



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**JULIANA JACQUES DA COSTA MONGUILHOTT**

**A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE E A IMPLEMENTAÇÃO  
DAS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO: A  
REALIDADE DO SUL DO BRASIL**

**Florianópolis/SC  
2013**



**JULIANA JACQUES DA COSTA MONGUILHOTT**

**A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE E A IMPLEMENTAÇÃO  
DAS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO: A  
REALIDADE DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em enfermagem.

**Área de Concentração:** Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

**Linha de pesquisa:** O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Odaléa Maria Brüggemann

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eleonora d' Orsi

Florianópolis/SC  
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Monguilhott, Juliana Jacques da Costa

A presença do acompanhante e a implementação das boas práticas na atenção ao parto : a realidade do sul do Brasil / Juliana Jacques da Costa Monguilhott ; orientadora, Odaléa Maria Brüggemann ; co-orientador, Eleonora d'Orsi. - Florianópolis, SC, 2013.

217 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Acompanhantes de pacientes. 3. Parto humanizado. 4. Prática clínica baseada em evidências. 5. Unidade Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia. I. Brüggemann, Odaléa Maria. II. d'Orsi, Eleonora. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

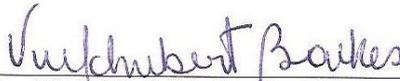
**JULIANA JACQUES DA COSTA MONGUILHOTT**

**A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE E A IMPLEMENTAÇÃO  
DAS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO: A  
REALIDADE DO SUL DO BRASIL**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 25 de fevereiro de 2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Área de Concentração: **Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.**



Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**



Dra. Odaléa Maria Brüggemann  
Presidente



Dr. Sérgio Murilo Steffens  
Membro



Dr. Antônio Fernando Boing  
Membro



Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos  
Membro



*DEDICO esta produção...*

*... À Deus, que me deu o dom mais precioso, que guia meus passos e me sustenta.*

*... Ao Fábio Pauli Monguilhott, meu amor, companheiro, amigo e incentivador. Pela compreensão e paciência em todos os momentos.*

*... Aos meus pais, por todos os ensinamentos, por apoiarem as minhas decisões e pelo amor incondicional.*

*... Aos meus irmãos, amigos de toda a vida, por dividirem as alegrias e dificuldades.*



*“Sim, é preciso tão pouco!*

*Nada de orçamentos caros, recursos eletrônicos, orgulhos de tecnologia, brinquedos de crianças crescidas, tão furiosamente na moda.*

*Nada disso. Apenas paciência e modéstia. Silêncio. Uma atenção leve, mas sem falhas. Um pouco de inteligência, de preocupação com o outro. Esquecimento de si mesmo.*

*Ah! Já ia deixando passar...  
É preciso muito amor. Sem amor, vocês não passarão de bem intencionados...”*

*(Frederick Leboyer)*



## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dra. Odaléa Maria Bruggemann, com quem compartilhei esses dois anos de muito aprendizado... pela sua forma de orientar, educar, transferir saberes e, em especial, pela sua compreensão e carinho. Agradeço por me apresentar a riqueza do olhar proporcionado pelo estudo quantitativo.

À minha coorientadora, Prof<sup>a</sup> Dra. Eleonora d' Orsi, por aceitar compartilhar seus conhecimentos acerca da pesquisa quantitativa e pelas importantes contribuições em todos os momentos.

Ao Prof<sup>o</sup> Paulo Freitas, por apresentar-me o SPSS e, com muita paciência, carinho e sabedoria, ajudar-me a encontrar os preciosos achados deste estudo. Que este aprendizado possa gerar muitos outros frutos.

Aos membros da banca examinadora Prof<sup>a</sup> Dra. Odaléa Maria Bruggemann, Prof<sup>a</sup> Dra. Eleonora d' Orsi, Prof<sup>a</sup> Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, Prof<sup>o</sup> Dr. Antônio Fernando Boing; Prof<sup>a</sup> Roxana Knobel, Prof<sup>a</sup> Vitória Regina Petters Gregório, Prof<sup>o</sup> Sérgio Murilo Steffens, por todas as contribuições que permitiram a conclusão deste trabalho.

Ao programa de pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina e aos colegas do GRUPESMUR, pelo incentivo e carinho.

À Coordenação central do estudo seccional nacional de base hospitalar “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, especialmente à professora Maria do Carmo Leal, por disponibilizar os dados para a realização deste estudo.

Ao meu cunhado e amigo Fernando Lauro Pereira, pela companhia, apoio e auxílio nas ferramentas de informática e nos momentos de maiores dificuldades durante esta trajetória.

Às queridas Hanamigas, com quem compartilho uma forma

diferente e humanizada de prestar assistência às mulheres e às famílias. Pela amizade constante, apoio e incentivo à produção científica.

Aos colegas e amigos da Unidade de Pronto Atendimento do Sul da Ilha/PMF, pela torcida e compreensão no último ano. Em especial: Rodrigo, Andressa, Milena, Karen e Lucas, pelo apoio e carinho em todos os momentos.

E à todos que, direta ou indiretamente contribuíram com a construção desse estudo.

MONGUILHOTT, Juliana Jacques da Costa. **A presença do acompanhante e a implementação das boas práticas na atenção ao parto**: a realidade do Sul do Brasil. 2013. 217f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Odaléa Maria Brüggemann

**Coorientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eleonora d’ Orsi

**Linha de Pesquisa:** O cuidado em enfermagem à saúde da mulher e do recém-nascido.

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever a prevalência da presença do acompanhante e testar sua associação com a implementação das boas práticas na atenção ao parto nas instituições de saúde da Região Sul do Brasil. **Método:** estudo transversal, realizado a partir do estudo de coorte de base hospitalar - “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”. Foram utilizados os dados coletados em 46 instituições de saúde da Região Sul, entre fevereiro e agosto de 2011, através de entrevista hospitalar com a puérpera e do prontuário, compondo uma amostra de 4103 puérperas e seus conceptos. Procedeu-se a análise dos dados utilizando-se o IBM SPSS Statistics, versão 18, e STATA/SE, versão 11. A regressão logística multinomial foi utilizada para obter estimativas de odds ratio e intervalos de confiança ajustados para variáveis de confusão. Para as razões de prevalência bruta e ajustada foi realizada a regressão de Poisson com estimação de variância robusta. A Regressão de Cox, com variância robusta, foi utilizada para estimar a associação entre o financiamento do parto e os motivos para a ausência do acompanhante durante a internação, bem como com a experiência do acompanhamento. Foram estimadas as razões de prevalência bruta e ajustada e os intervalos de confiança a 95% para as principais variáveis dependentes. Adotou-se nível de significância de 5%. **Resultados:** foram apresentados em dois artigos. No primeiro, a análise multivariada mostrou que, a chance de ter acompanhante é maior para as mulheres com ensino superior completo ou mais, (ORaj=1,99 – IC95% 1,39;2,86), e também para aquelas que realizaram pré-natal e parto com

o mesmo profissional (ORaj= 1,85 - IC95% 1,22;2,81). Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as variáveis socioeconômicas e obstétricas e a presença do acompanhante no trabalho de parto, no parto vaginal e na cesariana. A proibição/restricção pela maternidade foi o motivo mais prevalente (42,1%) relatado pelas mulheres que não tiveram acompanhante. A grande maioria das mulheres (78,8%) relatou que a presença do acompanhante ajuda muito a ficar mais tranquila e ter um parto melhor. No segundo artigo, foram analisadas as 2.324 mulheres que entraram em trabalho de parto. No modelo ajustado por idade, escolaridade e financiamento do parto, a presença do acompanhante no trabalho de parto esteve estatisticamente associada ao uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor (RPaj= 1,45 - IC95% 1,06;1,96), ao uso de analgesia de parto (RPaj= 1,94 - IC95% 1,03;3,65) e a indução do trabalho de parto (RPaj= 1,34 - IC95% 1,03;1,76), bem como redução no uso de tricotomia (RPaj= 0,53 - IC95% 0,36;0,78) e enema (RPaj= 0,46 - IC95% 0,27;0,78). Durante o parto, a presença do acompanhante esteve estatisticamente associada ao contato pele a pele (RPaj= 2,10 - IC95% 1,59;2,78) e redução do uso da manobra de Kristeller (RPaj= 0,70 - IC95% 0,55;0,87). **Conclusão:** a maioria das mulheres assistidas na Região Sul do Brasil não têm acompanhante em todos os períodos do parto e acesso às boas práticas recomendadas para a assistência obstétrica. Entretanto, quando presente, o acompanhante está associado à utilização de práticas benéficas na assistência ao parto e à redução das claramente prejudiciais e não recomendadas.

**Palavras-chave:** Acompanhantes de Pacientes. Parto Humanizado. Serviços de Saúde. Unidade Hospitalar de Ginecologia e Obstetria. Prática Clínica Baseada em Evidências.

