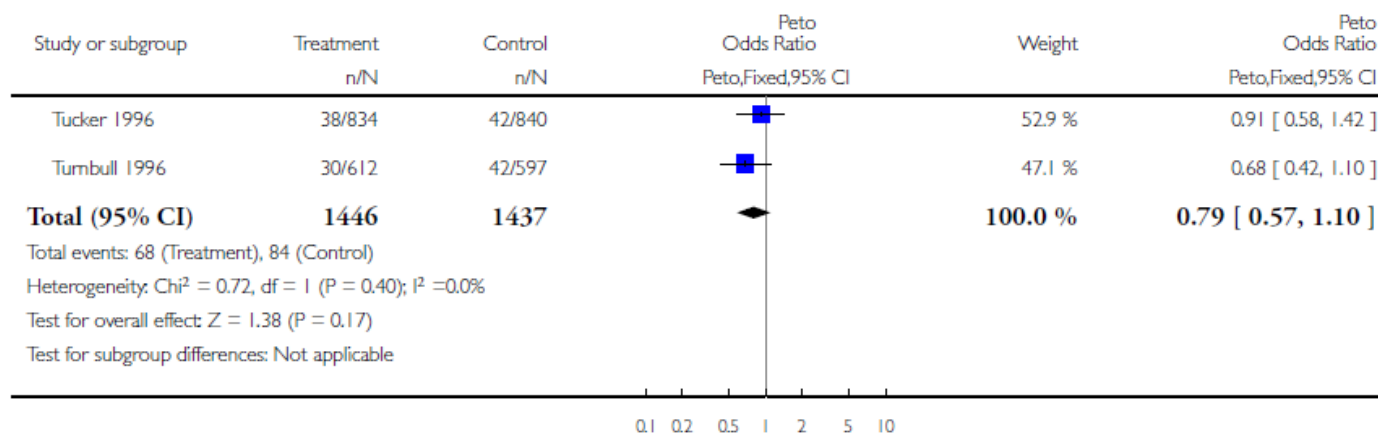


Figura 3. Resultado da metanálise para o desfecho parto prematuro (<37 semanas) em Villar et al 2001

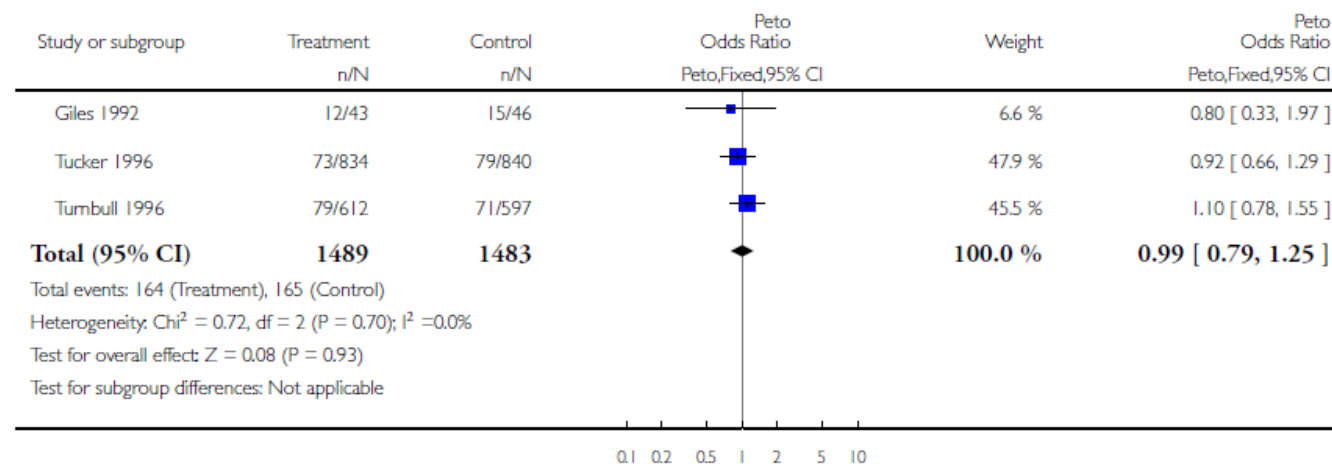


Figura 4. Resultado da metanálise para o desfecho taxa de cesárea em Villar et al 2001