MONGUILHOTT, Juliana Jacques da Costa. **The presence of the companion and the implementation of best practices in care delivery: A reality in Southern Brazil.** 2013. 217f. Dissertation (Masters Degree in Nursing) Post-Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

**Advisor:** Prof. Dr. Maria Odaléa Brüggemann

**Co-advisor:** Prof. Dr Eleonora d'Orsi

**Research Line:** The nursing care of women and newborn's health.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the prevalence of the presence of the companion and its association with the implementation of best practices in delivery care in health institutions in southern Brazil. **Methods:** A cross-sectional study from the hospital-based cohort study, entitled "Born in Brazil: national survey about labor and birth." The study used data collected from 46 health institutions in the south Brazilian region, between February and August of 2011, through interviews with postpartum women at the hospital and the review of medical records. This composed a total sample of 4145 mothers. To analyze the data we used the IBM SPSS software, version 18 and STATA/Se, version 11. A multinomial logistic regression was used to obtain estimates of Odds Ratio and Adjusted Confidence Intervals for confounding variables. For statistically ratios of crude and adjusted prevalence was performed Poisson Regression with robust variance estimation. The Cox regression with robust variance was used to estimate the association between the delivery and finances, and also the reasons for the absence of the companion during hospitalization as well as the experience of the companionship. Crude and adjusted ratios of prevalence were estimated, with confidence intervals of 95%, for the main dependent variables, which adopted a significance level of 5%. **Results:** The results were presented in two articles. In the first paper, the multivariate analysis showed that the chance of having a companionship was higher for women with Higher Education or beyond (OR<sub>aj</sub> = 1.99 - 95% CI 1.39, 2.86), and also for those who underwent to the prenatal attention and face the childbirth with the same professional (OR<sub>aj</sub> = 1.85 - 95% CI

1.22, 2.81). We found statistically significant associations between socioeconomic and obstetric variables relates with the presence of a companionship during labor, in the vaginal delivery and cesarean section. The prohibition/restriction for Maternity Ward was the most prevalent reason (42.1%) reported by women who had no companionship. The majority of women (78.8%) reported that the presence of the companion helps a lot to be calmer and have a better birth. In the second article we analyzed the 2,324 women who went into labor. In the model adjusted for age, education and finance of childbirth, the presence of a companion during labor was significantly associated with the use of non-pharmacological methods for pain relief (Adjusted Prevalence Ratio – PRaj=1,45 - IC95% 1,06;1,96), the use analgesia during labor (PRaj=1.94 - IC95% 1,03;3,65) and induction of labor (PRaj=1.34 - IC95% 1,03;1,76), as well as the reduced use of trichotomy (PRaj=0.53 - IC95% 0,36;0,78) and enema (PRaj=0,46 - IC95% 0,27;0,78). During childbirth, the presence of the companionship was significantly associated with the skin to skin contact with the newborn (PRaj=2.10 - IC95% 1,59;2,78) and the reduction of Kristeller maneuver (PRaj = 0.70 - IC95% 0,55;0,87). **Conclusion:** Most women attended to in southern Brazil don't have a companionship present at all times of the delivery and they don't have access to the best obstetric care practices, even though the presence of the companionship is associated with the use of beneficial practices in childbirth and the reduction of harmful and none recommended actions.

**Key Words:** Companionship. Humanized Birth. Health Services. Gynecology and Obstetrics Department. Evidence-Based Practice.

MONGUILHOTT, Juliana Jacques da Costa. **La presencia del acompañante y la implementación de prácticas correctas en la atención al parto:** La realidad del Sur de Brasil. 2013. 217f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Post-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

**Orientadora:** Prof. Dra. Odaléa Maria Brüggemann

**Co-orientadora:** Prof. Dra. Eleonora d' Orsi

**Línea de Investigación:** El cuidado en Enfermería a la Salud de la mujer y del recién nacido.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Describir la prevalencia de la presencia del acompañante y testar su asociación con la implementación de las prácticas correctas en la atención al parto en las instituciones de salud de la Región Sur de Brasil. **MÉTODO:** Estudio transversal realizado a partir del estudio de cohorte de base hospitalaria - “Nacer en Brasil: encuesta nacional sobre parto y nacimiento”. Fueron utilizados los datos colectados en 46 instituciones de salud de la Región Sur, entre febrero y agosto del 2011, a través de entrevista hospitalaria con la puérpera y del expediente clínico, componiendo una muestra total de 4145 puérperas y sus conceptos. Se procedió al análisis de los datos utilizando el software IBM SPSS Statistics, versión 18 y el STATA/Se, versión 11. La regresión logística multinomial fue utilizada para obtener estimativas de Odds Ratios e intervalos de confianza ajustados para las variables de confusión. Para las razones de prevalencia bruta y ajustada fue realizada la regresión de Poisson con estimación de varianza robusta. La regresión de Cox con varianza robusta fue utilizada para estimar la asociación entre y del financiamiento del parto y los motivos para la ausencia del acompañante durante el internamiento, bien como la experiencia propia del acompañamiento. Fueron estimadas las razones de prevalencia bruta y ajustadas y los intervalos de confianza fueron del 95% entre las principales variables dependientes. Se adoptó un nivel de significancia del 5%. **RESULTADOS:** Fueron presentados en dos artículos. En el primero, el análisis multivariado mostró que, el chance de tener acompañante es mayor para las mujeres con Enseñanza Superior

completa o mas, (ORaj=1,99 – IC95% 1,39;2,86) y también para aquellas que realizaron el pre-natal y parto para el mismo profesional (ORaj= 1,85 - IC95% 1,22;2,81). Fueron encontradas asociaciones estadísticamente significativas entre las variables socioeconómicas y obstétricas y la presencia del acompañante durante el trabajo de parto, en el parto vaginal y la cesárea. La prohibición/restricción por la maternidad fue el motivo mas prevalente (42,1%) relatado por las mujeres que no tuvieron el acompañante. La gran mayoría de mujeres (78,8%) relató que la presencia del acompañante colabora con el proceso de tranquilizarse y tener un parto mejor. En el segundo artículo fueron analizadas las 2323 mujeres que entraron en trabajo de parto. En el modelo ajustado por edad, escolaridad y financiamiento del parto, la presencia del acompañante estuvo estadísticamente asociada a uso de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor (Razão de Prevalencia ajustado - (RPaj=1,45 - IC95% 1,06;1,96), al uso de la analgesia durante el parto (RPaj=1,94 – IC95% 1,03;3,65) y a la inducción del trabajo de parto (RPaj=1,34 – IC95% IC95% 1,03;1,76), bien como la reducción en el uso la tricotomía (RPaj=0,53 – IC95% IC95% 0,36;0,78) y el enema (RPaj=0,46 – IC95% 0,27;0,78). Durante el parto, la presencia del acompañante estuvo estadísticamente asociada al contacto piel con piel (RPaj=2,10 - IC95% 1,59;2,78) y a la reducción de la maniobra de Kristeller (RPaj=0,70 - IC95% 0,55;0,87). **CONCLUSIÓN:** la mayoría de mujeres asistidas en la Región Sur de Brasil no poseen acompañante en todos los períodos del parto ni al acceso a las prácticas correctas recomendadas en la asistencia obstétrica. A pesar, de que la presencia del acompañante está asociada a la utilización de prácticas beneficiosas en la asistencia al parto y la reducción de las claramente perjudiciales y no recomendadas.

**Palabras clave:** Acompañantes de Pacientes. Parto Humanizado. Servicios de Salud. Unidad Hospitalaria de Ginecología y Obstetricia. Práctica Basada en Evidencias.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Síntese dos principais resultados de ensaios clínicos randomizados sobre a restrição de fluidos orais e alimentos durante o trabalho de parto.....41
- Quadro 2:** Síntese dos principais resultados de ensaios clínicos sobre a posição materna e a movimentação durante a primeira fase do trabalho de parto .....44
- Quadro 3:** Síntese dos principais resultados de ensaios clínicos sobre imersão em água no trabalho de parto e nascimento.....47
- Quadro 4:** Síntese dos principais resultados de ensaios clínicos sobre a realização de episiotomia na assistência ao parto. .52
- Quadro 5:** Síntese dos principais resultados de ensaios clínicos sobre a realização do contato pele a pele entre as mães e seus recém-nascidos saudáveis.....56
- Quadro 6:** Síntese dos principais resultados de ensaios clínicos sobre o apoio por acompanhante da rede social da mulher.....61



## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO I

- Tabela 1** – Características sociodemográficas e obstétricas das mulheres, segundo a presença do acompanhante nos momentos da internação. Região Sul do Brasil – 2011. (N = 4103) ..... 87
- Tabela 2** – Associação entre características sociodemográficas e obstétricas das mulheres e a presença do acompanhante no trabalho de parto, parto vaginal e cesariana. Região Sul do Brasil – 2011. (N = 4103). ..... 90
- Tabela 3** – Descrição dos motivos para a ausência do acompanhante durante a internação e das experiências com o acompanhamento. Região Sul do Brasil - 2011. (N=4103). ..... 92

### ARTIGO II

- Tabela 1** – Características sociodemográficas e obstétricas das mulheres, segundo a presença do acompanhante nos momentos da internação. Região Sul do Brasil - 2011 (N = 2324)..... 112
- Tabela 2** – Práticas obstétricas realizadas nas instituições de saúde, durante o trabalho de parto, de acordo com a presença do acompanhante. Região Sul do Brasil - 2011. (N = 2122)..... 116
- Tabela 3** – Práticas obstétricas realizadas nas instituições de saúde, durante o parto, de acordo com a presença do acompanhante na hora do nascimento. Região Sul do Brasil - 2011. (N = 2324)..... 117