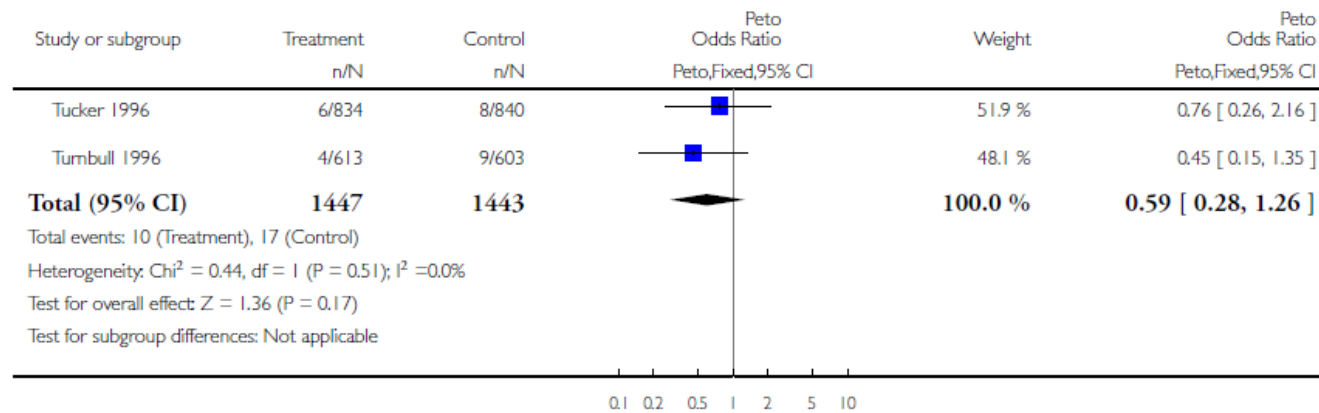


Figura 5. Resultado da metanálise para o desfecho mortalidade perinatal em Villar et al 2001

## Conclusões

Os autores da revisão concluíram que a efetividade clínica dos dois modelos parece similar, sem aumento do risco de desfechos adversos com o pré-natal realizado por EOO, quando comparado ao pré-natal por GO. O risco de mortalidade perinatal não demonstrou diferença estatisticamente significativa, bem como demais complicações maternas. Houve ainda uma tendência à redução de partos prematuros, porém com baixa incidência do evento em ambos os grupos, não permitindo derivar conclusões mais robustas sobre essa medida.

**Sandall et al 2016<sup>(1)</sup>**

## Métodos

Trata-se de revisão sistemática com metanálise da Colaboração Cochrane, conduzida seguindo as diretrizes metodológicas do Handbook Cochrane, considerado método padrão ouro para realização de revisões sistemáticas e metanálises de alta confiabilidade. O objetivo de mesma foi avaliar a eficácia e a segurança de diferentes modelos de assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, desde a gestação até o parto, com foco na avaliação dos desfechos associados aos modelos centrados na figura das profissionais EOO. As avaliações compararam este modelo com alternativas focadas no cuidado médico (em especial de especialistas GO) ou modelos mistos em que o profissional líder do cuidado não é EOO. Foram avaliados inúmeros desfechos relacionados a intervenções no parto, resultados clínicos maternos e neonatais, duração do trabalho de parto, duração da hospitalização, início da amamentação, taxa de cesárea, além da satisfação da mulher com o cuidado recebido. Os ECRs localizados incluíam pacotes de intervenção que se iniciavam na gestação e podiam prosseguir até o parto e pós-parto, sendo que parte destes estudos propunha intervenções apenas de acompanhamento pré-natal, mas a maioria se estendia além deste período. Deste modo, para os fins deste relatório, optou-se por centrar tanto métodos quanto resultados especificamente em dois desfechos que podem ser mais diretamente relacionados exclusivamente à assistência pré-natal, sem impactos maiores das intervenções no parto e pós-parto, quais sejam: hospitalização durante a gestação e parto prematuro (<37 semanas). Entendemos que desfechos como taxa de cesárea ou morte perinatal são também reflexo de uma assistência pré-natal de maior ou menor qualidade, porém não seria possível separar o efeito da assistência pré-natal sobre o desfecho daquele diretamente relacionado à presença de EOO no trabalho de parto e parto, por exemplo. Desta forma, de modo conservador se considerou que apenas estes dois desfechos podem ser claramente relacionados à assistência pré-natal por EOO ou GO, para os fins deste relatório.