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>33</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	33
<b>3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>35</b>
3.1 AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER .....	35
3.2 AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE AS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS .....	39
3.3 O APOIO À MULHER NO PARTO E NASCIMENTO POR ACOMPANHANTE DE SUA ESCOLHA: UMA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS .....	57
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>63</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO E POPULAÇÃO.....	63
4.2 SUJEITOS DO ESTUDO .....	63
4.3 PLANO AMOSTRAL E TAMANHO DA AMOSTRA.....	64
4.4 VARIÁVEIS .....	65
4.4.1 Variáveis sociodemográficas e obstétricas da gestação .....	66
4.4.2 Variáveis relacionadas às práticas obstétricas durante o trabalho de parto .....	67
4.4.3 Variáveis relacionadas às práticas obstétricas durante o parto.....	68
4.4.4 Variáveis relacionadas à presença do acompanhante .....	69
4.4.5 Coleta de dados .....	70
4.5 LOGÍSTICA DE CAMPO .....	70
4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	75
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	75
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>77</b>
5.1 ARTIGO 1 – PRESENÇA DO ACOMPANHANTE DURANTE O PARTO NA REGIÃO SUL DO BRASIL: ESTUDO TRANSVERSAL A PARTIR DO INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO .....	78

5.2 ARTIGO 2 – A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE E A IMPLEMENTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO: A REALIDADE DO SUL DO BRASIL.....	104
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>131</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>134</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>148</b>
ANEXO A – QUESTIONÁRIO PARA A ENTREVISTA HOSPITALAR .....	150
ANEXO B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO MATERNO .....	191
ANEXO C – MODELO DE LISTA ÚNICA DE PUÉRPERAS .....	212
ANEXO D – Lista de seleção aleatória de puérperas.....	213
ANEXO E – Termo de consentimento livre e esclarecido .....	215

## 1 INTRODUÇÃO

Nos primórdios da humanidade, assim como o homem utilizava seu instinto para prover sua alimentação, para se defender de grandes animais e para sobreviver, a mulher paria isoladamente, sem o interesse da coletividade, apenas instintivamente. À medida que surgiram problemas advindos da parturição, como distócias com intenso sofrimento e algumas vezes morte materna, as mulheres passaram a auxiliar umas às outras. Surgiram então as parteiras tradicionais, que assistiam o processo da parturição e eram detentoras da hegemonia dessa prática até o final da idade média, caracterizando o parto como um evento predominantemente feminino. Foram mulheres que, em geral, adquiriram conhecimentos a partir de sua própria multiparidade e de uma exaustiva prática tocológica (MELO, 1983). Nesse cenário, a participação do homem era pouco frequente e os médicos eram admitidos apenas para ajudar nos partos complicados (DINIZ; CHACAM, 2002).

Considerando que, durante toda a história da humanidade, a espécie humana se reproduziu e as mulheres conceberam e deram à luz, fica evidente que todas as transformações no processo de parturição foram diretamente influenciadas por fatores sociais, culturais e econômicos de cada época.

Gradativamente, sob o capitalismo industrial e com o advento da medicina científica, o conhecimento médico foi se sobrepondo ao saber empírico das parteiras, o que se intensificou à medida que muitas mulheres percebiam que esses profissionais adquiriam formação técnica que lhes conferia *status* e lhes permitia administrar medicamentos e realizar procedimentos que não estavam ao alcance das parteiras (MELO, 1983; DESLANDES, 2006).

A obstetrícia como disciplina médica surge com a preocupação humanitária de resolver o problema da dor da parturição, frente a uma realidade em que o sofrimento do parto era descrito pela igreja católica como uma pena pelo pecado original, na qual era dificultado ou proibido qualquer apoio que aliviasse os riscos e as dores do parto (DINIZ, 1997). A invenção de instrumentos obstétricos como o fórceps, criado no século XVII, deu-se paralelamente à entrada dos cirurgiões na cena

do parto. Entretanto, embora fosse um invento importante para resolver partos muito demorados, o uso do fórceps em mãos inexperientes começou a gerar uma série de acidentes (MARTINS, 2004). Nesse período, surgiu nos hospitais franceses a visão mecanicista do corpo, onde o útero era visto como uma máquina mais ou menos adequada para expelir o feto, podendo apresentar problemas de funcionamento e ter seu desempenho melhorado através de intervenções realizadas pelos técnicos especializados (DIAS; DESLANDES, 2006).

A obstetrícia surgiu não apenas como uma necessidade de trazer auxílio e conforto às parturientes, mas também como uma forma de respaldar os interesses masculinos, sobretudo econômicos (MELO, 1983).

Foi durante o século XX que a instituição médica consolidou seu controle sobre o processo reprodutivo, até então visto como de domínio das mulheres. No Brasil, foram incluídas como rotina a realização de episiotomia e, em muitos serviços, a extração do feto com o uso de fórceps nas primíparas. Realidade essa que ainda é vivenciada por muitas mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), visto que no setor privado, para a maioria das mulheres, muitas práticas são evitadas por meio de uma cesárea eletiva, sem que se tenha uma real indicação médica (DINIZ, 2005).

A partir da institucionalização do parto, foi visível a rápida expansão no desenvolvimento e uso de várias práticas para corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de obter melhores resultados obstétricos e neonatais e, em algumas instituições hospitalares, racionalizar padrões de trabalho. Entretanto, nos países que adotaram essas condutas de forma generalizada, se questiona cada vez mais se todas essas intervenções são valiosas ou desejáveis (OMS, 1996).

O uso de medicamentos em larga escala, durante o trabalho de parto, é percebido em diversas instituições de saúde, caracterizando o parto como um processo patológico. Estudo realizado com 100 mulheres verificou que em 85% delas foi administrado alguma medicação durante a fase ativa do trabalho de parto, sendo ocitocina a mais utilizada (81,0%) (DAVIM et al., 2008). A medicalização do processo de parturição nega a capacidade da mulher de parir com segurança e define para ela um papel cada vez mais passivo na gestação, no parto e no nascimento (DESLANDES, 2006).

Cabe ressaltar que, quando aplicadas de forma adequada, as tecnologias trazem muitos benefícios à parturiente e ao concepto. No início do século XX, com o aumento da utilização da cesariana e a

segurança das técnicas de anestesia, seguido do advento da terapia antibiótica, houve uma diminuição da morbidade e mortalidade materna e neonatal (PENN, 2001). Existem reais indicações para a realização de cesarianas, como prolapso de cordão, descolamento prematuro da placenta com feto vivo, placenta prévia parcial ou total, apresentação cômica durante o trabalho de parto, ruptura de *vasa praevia* e Herpes genital com lesão ativa no momento em que se inicia o trabalho de parto (AMORIM; DUARTE, 2012).

No Brasil, as taxas de cesárea variam consideravelmente entre as regiões, principalmente quando se compara a assistência realizada pelo SUS com a assistência privada. Em 2010, 52,3% do total de partos realizados foram cesáreas (DATASUS, 2012). Esse dado contraria a indicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que, em 1985, declarou que taxas de cesáreas maiores que 10 a 15% são injustificáveis em qualquer país (WHO, 1985). Algumas indicações relativas de cesariana são frequentemente diagnosticadas de forma equivocada, como desproporção cefalopélvica, sofrimento fetal agudo, parada de progressão, apresentação pélvica, história de cesáreas anteriores e gestantes portadoras de HIV/Aids (AMORIM; DUARTE, 2012).

Além disso, muitas intervenções que são consideradas claramente prejudiciais pela OMS, como o uso rotineiro de enema e tricotomia, uso rotineiro da posição supina, o uso de ocitócitos em qualquer momento antes do trabalho de parto, de modo que não permita controlar seus efeitos, a infusão intravenosa de rotina e o número excessivo de exames vaginais e de episiotomias, são frequentemente utilizadas em diversas instituições de saúde (D'ORSI et al, 2005; SCHNECK; RIESCO, 2006; FOGAÇA; SCHNECK; RIESCO, 2007; OLIVEIRA et al., 2008). Essas intervenções sempre foram justificadas pelos médicos através do argumento de que possuíam conhecimento especial e habilidade para reduzir a mortalidade materna e neonatal, entretanto há evidências de que no século XIX essas intervenções médicas teriam aumentado os riscos de infecção e de agressões para a mãe e o feto. As consequências da medicalização do parto foram tão graves que em 1980 o Brasil ficou conhecido como “campeão mundial em cesáreas” (DINIZ; CHACAM, 2002).

Nas últimas décadas, vários esforços vêm sendo realizados para que a assistência obstétrica seja ancorada na prática baseada em evidências, que é definida como a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência científica clínica disponível para tomar decisões sobre o cuidado de pacientes individuais, podendo ser estendida para a elaboração de guias normativas (BRASIL, 2001). A

partir de estudos de metanálise e de revisão sistemática, derivados de ensaios clínicos controlados aleatorizados, a medicina baseada em evidências sintetiza o efeito de cada intervenção no parto (WHO, 2004).

Um grande marco para a disseminação das evidências em saúde foi a fundação do Centro Cochrane britânico em Oxford (Reino Unido), em 1992, motivada pelo desejo do médico e epidemiologista Britânico Archie Cochrane, que enfatizava que as revisões sobre as práticas deveriam ser preparadas, atualizadas sistematicamente e disponibilizadas para os profissionais de saúde. A seção brasileira da Colaboração Cochrane foi inaugurada em 1996, com a missão de elaborar, manter e divulgar revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados (ECRs), sendo o melhor nível de evidência para a tomada de decisões em saúde (COCHRANE, 2011). Atualmente, as revisões Cochrane têm provocado grande impacto na prática assistencial, destacando-se pela abrangência e excelência das revisões e por seu caráter internacional.

Como já citado anteriormente, em 1996, com base nas evidências científicas sobre gravidez e parto, decorrentes das revisões sistemáticas elaboradas pelos pesquisadores da Organização Cochrane, a OMS publicou recomendações para a assistência ao parto normal. O objetivo foi divulgar uma série de medidas que buscam a humanização do atendimento. Esse guia foi adotado como referência para implantação do parto humanizado nos serviços de saúde, pois trouxe uma discussão das práticas obstétricas vigentes e recomendadas, com base nas melhores evidências científicas (OMS, 1996).

Com estas medidas, busca-se a humanização do atendimento, aqui compreendida como um conjunto de práticas que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal, incluindo o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento. Desta forma, as intervenções devem ser cuidadosas, utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis. (OMS, 1996, p.V).

Essas recomendações contemplam as práticas obstétricas mais comuns na atenção ao parto normal, que foram classificadas em quatro categorias pelo grupo técnico de trabalho, de acordo com a sua utilidade, eficácia e ausência de periculosidade, baseados na melhor evidência científica disponível até então. A Categoria A corresponde às práticas demonstradamente úteis e que devem ser mantidas e estimuladas, pois

seus benefícios estão assegurados; a Categoria B sobre as que são claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; a Categoria C refere-se às práticas em relação às quais não existiam até então evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que deveriam ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclarecessem a questão; e a Categoria D às que são frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996).

A garantia das boas práticas e a segurança na atenção ao parto e nascimento constituem uma das diretrizes da Rede Cegonha, a mais nova estratégia do Ministério da Saúde (MS), operacionalizada pelo SUS e fundamentada nos princípios da humanização e assistência.

O conceito de boas práticas ainda não está descrito na literatura. Assim, neste estudo, consideramos como boas práticas na assistência ao parto, as recomendações da OMS, publicadas no guia prático para assistência ao parto normal (OMS, 1996), as evidências científicas e a implementação das mesmas - prática baseada em evidência, que consiste na integração da experiência clínica às melhores evidências clínicas disponíveis, considerando a segurança nas intervenções e a ética na totalidade das ações. Nesse contexto, os ECRs são as pesquisas consideradas “padrão ouro” de evidência (CENTRO COCHRANE DO BRASIL, 2013). A seguir, destacamos algumas boas práticas que serão foco deste estudo:

- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto, parto e pós-parto;
- Oferecimento de líquidos e/ou alimentos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e estímulo a posições não-supinas durante o trabalho de parto e parto;
- Estímulo às posições não-supinas durante o trabalho de parto e parto;
- Uso de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto e uso seletivo da analgesia peridural para o controle da dor;
- Não realização rotineira de enema e de tricotomia;
- Não realização de infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto e não administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto, de um modo que não permita controlar seus efeitos;
- Não realização de amniotomia precoce de rotina no primeiro

- estágio do trabalho de parto;
- Uso restrito, e não liberal ou rotineiro, de episiotomia;
- Não realização de pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto;
- Não submeter a mulher ao parto operatório, com uso de fórceps e/ou vácuo-extrator;
- A permanência da parturiente na mesma sala durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.

No Brasil, a presença do acompanhante de escolha da mulher possibilita que ela receba apoio durante o processo parturitivo e não se sinta sozinha. O apoio contínuo intraparto é considerado pela OMS uma das práticas benéficas, devendo ser estimulada (OMS, 1996). Essa prática é amparada pelas evidências científicas disponíveis nas revisões sistemáticas publicadas na Cochrane Library. A atualização realizada em 2011 analisou 21 ECRs, com um total de 15.061 mulheres, sendo que os principais resultados apontam que para as mulheres que receberam apoio contínuo durante o trabalho de parto, houve uma redução na duração do trabalho de parto e na necessidade de analgesia, redução da necessidade de parto instrumental e cesárea, maior grau de satisfação materna e menor risco de apgar < 7 no 5º minuto de vida. Dessa forma, todas as mulheres devem ter apoio contínuo durante o trabalho de parto (HODNETT et al., 2011).

O Ministério da Saúde (MS) reconhece a importância da inserção do acompanhante e afirma que o acompanhamento pelo marido, companheiro, familiar próximo ou amiga, não envolve necessariamente nenhum preparo técnico, pois através da presença reconfortante e do contato físico para dividir o medo e a ansiedade, para somar forças e para estimular positivamente a parturiente nos momentos mais difíceis, representa essencialmente o suporte psíquico e emocional necessários (BRASIL, 2001). A presença do acompanhante durante todo o processo permite que a parturiente tenha sua ansiedade e dor amenizadas, por meio de conversas, massagens, conforto físico/emocional e senso de humanização, necessitando de menos intervenções obstétricas (FREITAS; FERNANDES; VAZ, 2007).

Apesar de a OMS considerar o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto uma prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada (OMS, 1996), ela

ainda não é aceita em muitas instituições. Com o objetivo de mudar essa situação, em 2005, através da publicação da Lei 11.108, ficou garantido às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS, ficando os serviços de Saúde, da rede própria ou conveniada, obrigados a adotar essa medida (BRASIL, 2005).

Entretanto, a vigência dessa Lei não garante a sua implementação, sendo necessários a reorganização e o interesse das instituições de saúde e, principalmente, a conscientização dos profissionais. Alguns estudos apontam como obstáculos para a implementação desse direito, o desconhecimento e a atitude de resignação das mulheres e de seus acompanhantes, a falta de orientação e preparo do acompanhante, a relação assimétrica entre profissional de saúde e parturiente, a insuficiência de informações e de orientação, as precárias condições estruturais e a falta de privacidade nas enfermarias, o despreparo da equipe para acolher o acompanhante, a participação incipiente da equipe multiprofissional na assistência e a prática institucional e profissional, que não percebe o parto como evento familiar e direito reprodutivo (D'ORSI et al., 2005; NAGAHAMA, SANTIAGO, 2008).

Percebe-se certo preconceito por parte dos profissionais de saúde com relação à presença do acompanhante durante a assistência, demonstrando a necessidade de discutir este direito nas equipes de saúde e avaliar adequadamente todos os fatores que dificultam a sua inserção. Entretanto, há evidências de que a expectativa negativa dos profissionais quanto à participação do acompanhante é superada quando constatarem que a sua presença não limita, restringe ou altera a conduta profissional, mas gera muitos sentimentos positivos nas parturientes, tornando-as mais seguras e colaborativas. A presença do acompanhante passa a ser considerada um dos aspectos da humanização do parto, capaz de sensibilizar os profissionais de saúde, levando-os a repensar o significado do nascimento (BRÜGGEMANN; OSSIS; PARPINELLI, 2007). Cabe ressaltar que todos os fatores que dificultam a inserção do acompanhante precisam ser previamente e adequadamente avaliados.

A atenção ao parto no Brasil passou por várias transformações ao longo da história, mas atualmente é possível perceber que o avanço e o uso cada vez mais acentuado de tecnologias não garantem à mulher um cuidado adequado e seguro e uma assistência humanizada. Em apenas 10 anos, as cesarianas aumentaram de 38,0% para 52,3% (2001–2010). Apesar dos muitos progressos, ainda persistem desafios importantes, incluindo a medicalização abusiva e a alta frequência de nascimentos

pré-termo (VICTORA et al., 2011).

Para que a assistência seja humanizada e o parto seja protagonizado pela mulher, é necessário extinguir a ideia de que o parto é um evento de risco, no qual as rotinas são voltadas para a redução do tempo de evolução do parto e preconizam a utilização de métodos farmacológicos para diminuição da dor, substituindo apoio físico e emocional, embora tragam mais riscos de um parto operatório e de complicações neonatais.

Segundo o relatório “Tendências da Mortalidade Materna: 1990 – 2010” (WHO et al., 2012), o Brasil está reduzindo a mortalidade materna, mas ainda não alcançou o 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio: melhorar a saúde das gestantes. A meta consiste em uma redução de três quartos (75%) entre 1990 e 2015, o que representa valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupo de 100 mil nascidos vivos. Para se atingir tal objetivo, a redução anual da razão de mortalidade materna (RMM) no Brasil deve ser de 5,5%. De 1990 a 2010, o número de mortes maternas caiu de 120 para 56 a cada 100 mil nascimentos, o que representa uma queda de 51%. Estudo publicado na Grã-Bretanha (LOZANO et al, 2011) afirmou que, nos últimos 11 anos (2000 – 2011), enquanto a taxa de mortalidade materna mundial apresentou um declínio anual de 3,6%, no Brasil o ritmo foi de apenas 0,3%. Segundo as estimativas desse estudo, que considerou fontes de dados relevantes não incluídas em análises anteriores, como registros de nascimento e óbito, pesquisas nacionais, censos e levantamentos feitos pelas autoridades de saúde, mais de 65 mulheres em cada 100 mil parturientes morrem no Brasil em decorrência de problemas na gestação ou no parto.