Os revisores conduziram buscas estruturadas (até Janeiro de 2016) no Registro de ECRs do Grupo de Gestação e Parto da Colaboração Cochrane, que realiza sistematicamente as seguintes buscas em bases de dados:

- Buscas mensais no CENTRAL, Registro Central de Ensaios Clínicos da Cochrane
- Buscas semanais no MEDLINE via OVID
- Buscas semanais no EMBASE via OVID
- Buscas mensais na base de dados CINAHL (EBSCO)
- Buscas manuais em 30 revistas científicas e nos anais de grandes conferências da área
- Alertas semanais de outros 40 periódicos

- Alertas mensais do BioMed Central

Foram ainda rastreadas as listas de referências dos estudos selecionados e não foram aplicados limites temporais ou de idiomas. Para a realização da metanálise, foi utilizado um modelo de efeitos aleatórios, tendo como medidas de desfecho sumarizado o Risco Relativo acompanhado do intervalo de confiança de 95% (para desfechos dicotômicos) e a diferença de médias (para desfechos contínuos). Foram ainda conduzidas análises de subgrupo de acordo com o modelo de cuidado de EOs nos ECRs (uma parteira profissional designada para a mulher no pré-natal que a acompanha preferencialmente durante todo o processo versus acompanhamento por uma equipe de parteiras que se reveza para o atendimento de diversas gestantes) e o status de risco das mulheres (baixo risco versus risco misto).

## Resultados

Foram identificados e incluídos na revisão sistemática com metanálise 15 ECRs avaliando 17674 mulheres, conduzidos dentro dos sistemas públicos de saúde dos seguintes países: Austrália, Canadá, Irlanda e Reino Unido. Destes, oito estudos compararam o modelo de continuidade de cuidados pela EO com um modelo compartilhado (tanto médicos quanto EO na assistência), 3 estudos compararam com um modelo exclusivamente médico ou centrado na figura do médico e 3 estudos compararam com cuidado padrão, sendo este definido como um misto de cuidado compartilhado ou centrado no médico, diferente em cada estudo. Oito estudos incluíram mulheres exclusivamente de risco habitual, enquanto os demais tiveram risco variável ou misto (tanto baixo quanto alto risco). A avaliação da qualidade dos estudos feita pelo método GRADE indicou alta qualidade e os autores analisaram que novos estudos muito provavelmente trariam resultados similares, ou seja, que a confiabilidade nos resultados apresentados é significativa.