A melhoria da assistência obstétrica e a redução da morbidade e mortalidade materna, através da redução de práticas desnecessárias ou prejudiciais, poderão ser alcançadas a partir da divulgação das recomendações mais atualizadas e cientificamente balizadas sobre as boas práticas na assistência ao parto. Os manuais de guias e condutas deveriam contemplar e estimular a adoção das evidências científicas que já estão disponíveis sobre as intervenções classificadas como benéficas para a atenção ao parto, pois são derivadas de estudos realizados com extremo rigor metodológico e científico (CECATTI; CALDERÓN, 2005).

No atual contexto brasileiro, embora tenham passados 16 anos da publicação das recomendações da OMS para a assistência ao parto (OMS, 1996), ainda não há indicadores de como as boas práticas estão sendo implementadas nas maternidades, especialmente no que se refere

à presença de acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Estudos sobre o apoio por uma única pessoa durante o parto, seja ela uma doula, parteira ou enfermeira, mostraram que o apoio físico e empático contínuo durante o trabalho de parto resulta em benefícios, como a diminuição no seu tempo de duração, no uso de medicações e analgesia, e no número de ocorrências de partos operatórios e depressão neonatal (OMS, 1996). Esses benefícios são ainda mais observados quando o provedor de apoio não é membro da equipe do hospital e quando o apoio é iniciado precocemente no trabalho de parto (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005; HODNET et al., 2011). Entretanto, existe uma lacuna na literatura com relação à associação da presença do acompanhante com a implementação de outras práticas benéficas na assistência ao parto, o que é um dos objetos deste estudo.

A forma como são registradas as práticas de assistência no SUS também não viabiliza a obtenção de dados relativos ao uso abusivo de ocitocina na indução e na aceleração do parto, manobras invasivas como o descolamento de membranas, e a manobra de Kristeller, que são importantes e que podem influenciar nos desfechos de saúde de mães e bebês (DINIZ, 2009).

A maioria dos resultados é decorrente de pesquisas pontuais, realizadas para avaliar instituições de saúde, em diferentes estados, com amostras que muitas vezes não permitem a generalização dos achados (D'ORSI *et al*, 2005; FOGAÇA, 2007; BRÜGGEMANN *et al.*, 2011). Diante disso, faz-se necessário investigar, como as boas práticas têm sido implementadas nas instituições de saúde da Região Sul do Brasil. Assim, as questões norteadoras deste estudo são: **Com que frequência os acompanhantes estão presentes nas diversas fases de internação (da admissão ao pós-parto) da mulher para a assistência ao parto? Quais boas práticas na atenção ao parto estão sendo implementadas nas instituições de saúde? Qual a associação entre a presença do acompanhante e a implementação das boas práticas na atenção ao parto?**



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever a prevalência da presença do acompanhante e testar sua associação com a implementação das boas práticas na atenção ao parto nas instituições de saúde da Região Sul do Brasil.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres assistidas de acordo com a presença do acompanhante;
- Descrever a implementação das boas práticas na atenção ao parto;
- Descrever a prevalência da presença do acompanhante no SUS e na saúde suplementar;
- Testar a associação entre a presença do acompanhante e a utilização das boas práticas na atenção ao parto.



### 3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Nos últimos cem anos, como consequência das políticas públicas de saúde, dos movimentos de mulheres e do progresso da medicina, as taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal no Brasil diminuíram drasticamente (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2011a). Há pelo menos 25 anos, o MS vem propondo iniciativas para a melhoria da maternidade, para ampliar o acesso das mulheres ao acompanhamento pré-natal, para qualificar as ações desenvolvidas e para modificar o modelo de atenção ao parto (LAGO; LIMA, 2009).

Entretanto, persistem desigualdades na atenção pré-natal e obstétrica, segundo fatores socioeconômicos, como escolaridade e cor da pele (BRASIL, 2012a). Além disso, as práticas consideradas benéficas para a assistência ao parto, comprovadas através das evidências científicas, estão sendo ignoradas em muitas regiões do País, enquanto práticas prejudiciais continuam sendo realizadas.

Dessa forma, tendo em vista os objetivos desse estudo, a sustentação teórica, que será apresentada a seguir, contempla a implementação das políticas de atenção à saúde da mulher no Brasil e as melhores evidências científicas disponíveis para a assistência ao parto e nascimento.

#### 3.1 AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

A saúde da mulher brasileira foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, limitando-se às demandas relacionadas à gravidez e ao parto e trazendo uma visão restrita sobre a mulher, centrada em sua especificidade biológica e no seu papel de mãe e doméstica. No âmbito do movimento feminista brasileiro, os programas materno-infantis da época foram fortemente criticados, pois tratavam a mulher de forma reducionista, incluindo algum acesso aos cuidados de saúde apenas durante o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2011a).

O movimento de mulheres teve forte atuação no campo da saúde. Ao revelar desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, relacionando os problemas de saúde às questões

de gênero, contribuiu para introduzir na agenda política nacional questões até então consideradas restritas. As mulheres organizadas reivindicaram sua condição de sujeitos de direito, demandando ações que proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2011a).

Nesse cenário, por pressão das usuárias e no intuito de reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal, o MS brasileiro começou a propor políticas e ações para a humanização da assistência ao parto. A primeira política pública que indica a integralidade como preceito básico da assistência às mulheres é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que em 1983 propôs formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida. Baseada nos dados epidemiológicos e nas reivindicações de diversos segmentos sociais, a política incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade das ações (BRASIL, 1983). Neste mesmo período, no âmbito do movimento sanitário, se concebia o esboço conceitual que embasaria o SUS.

Em 1985, a Organização Panamericana de Saúde e os escritórios regionais da Europa e das Américas da OMS realizaram no Brasil, em Fortaleza, a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento, na qual foram apresentadas diversas recomendações consideradas relevantes para serviços perinatais do mundo todo, entre estas, que o bem-estar da futura mãe deve ser assegurado através do livre acesso de um acompanhante, por ela escolhido, ao parto e ao puerpério (WHO, 1985).

Baseado nos estudos das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, em 2000, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que buscou concentrar esforços para reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal e adotar medidas que assegurassem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal (BRASIL, 2002). Nesse mesmo ano, a Organização das Nações Unidas (ONU) propôs oito objetivos para o milênio, dentre os quais “melhorar a saúde das gestantes” e “reduzir a mortalidade infantil”. Assim como os demais estados-membros da assembleia geral da ONU, o Brasil assumiu o compromisso de empreender esforços para alcançar tais objetivos até o ano de 2015 (BRASIL, 2008a).

Devido às dificuldades de implementação do PAISM, O MS

editou a Norma Operacional de Assistência à saúde (NOAS), que na área de saúde da mulher, estabelece que os municípios devem garantir as ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino (BRASIL, 2001). A delimitação dessas ações para o âmbito municipal foi resultante das dificuldades para consolidação do SUS e das lacunas que persistiam na atenção à saúde da população, mas somente a partir de 2003 foram contemplados seguimentos da população feminina e problemas emergentes até então desconsiderados (BRASIL, 2003).

Passados 20 anos da criação do PAISM, em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identificava ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e o estabelecimento de novas ações, como atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas, além da participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2011a).

Considerando que o enfrentamento da problemática da mortalidade materna e neonatal está relacionado ao envolvimento dos diferentes atores sociais, em 2004, o MS propôs a adoção do Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal. Dentre diversas ações estratégicas, o pacto propõe que a rede hospitalar e os centros de parto normal devem incluir nos novos contratos de gestão hospitalar, a adesão a boas práticas na atenção obstétrica e neonatal e os critérios da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) também desenvolveu ações sistemáticas com o objetivo de mobilizar os atores sociais do setor suplementar de saúde para a implementação de estratégias que melhorem a qualidade da atenção obstétrica e neonatal. Em 2008, a ANS publicou a revisão do rol de procedimentos e eventos em saúde, incluindo para as operadoras a obrigatoriedade de cobertura de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, acreditando que essa medida possa melhorar a percepção feminina sobre a vivência do parto e reduzir as intervenções obstétricas (BRASIL, 2008a).

Como a maior parte dos serviços de obstetrícia hospitalares é projetada sem levar em conta as necessidades dessa específica clientela, a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n° 36, de 03 de junho de 2008, veio complementar a RDC n° 50 de 21 de fevereiro de 2002, que trata da normatização dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, contemplando questões como o redimensionamento do espaço físico para garantir a presença do acompanhante de escolha da gestante. Desta forma, estabeleceu que todos os serviços em funcionamento, abrangidos

por essa RDC, teriam o prazo de 180 dias para se adequarem ao preconizado (BRASIL, 2008b).

Em 2011, considerando a saúde da mulher como prioridade de governo, em parceria com diversos setores da sociedade, o MS elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”. Norteada pelos princípios da integralidade e da promoção da saúde, a partir do enfoque de gênero, a política busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, tendo como prioridades a melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2011a).

A estratégia do MS, lançada em 2011, a ser operacionalizada pelo SUS, é a Rede Cegonha. Fundamentada nos princípios da humanização, essa estratégia pretende garantir às mulheres, recém-nascidos e crianças, dentre outros direitos, a realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção, e a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no momento do parto. A Rede de cuidados assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério; e às crianças, o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011b). Com a implantação desse programa, espera-se ampliar e qualificar, especialmente nas regiões mais carentes, a assistência à gestante e ao recém-nascido, resgatando a dignidade e proporcionando a humanidade e a segurança ao parto e ao nascimento (BRASIL, 2012a).