Em termos dos desfechos específicos selecionados para este relatório, independente do status de risco das gestantes (análise de subgrupo), observou-se que mulheres atendidas no modelo de cuidados por EO têm:

- Menor risco de parto prematuro antes de 37 semanas (RR médio 0,76, IC 95% 0,64 a 0,91; participantes = 13238; estudos = 8; alta qualidade)
- Riscos similares de necessitar de uma hospitalização durante a gestação (RR médio 0,95, IC 95% 0,85 a 1,05; participantes = 7731; estudos = 7; alta qualidade)

Na análise de subgrupo de acordo com o status de risco das mulheres, foi avaliado apenas o desfecho de parto prematuro, sem resultados para hospitalização na gestação. A Figura 6 apresenta o gráfico de pinheiro para a metanálise deste desfecho para esta análise de subgrupo. Como se pode observar, no grupo de baixo risco, houve redução do risco de parto prematuro no grupo que foi acompanhado por EO, com RR de 0,71 e IC 95% 0,54 a 0,92, representando uma redução de 29% na probabilidade de ter um parto prematuro. No grupo de alto risco, não observou-se diferença estatisticamente significativa entre os modelos de cuidado.

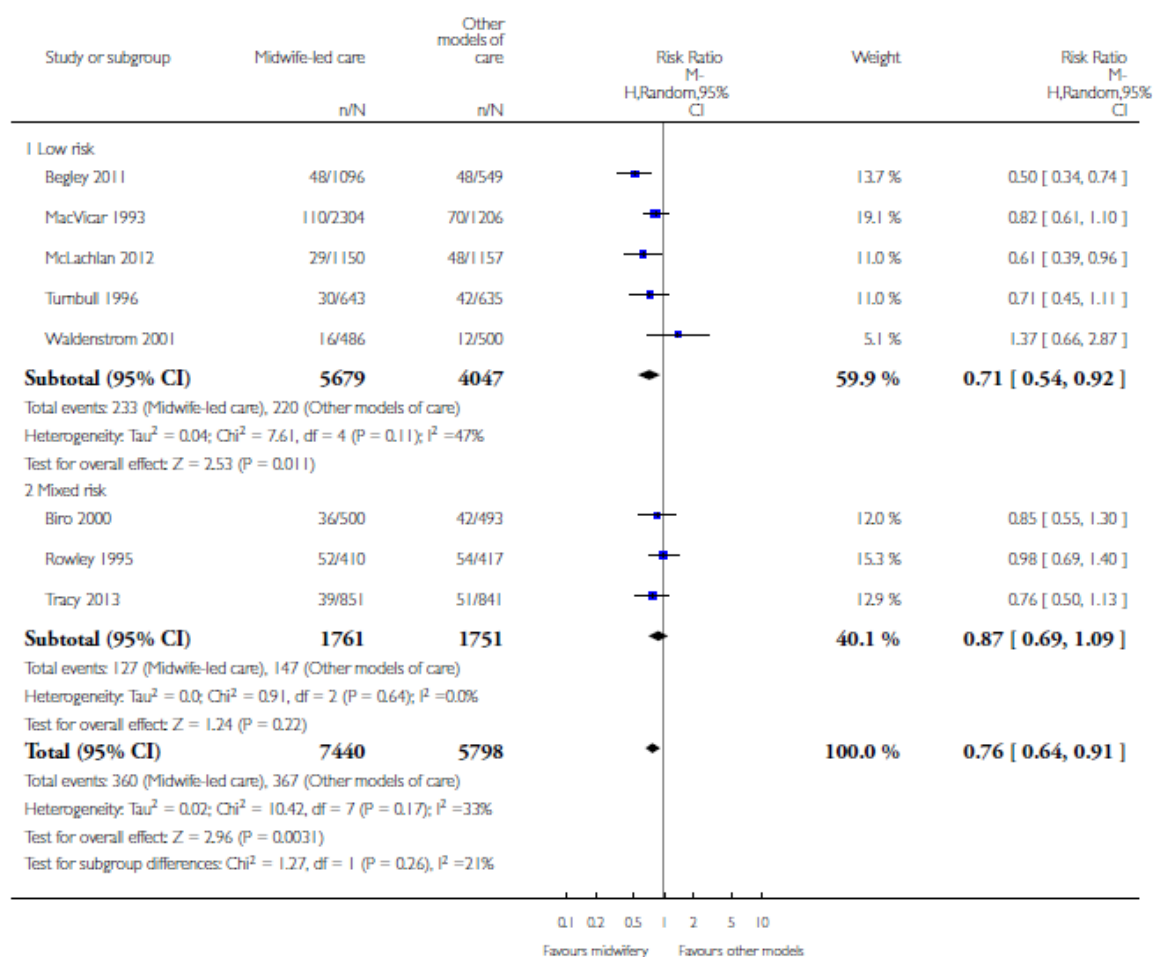


Figura 6. Resultados para o desfecho de parto prematuro (análise de subgrupo conforme o status de risco) na metanálise de Sandall et al 2016

## Conclusões

Os autores da revisão concluíram, para todos os desfechos analisados, que os modelos de cuidado por EOO em todo o ciclo gravídico puerperal parecem estar associados com redução do risco de intervenções e maior satisfação das mulheres com a assistência, com desfechos maternos e neonatais pelo menos comparáveis. Os estudos foram considerados de alta qualidade e com conclusões confiáveis, com baixo risco de serem modificadas por novos estudos utilizando métodos similares.

## Considerações Finais

---

A assistência pré-natal oferecida por enfermeiras obstetras e obstetrizes para gestantes de risco habitual é amplamente recomendada em diretrizes nacionais e internacionais, incluindo documentos do Ministério da Saúde brasileiro. Adicionalmente, a revisão sistemática conduzida para os fins deste relatório identificou evidência de alta qualidade metodológica de que este modelo de cuidado tem benefícios significativos quando comparado aos modelos com médicos ginecologistas obstetras liderando o cuidado ou prestando a assistência de forma predominante. Esta comparação foi analisada em duas Revisões Sistemáticas com Metanálise conduzidas pela Colaboração Cochrane, classificadas como GRADE Alto (Sandall et al 2016) e GRADE Moderado (Villar et al 2001). Ambas observaram ausência de malefícios associados a substituição do pré-natal com médicos ginecologistas obstetras por cuidado pré-natal ofertado por enfermeiras obstetras e obstetrizes, sendo que um benefício clínico considerável foi observado em termos de redução de partos prematuros pela metanálise de Sandall et al 2016.

Entende-se que estes benefícios poderiam ser ainda maiores em contextos e circunstância específicas. Por exemplo, Villar et al 2001 observaram que não houve diferença para taxa de cesárea entre os grupos acompanhados por enfermeiras obstetras e obstetrizes e aqueles acompanhados por médicos obstetras, no entanto, a taxa de cesárea nos ECRs foi de entorno de 11% em ambos os grupos, taxa muito improvável de ser reduzido. No contexto do Sistema de Saúde Suplementar brasileiro, temos taxas de cesárea da ordem de 80-90%, de modo que é possível acreditar que a incorporação do pré-natal com enfermeiras obstetras e obstetrizes no cenário brasileiro poderia ter impactos diferentes sobre esse desfecho, transformando-se em ferramenta útil para a redução de cesáreas e intervenções.

Como conclusão, as evidências apontam resultados maternos e neonatais comparáveis (em termos de complicações) para a assistência pré-natal prestada por enfermeiras obstetras e obstetrizes ou aquela prestada por médicos obstetras, com superioridade do pré-natal no modelo com enfermeiras e obstetrizes para o desfecho de prevenção de partos prematuros. Este benefício é particularmente importante considerando os dados do inquérito nacional Nascer no Brasil que mostrou uma taxa de partos prematuros no país quase duas vezes maior do que aquela encontrada em países europeus. Para o período 2011-2012 a taxa foi estimada em 11,5% sendo que nascimentos pré-termo que foram iniciados pelo provedor do cuidado em saúde (não espontâneos) foram 39,3% do total, e esses dados se devem quase que inteiramente (90%) às cesáreas realizadas pré-parto, em particular em serviços vinculados ao Sistema de Saúde Suplementar.(11)