O terceiro componente da Rede Cegonha: garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, contempla a temática do presente estudo, pois destaca a necessidade de implementar o direito ao acompanhante; as boas práticas obstétricas; a ambiência adequada; e estimular o parto normal (BRASIL, 2011c).

Acreditando que muitas mulheres deixam de exigir a presença do acompanhante por desconhecimento do seu direito, em 2013, foi para votação na Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) o Projeto de Lei PLC 21/2012, de autoria do então deputado Carlos Bezerra. O projeto altera a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, obrigando os hospitais de todo o País a afixar e manter em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente de ter acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2012b).

### 3.2 AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE AS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS

No Brasil, as recomendações da OMS foram amplamente divulgadas e serviram de referência para a elaboração de protocolos assistenciais, pois são derivadas de estudos randomizados, realizados com extremo rigor metodológico e científico. Muitas pesquisas relatam experiências positivas de transformação da assistência através do uso das práticas recomendadas pela OMS, como o uso de outras posições que não a litotômica ou dorsal no momento do parto, o estímulo ao apoio por acompanhante de escolha da mulher, o estímulo e auxílio à deambulação e ao uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor (PORFÍRIO; PROGIANTI; SOUZA, 2010; DAVIM *et al.*, 2008; SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011; BRÜGGEMANN; OSSIS; PARPINELLI, 2007).

A disseminação e a implementação de melhores práticas na área de saúde reprodutiva foi o objetivo de um workshop internacional realizado em 2003 pela OMS e a colaboração Cochrane, que visou promover a utilização das melhores práticas em saúde reprodutiva a partir de estudos de metanálise e revisão sistemática derivados de ensaios controlados aleatorizados que contemplassem o efeito de cada possível intervenção no parto sobre a saúde das mulheres, em termos de morbidade e mortalidade (WHO, 2004).

A seguir serão apresentadas as evidências científicas sobre as práticas obstétricas que são foco deste estudo, classificadas como boas práticas na atenção ao parto e nascimento. No entanto, tendo em vista os objetivos desse estudo, que são centrados na avaliação da presença do acompanhante nas instituições de saúde e a sua associação com a implementação das boas práticas, as evidências que amparam a recomendação sobre o “**Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto, parto e pós-parto**” serão apresentadas no subitem 3.3.

#### **Oferecimento de líquidos e/ou alimentos por via oral durante o trabalho de parto e parto**

Embora muitas instituições de saúde ainda proibam a ingestão de líquidos e/ou alimentos durante o trabalho de parto, devido ao receio de aspiração do conteúdo gástrico durante uma possível anestesia geral (Síndrome de Mendelson), não há evidências que sustentem esta prática, visto que a restrição da ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto não garante um menor conteúdo estomacal (MCKAY;

MAHAN, 1988). Além disso, como o risco de aspiração está associado ao uso de anestesia geral, a abordagem ao parto normal deve incluir uma avaliação do risco e, uma vez classificado como baixo risco, o parto pode ser manejado sem a restrição hídrica e alimentar e sem a administração de antiácidos (OMS, 1996).

Atenção especial deve ser dada ao fato de que o trabalho de parto requer enormes quantidades de energia e, como não se pode prever a sua duração, é necessário repor essa energia, visto que o jejum pode provocar efeitos deletérios como desidratação e cetose, hipoglicemia materna e comprometimento do bem-estar fetal (AMORIM, 2012). Geralmente, nas instituições de saúde, esta situação é tratada com infusões intravenosas de glicose, mas sabe-se que o aumento nos níveis médios de glicemia pode estar acompanhado por um aumento nos níveis maternos de insulina, resultando num aumento de níveis plasmáticos de glicose no bebê e diminuição do PH do sangue da artéria umbilical. A administração de mais de 25 gramas de glicose por via intravenosa para a mãe durante o trabalho de parto, pode provocar hiperinsulinismo fetal, resultando em hipoglicemia neonatal e elevação dos níveis sanguíneos de lactato. A hiponatremia materna e neonatal pode ser provocada pela administração excessiva de soluções intravenosas sem sódio. Destaca-se que esses eventos são muito mais frequentes que o risco, sem evidências, de aspiração do conteúdo gástrico na anestesia geral (OMS, 1996; AMORIM, 2012).

A revisão sistemática, que incluiu cinco ensaios clínicos randomizados (ECR) (Quadro 1), com amostra de 3.130 mulheres de baixo risco para anestesia geral, concluiu que não há justificativa para restrição alimentar durante o trabalho de parto para as mulheres com baixo risco de complicações, visto que, atualmente, há uma maior utilização de anestesia regional e melhores técnicas de anestesia geral. Não houve diferença na taxa de cesárea, parto instrumental, Apgar baixo, duração do trabalho de parto, náuseas, vômitos, cetose, analgesia, uso de ocitocina e admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. Nesses estudos, não ocorreu nenhum caso de Síndrome de Mendelsson (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2010).

**Quadro 1:** Síntese dos principais resultados de ensaios clínicos randomizados sobre a restrição de fluidos orais e alimentos durante o trabalho de parto.

ENSAIO CLÍNICO	TÍTULO	SUJEITOS E INTERVENÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS
SCRUTTON et al., 1999	Eating in labour: a randomised controlled trial assessing the risks and benefits.	94 parturientes  Grupo Intervenção (GI): dieta leve (n=48)  Grupo Controle (GC): somente água (n=46)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A dieta leve impediu o aumento de b-idroxitubirato (<math>p &lt; 0,001</math>) e ácidos graxos não esterificados (<math>p &lt; 0,001</math>) no plasma, sendo observado no grupo que só ingeriu água;</li> <li>- Não houve diferenças entre os grupos com relação a duração da primeira ou segunda etapa do trabalho de parto, uso de ocitocina, tipo de parto, índice de Apgar ou PH do sangue nos vasos umbilicais;</li> <li>- O grupo que recebeu dieta leve apresentou mais episódios (<math>p = 0,046</math>) e maiores volumes (<math>p = 0,001</math>) de êmese;</li> <li>- O grupo que recebeu dieta leve apresentou aumento significativo nos níveis de glicose (<math>p = 0,003</math>) e de insulina (<math>p = 0,017</math>), demonstrando que as calorias estavam sendo absorvidas e utilizadas. Alterações no lactato foram similares nos dois grupos, sugerindo que o problema da acidose láctica que ocorre quando é administrado glicose intravenosa em mulheres em trabalho de parto não parece ocorrer com nutrição entérica.</li> </ul>
KUBLI et al., 2002	An evaluation of isotonic "sport drinks" during labor.	60 parturientes  GI: isotônico (bebida esportiva) (n=30)  GC: somente água (n=30)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não houve diferenças entre os grupos na duração do trabalho de parto, uso de ocitocina, tipo de parto, ou a utilização de analgesia epidural. Os bebês apresentaram escores de Apgar e PH nos vasos umbilicais semelhantes;</li> <li>- Não houve diferença entre os grupos na quantidade de episódios de êmese e no volume vomitado durante o trabalho de parto;</li> <li>- A quantidade total de líquido consumido foi significativamente maior (<math>p = 0,001</math>) para o grupo que ingeriu bebida isotônica em comparação ao grupo que ingeriu apenas água.</li> </ul>

**Continua...**

ENSAIO CLÍNICO	TÍTULO	SUJEITOS E INTERVENÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS
<b>Continuação</b>			
SCHEEPERS et al., 2002	A double-blind, randomised, placebo controlled study on the influence of carbohydrate solution intake during labour.	203 primíparas  GI: água com aroma artificial (placebo) (n=99)  GC: bebida com carboidratos (n=102)	- Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos no percentual de mulheres que receberam ocitocina para indução ou medicação para dor; - O número de cesarianas foi significativamente mais elevado no grupo que recebeu solução de carboidratos (RR 2,9; IC 95% 1,29-6,54); - O aumento da taxa de cesariana pode ser devido ao acaso ou a fatores de confusão que não foram considerados.
TRANMER et al., 2005	The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress.	330 parturientes  GI: acesso irrestrito à escolha de líquidos e alimentos (n=163)  GC: lascas de gelo e água (n=165)	- As mulheres do grupo de intervenção relataram um padrão significativamente diferente da ingestão oral durante o início do trabalho de parto no hospital (p <0,001); - A incidência de distócia foi de 36% no grupo de intervenção e 44% no grupo de cuidados habituais e não foi significativamente diferente (OR = 0,71; IC 95% 0,46 - 1,11); - Não foram observadas diferenças significativas nos resultados secundários ou na incidência de complicações adversas maternas ou neonatais.
O'SULLIVAN, 2009	Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial.	2426 primíparas  GI: alimentos com baixo teor de gordura (n=1219)  GC: lascas de gelo e água (n=1207)	- Não ocorreu nenhum caso de aspiração pulmonar do conteúdo gástrico; - Não foi observado diferença significativa entre os grupos na taxa de: parto vaginal (RR 0,99; IC 95% 0,90-1,09), parto instrumental (RR 1,04; IC 95% 0,91-1,19), cesareana (RR 0,98; IC 95% 0,87-1,12), nos episódios de êmese (RR 1,05; IC 95% 0,94-1,17); no uso de analgesia peridural, uso de ocitocina para ativar o trabalho de parto (RR 0,95; IC 95% 0,88-1,02), índice de Apgar no 5º min. $\leq 7$ (RR 0,72; IC 95% 0,38-1,36) e $\leq 4$ (RR 0,44; IC 95% 0,14-1,42), e na admissão neonatal em UTI neonatal (RR 0,96; IC 95% 0,68-1,35).

A liberdade da mulher para escolher a sua nutrição durante o trabalho de parto parece apresentar os melhores resultados, uma vez que a maioria delas apresenta uma necessidade intensa de ingestão hídrica, porém não deseja alimentar-se durante o trabalho de parto. Assim podem ser oferecidas pequenas doses de alimentos que contenham grandes quantidades de energia (OMS, 1996).

### **Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e estímulo a posições não-supinas durante o trabalho de parto e parto**

O decúbito dorsal da parturiente ainda continua sendo a posição mais prevalente nas instituições de saúde, entretanto, não há indícios que apoiem o estímulo a essa posição durante o primeiro estágio do trabalho de parto e parto. Apesar de existirem várias opções de posição para a parturiente, limitações como o formato da mesa de parto, protocolos assistenciais rígidos, uso rotineiro de cateterização venosa ou equipamentos de monitoramento, frequentemente restringem essas opções (OMS, 1996).

Com o desenvolvimento das técnicas obstétricas, a posição de litotomia foi progressivamente incorporada na assistência ao parto, sendo justificada por permitir melhor visualização do períneo e realização das manobras obstétricas necessárias (BRASIL, 2008b). No entanto, os resultados da revisão sistemática sobre as posições maternas e a mobilidade durante o primeiro estágio do trabalho de parto, que avaliou 21 estudos, com um total de 3.706 mulheres, sugere que a primeira fase do trabalho de parto pode ser reduzida quando as mulheres ficam em pé ou deambulam nesse período (LAWRENCE et al., 2009). Na posição supina, o peso do útero gravídico sobre os vasos sanguíneos abdominais, pode diminuir as contrações, o progresso da dilatação cervical e a descida do feto. Mulheres randomizadas para posições verticais foram menos propensas a receber analgesia epidural (RR 0,83; IC 95% 0,72 – 0,96) e a primeira etapa do trabalho de parto foi aproximadamente uma hora mais curta em oposição às mulheres que assumiram posições reclinadas (mediana -0,99min; IC 95% -1,60 a -0,39) (LAWRENCE et al., 2009).

Toda gestante deve ser estimulada a se movimentar e a adotar posições que considere confortáveis para ela, sem a interferência dos profissionais de saúde, pois não existe evidência que justifique a permanência das mulheres em posição supina durante o trabalho de parto (BRASIL, 2008a). O Quadro 2 apresenta os principais resultados de ensaios clínicos randomizados que avaliaram a posição e a

movimentação materna durante a primeira fase do trabalho de parto.

**Quadro 2:** Síntese dos principais resultados de ensaios clínicos sobre a posição materna e a movimentação durante a primeira fase do trabalho de parto

ENSAIO CLÍNICO	TÍTULO	SUJEITOS E INTERVENÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS
FRENEA et al.; 2004	The Effects of Prolonged Ambulation on Labor with Epidural Analgesia	<b>61 parturientes</b> GI: deambularam (n=30)  GC: permaneceram em posição reclinada (n=31)	- O consumo de bupivacaína e as doses de ocitocina foram significativamente menores no grupo que deambulou (p=0,03); - A deambulação conduziu a um número significativamente menor de necessidade de cateterização vesical na hora do parto (p=0,01).
KARRAZ, 2003	Ambulatory epidural anaesthesia and the duration of labor	215 primíparas  GI: sentar ou ficar em posição reclinada após analgesia (n=141)  GC: posição supina, semi-supina ou lateral após analgesia (n=74)	- Foi observada uma diferença significativa na duração do trabalho de parto: 173 ± 110 min. no grupo intervenção vs 236 ± 131 min. no grupo controle após analgesia (P = 0,001).
NAGEOTE et al., 1997	A prospective randomized study of intrapartum epidural vs combination intrathecal/epidural anesthesia with or without ambulation	505 primíparas  GI: incentivado a deambular (n=253)  GC: desencorajado a deambular (n=252)	- Foram identificados três fatores de risco para cesariana devido à distócia: a analgesia peridural com o vértice fetal em plano negativo (RR 2,0; IC 95% 1,3 - 3,9), o início da analgesia peridural com menos de 4 cm de dilatação cervical (RR 1,8; IC 95% 1,1 - 3,7), e a ausência de deambulação (RR 1,6; IC 95% 0,9 - 3,3).
BLOOM et al.; 1998	Lack of effect of walking on labor and delivery	1067 parturientes  GI: encorajadas a deambular (n=536)  GC: tratamento usual (permanecer no leito durante o trabalho de parto) (n=531)	- Deambular não teve nenhum efeito sobre o comprimento do primeiro estágio do trabalho de parto após o ajuste para o grau de colo do útero e dilatação na admissão (P = 0,65 por análise de covariância); - Resultados sobre os possíveis benefícios de deambular na primeira etapa do trabalho de parto foram inconclusivos. Não foram verificadas evidências de que a deambulação fosse prejudicial para o feto.
<b>Continua...</b>			

ENSAIO CLÍNICO	TÍTULO	SUJEITOS E INTERVENÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS
<b>Continuação</b>			
FLYNN et al.; 1978	Ambulation in Labour	68 parturientes (34 primíparas e 34 múltiparas)  GI: deambularam (n=34)  GC: permaneceram no leito (n=34)	- A ação uterina foi significativamente melhor no grupo que deambulou ( $p<0,005$ ); - A primeira etapa do trabalho de parto teve uma redução de 2 horas no grupo que deambulou ( $p<0,001$ ); - O grupo intervenção apresentou uma prevalência maior de parto vaginal ( $p<0,01$ ) e menor necessidade de analgesia ( $p<0,001$ ) quando comparado ao grupo que permaneceu no leito; - A deambulação teve um efeito benéfico sobre o recém-nascido, apresentando melhores índices de Apgar no grupo intervenção no 1º ( $p<0,001$ ) e 5º ( $p<0,05$ ) minutos.

A efetividade da posição materna durante o período expulsivo foi avaliada em revisão sistemática que analisou 20 ensaios clínicos randomizados ou quase randomizados, incluindo 6.135 mulheres. Entre os principais resultados, verificou-se que mulheres que tiveram parto na posição vertical ou em decúbito lateral, quando comparadas à posição supina ou em litotomia, apresentaram maior ocorrência de lacerações de segundo grau e perda sanguínea superior a 500ml, contudo apresentaram menor duração do período expulsivo, menor taxa de episiotomia, menor percepção de dor intensa e menor ocorrência de alterações nos batimentos cardíacos (GUPTA; HOFMEYER; SMYTH, 2007).

### **Uso de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto e uso seletivo da analgesia peridural para o controle da dor**

Segundo a OMS, o parto é um evento fisiológico, onde devem ser priorizados métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor (OMS, 1996). Diversos ensaios clínicos foram realizados nos últimos anos com o objetivo de comprovar a eficácia de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto/parto.

Revisão sistemática com 11 ECRs, compreendendo 3.146 mulheres, sugere que a imersão em água durante o primeiro estágio do trabalho de parto reduz efetivamente a percepção de dor pela parturiente e a necessidade de analgesia (RR 0,90; IC 95% 0,82 - 0,99), reduz a duração do primeiro estágio do trabalho de parto (DM -32,4min; IC

95% -58,7 - -6,13) e aumenta a satisfação com a experiência do nascimento (CLUETT; BURNS, 2011). O quadro 3 apresenta uma síntese dos principais resultados dos ensaios clínicos sobre imersão em água no trabalho de parto e nascimento.

No estudo de Ramnero e colaboradores (2002), 43% das mulheres do grupo de intervenção que foram submetidas à acupuntura não precisaram de nenhum analgésico adicional, enquanto 72% do grupo controle necessitaram (RR 0,56; IC 95% 0,38 - 0,81). Revisão sistemática da Cochrane (SMITH; ALLDRED; MARKHAM, 2008) estudou terapias complementares e alternativas para a diminuição da dor no trabalho de parto, incluindo 14 estudos com um total de 1.537 mulheres que usaram diferentes modalidades de alívio da dor. Os ensaios clínicos com acupuntura demonstraram uma diminuição em 30% do uso de analgesia farmacológica para alívio da dor (RR 0,70; IC 95% 0,49 - 1,00) e mulheres que fizeram uso de auto-hipnose apresentaram redução de 70% no uso de analgesia peridural (RR 0,30; IC 95% 0,22 - 0,40). Não foram observadas diferenças para as mulheres que receberam aromaterapia ou áudio-analgesia. Anos depois, outra revisão sistemática (SMITH et al., 2011), contendo 13 ECRs, com um total de 1.396 mulheres, estudou os efeitos da acupuntura ou acupressão para o controle da dor durante o trabalho de parto. Os resultados demonstraram redução da intensidade da dor (diferença média padronizada (SMD) -1,00; IC95% -1,33 - -0,67), maior satisfação com o alívio da dor (RR 2,38; IC 95% 1,78 - 3,19), redução do uso de analgesia farmacológica (RR 0,72; IC 95% 0,58 - 0,88) e menos partos instrumentais (RR 0,67; IC 95% 0,46 - 0,98) no grupo que recebeu acupuntura quando comparado ao grupo controle. A intensidade da dor também foi reduzida com a acupressão (SMD -0,55; IC 95% -0,92; -0,19).