## Referências Bibliográficas

---

1. 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*. John Wiley & Sons, Ltd; 2016 Apr 28;(4).
2. Duarte SJH, Andrade SMO de. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. *Esc Anna Nery*. 2006 Apr;10(1):121–5.
3. Presidência da República, Casa Civil. Lei No 7.498, de 25 de Junho de 1986. Brasília; 1986.
4. Maranhão AMSA, Serafim D, Caetano LC, Galvão ML, Berni NI de O. Atividades da enfermeira obstetra no ciclo gravídico-puerperal. *Rev Bras Enferm*. Associação Brasileira de Enfermagem; 1991 Dec;44(4):90–90.
5. International Confederation of Midwives. Essential Competencies for Midwifery Practice. 2019.
6. World Health Organization. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Geneva; 2016.
7. World Health Organization (WHO). WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva; 2018.
8. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). The State of the world's midwifery 2014. 2014.
9. Ministério da Saúde. TabNet Win32 3.0: Nascidos vivos - Brasil [Internet]. [cited 2019 Apr 29]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
10. United Nations. The Millennium Development Goals Report. 2015.
11. Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). *Rev Bras Ginecol Obs*. 2015;37(12):549–51.
12. World Health Organization. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva; 2015.
13. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica*. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2014 Aug;30(suppl 1):S17–32.
14. Leal M do C, 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*. BioMed Central; 2016 Oct 17;13(Suppl 3):127.
15. Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada Manual Técnico. Brasília; 2005.
16. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília; 2012.



17. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal care for uncomplicated pregnancies. 2008.
18. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio GG, Gülmezoglu AM. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. In: Villar J, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2001. p. CD000934.
19. Guyatt G, Rennie D. Diretrizes para utilização de literatura médica: fundamentos para a prática clínica da medicina baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2006.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Secretária de Ciência- Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de pareceres técnico-científico. 4th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 80 p.
21. Turnbull D, Holmes A, Shields N, Cheyne H, Twaddle S, Gilmour WH, et al. Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *Lancet* (London, England). 1996 Jul 27;348(9022):213–8.
22. Tucker JS, Hall MH, Howie PW, Reid ME, Barbour RS, du Florey C V, et al. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians.
23. Ratcliffe J, Ryan M, Tucker J. The costs of alternative types of routine antenatal care for low-risk women: shared care vs care by general practitioners and community midwives. *J Health Serv Res Policy*. 1996 Jul;1(3):135–40.
24. Shields N, Turnbull D, Reid M, Holmes A, McGinley M, Smith LN. Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: a randomised controlled trial of 1299 women. *Midwifery*. 1998 Jun;14(2):85–93.
25. Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Villar J, Gulmezoglu M, Villar J. Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1998 Oct;12(SUPPL. 2):7–26.
26. Gu C, Wu X, Ding Y, Zhu X, Zhang Z. The effectiveness of a Chinese midwives' antenatal clinic service on childbirth outcomes for primipare: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. Elsevier Ltd; 2013 Dec;50(12):1689–97.
27. Turienzo CF, Sandall J, Peacock JL. Models of antenatal care to reduce and prevent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. British Medical Journal Publishing Group; 2016 Jan 1;6(1):e009044.

## Anexo 1 – Artigos excluídos

Durante leitura do título ou resumo, todos os estudos que não se enquadravam nos critérios de elegibilidade foram excluídos. Os motivos para exclusão dos estudos lidos na íntegra estão apresentados na tabela abaixo.

**Tabela 8 - Motivos de exclusão de artigos lidos na íntegra**

Autor	Ano	Referência	Motivo da exclusão
Tumbull et al	1996	(21)	Duplicata com Villar et al 2001
Tucker et al	1996	(22)	Duplicata com Villar et al 2001
Ratcliffe et al	1996	(23)	Análise de custos de Tucker et al 1996
Shields et al	1998	(24)	Duplicata com Villar et al 2001
Khan-Neelofur et al	1998	(25)	Duplicata com Villar et al 2001
Gu et al 2013	2013	(26)	Intervenção inclui o parto
Fernandez Turienzo et al	2016	(27)	Duplicata com Sandall et al 2016

## Anexo 2 – Fichas de Avaliação da Qualidade da Evidência

Os estudos incluídos na revisão foram analisados com base em parâmetros de qualidade conforme descrito nas tabelas abaixo, de acordo com as recomendações das Diretrizes Metodológicas para Elaboração de Pareceres Técnico-Científicos do Ministério da Saúde. (20)

### Formulário de avaliação de qualidade de revisões sistemáticas da literatura (com ou sem metanálise)

Parâmetros	Villar et al 2001
1. Um projeto foi definido a priori?	(X) Sim ( ) Não ( ) Sem informações que permitam avaliação ( ) Não se aplica
2. Foi possível replicar a seleção e a extração de dados do estudo?	(X) Sim ( ) Não ( ) Sem informações que permitam avaliação ( ) Não se aplica
3. Foi realizada uma pesquisa abrangente na literatura?	(X) Sim ( ) Não ( ) Sem informações que permitam avaliação ( ) Não se aplica
4. O status de publicação (por exemplo, literatura cinzenta) foi usado como um dos critérios de inclusão?	(X) Sim ( ) Não ( ) Sem informações que permitam avaliação ( ) Não se aplica
5. Foi apresentada uma lista de estudos (incluídos e excluídos)?	(X) Sim ( ) Não (apenas incluídos) ( ) Sem informações que permitam avaliação ( ) Não se aplica
6. Foram apresentadas as características dos estudos incluídos?	(X) Sim ( ) Não ( ) Sem informações que permitam avaliação ( ) Não se aplica
7. A qualidade dos estudos incluídos foi utilizada adequadamente na formulação das conclusões?	(X) Sim ( ) Não ( ) Sem informações que permitam avaliação ( ) Não se aplica
8. Os métodos utilizados para combinar os resultados de estudos foram apropriados?	(X) Sim ( ) Não ( ) Sem informações que permitam avaliação ( ) Não se aplica
9. A possibilidade de vieses de publicação foi avaliada?	(X) Sim ( ) Não ( ) Sem informações que permitam avaliação ( ) Não se aplica
10. Foram declarados os conflitos de interesses?	(X) Sim ( ) Não ( ) Sem informações que permitam avaliação ( ) Não se aplica

Parâmetros	Sandall et al 2016
1. Um projeto foi definido a priori?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem informações que permitam avaliação <input type="checkbox"/> Não se aplica
2. Foi possível replicar a seleção e a extração de dados do estudo?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem informações que permitam avaliação <input type="checkbox"/> Não se aplica
3. Foi realizada uma pesquisa abrangente na literatura?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem informações que permitam avaliação <input type="checkbox"/> Não se aplica
4. O status de publicação (por exemplo, literatura cinzenta) foi usado como um dos critérios de inclusão?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem informações que permitam avaliação <input type="checkbox"/> Não se aplica
5. Foi apresentada uma lista de estudos (incluídos e excluídos)?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (apenas incluídos) <input type="checkbox"/> Sem informações que permitam avaliação <input type="checkbox"/> Não se aplica
6. Foram apresentadas as características dos estudos incluídos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem informações que permitam avaliação <input type="checkbox"/> Não se aplica
7. A qualidade dos estudos incluídos foi utilizada adequadamente na formulação das conclusões?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem informações que permitam avaliação <input type="checkbox"/> Não se aplica
8. Os métodos utilizados para combinar os resultados de estudos foram apropriados?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem informações que permitam avaliação <input type="checkbox"/> Não se aplica
9. A possibilidade de vieses de publicação foi avaliada?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem informações que permitam avaliação <input type="checkbox"/> Não se aplica
10. Foram declarados os conflitos de interesses?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem informações que permitam avaliação <input type="checkbox"/> Não se aplica