Com relação ao uso de massagens, revisão sistemática que analisou seis ECRs (326 mulheres) (SMITH et al., 2012) demonstrou que as mulheres que receberam massagem durante o trabalho de parto apresentaram menos dor quando comparadas às que receberam os cuidados usuais (DM -0,82; IC 95% -1,17 - -0,47) ou às que utilizaram música (RR 0,40; IC 95% 0,18 - 0,89), sendo que também apresentaram redução da ansiedade durante o trabalho de parto (DM -16,27; IC 95% -27,03 - -5,51).

Com relação às técnicas de relaxamento para o manejo da dor no trabalho de parto, revisão sistemática realizada a partir de 11 ensaios clínicos randomizados, com dados de 1.374 mulheres, apontou que a yoga e as técnicas de relaxamento, como meditação e hipnose, podem

ter um efeito calmante e ajudar as mulheres a controlar a dor e a tensão durante o parto (SMITH; COLLINS; CROWTHER, 2011).

**Quadro 3:** Síntese dos principais resultados de ensaios clínicos sobre imersão em água no trabalho de parto e nascimento.

<b>ENSAIO CLÍNICO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>SUJEITOS E INTERVENÇÃO</b>	<b>PRINCIPAIS RESULTADOS</b>
WOODWARD KELY, 2004	A pilot study for a randomised controlled Trial of waterbirth versus land birth	80 parturientes GI: parto na água (n=60)  GC: parto em terra (n=20)	- Os bebês aleatorizados para nascer na água apresentaram uma quantidade significativamente menor de pCO <sub>2</sub> na artéria umbilical (p=0,0003);
ECKERT; TURNBULL; MACLENNAN, 2001	Immersion in Water in the First Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial	274 parturientes  GI: banho de imersão (n=137)  GC: cuidados de rotina (n=1370)	- Não foram observadas diferenças estatísticas significativas na proporção das mulheres que solicitaram indução, bem como no tempo do trabalho de parto ou nas taxas de traumatismo perineal; - Os bebês de mulheres do grupo que utilizou o banho necessitaram de mais reanimação, quando comparado ao grupo controle (RR 1.41; IC 95% 1.06 – 1.89, p=0.01).
OHLSSON et al., 2001	Warm tub bathing during labor: maternal and neonatal effects	1237 parturientes  GI:banho (n=612)  GC: não tomar banho (n=625)	- Não foi descrito nenhum efeito negativo do banho durante o TP para os resultados maternos ou neonatais. As gestantes que desejam tomar banho durante o trabalho de parto podem fazê-lo, sem comprometer o seu bem-estar ou do bebê após o nascimento.
ERIKSON; MATTSSON; LADFORS, 1997	Early or late bath during the first stage of labour: a randomized study of 200 women	200 parturientes  GI: banho precoce (n=100)  GC: banho tardio (n=100)	- A analgesia peridural foi utilizada mais frequentemente pelo grupo do banho precoce (antes de 5cm. de dilatação uterina) (p=0,0015), bem como o uso de ocitocina (p=0,0002); - A duração do trabalho de parto foi maior para o grupo do banho precoce quando comparado ao grupo controle (após 5cm de dilatação uterina) (p<0,004).
			<b>Continua...</b>

ENSAIO CLÍNICO	TÍTULO	SUJEITOS E INTERVENÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS
<b>Continuação</b>			
RUSH et al, 1996	The Effects of Whirlpool Baths in Labor: A Randomized, Controlled Trial	785 parturientes GI: banho (n=393) GC: não tomar banho (n=392)	- O grupo que utilizou a banheira solicitou menos agentes farmacológicos que o controle (cuidados convencionais) (66% vs 59%, p = 0,06), foi menos submetido ao uso de fórceps e o vácuo (p=0,019) e foi mais propenso a ter um períneo intacto do que o grupo controle (p = 0,019); - O trabalho de parto foi mais longo para o grupo que utilizou a banheira (p = 0,003), que coincidentemente tinha mais primíparas e que foram admitidas no início do trabalho de parto..

### **Não realização rotineira de enema e de tricotomia**

Apesar de serem práticas rotineiras em algumas instituições, não há evidências científicas que recomendem a realização da tricotomia e do enema na admissão da mulher para o parto. Os resultados dos ECRs mostram que essas práticas não têm um efeito benéfico significativo sobre as taxas de infecção e/ou deiscência da ferida perineal ou outras infecções neonatais e que, portanto, tais práticas devem ser desencorajadas (BASEVI; LAVENDER, 2000; REVEIZ; GAITÁN; CUERVO, 2007).

Não foram realizados estudos suficientes para avaliar a opinião das mulheres sobre a realização desses procedimentos, desconsiderando o desconforto, dor ou constrangimento que podem ser gerados durante a sua realização. Em cirurgias, sabe-se que após o intervalo de uma hora entre a tricotomia e a incisão da pele, há um aumento do risco de infecção. Além disso, o procedimento aumenta o risco de infecção por HIV e hepatite para a parturiente e para os profissionais de saúde (AMORIM, 2012).

Revisão sistemática que analisou quatro ensaios clínicos (1.917 mulheres) sobre o uso de enema no trabalho de parto (REVEIZ; GAITÁN; CUERVO, 2010), demonstrou que não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos quanto às taxas de infecção em puérperas (RR 0,66; IC 95% 0,42-1,04) ou recém-nascidos (RR 1,12; IC 95% 0,76-1,67) após um mês de acompanhamento. Além disso, o enema

não previne a eliminação de fezes no 1º e no 2º estágio do trabalho de parto, nem afeta a sua duração ou dinâmica uterina, ou seja, não há evidências suficientes para recomendar sua utilização rotineira (AMORIM, 2012).

**Não realização de infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto e não administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto, de um modo que não permita controlar seus efeitos**

A infusão intravenosa de ocitocina é frequentemente utilizada para acelerar o trabalho de parto. De acordo com os protocolos para manejo ativo do trabalho de parto, após a amniotomia precoce, são realizados exames vaginais a cada hora, administrando-se ocitocina caso a velocidade da dilatação cervical seja inferior a 1cm/hora (OMS, 1996).

A ocitocina, por ser administrada por via endovenosa contínua, também limita a liberdade de movimentação da mulher. Em um ECR realizado com 1.469 mulheres (HEMMINKI et al., 1985), as parturientes que não receberam ocitocina foram estimuladas a sair do leito, deambular ou ficar sentada, conforme a preferência. Nesse grupo, a duração média de trabalho de parto foi levemente menor ao comparar com o grupo que recebeu ocitocina para correção da dinâmica. O estudo também incluiu a opinião das mulheres sobre o procedimento realizado, sendo que mais de 80% das mulheres que receberam ocitocina relataram que o procedimento provocou aumento da sua dor.

Contudo, uma revisão da Cochrane com 12 ECRs (DARE et al., 2006), envolvendo 6.814 mulheres que tiveram ruptura espontânea das membranas amnióticas, comparou a conduta expectante com a antecipação do parto, utilizando métodos como ocitócitos e prostaglandinas, e encontrou menor morbidade infecciosa no grupo que teve parto antecipado e redução no número de internações em UTI neonatal (RR 0,72; IC 95% 0,57 - 0,92), não havendo aumento dos partos vaginais operatórios ou cesarianos.

Estudo que analisou 39 casos de mortes maternas diretamente causadas pelo uso incorreto de ocitocina, demonstrou que 90% delas ocorreram em áreas rurais e montanhosas, sendo o principal motivo o desconhecimento dos profissionais das indicações e contra-indicações da administração de ocitocina e, portanto, do uso incorreto. As principais causas de morte materna foram ruptura uterina, lesão de tecidos moles do canal do parto e embolia de líquido amniótico (ZHENG; ZHANG, 1994).

Revisão de literatura que copilou trabalhos de três fontes (orientações de práticas obstétricas internacionais, análise do aumento

da disponibilidade de ocitocina e misoprostol nos países em desenvolvimento para uso na gestão ativa da terceira fase do trabalho de parto, e uma revisão de literatura estruturada em cinco bases de dados eletrônicos), demonstrou que existem indicações para a indução farmacológica do trabalho de parto. Entretanto algumas condições clínicas são pré-requisito para a indução: apresentação normal do feto, consentimento da mãe, indicação convincente, capacidade de monitorar adequadamente a parturiente e o feto durante o trabalho de parto, disponibilidade de serviços obstétricos de emergência e conhecimento médico da história obstétrica da parturiente, principalmente no que se refere à cirurgia uterina anterior. Os riscos associados com a indução do trabalho de parto incluem: exaustão materna, hiperestimulação do útero, podendo levar à ruptura do útero ou da placenta, sofrimento fetal, mais desconforto e inconveniência para a parturiente que o trabalho de parto espontâneo, maiores taxas de parto cirúrgico, entre outros. Além disso, doses altas de ocitocina têm um efeito anti-diurético, estando associado com retenção de água e hiponatremia, que podem levar ao coma, convulsões e morte (LOVOLD; STANTON, 2008).

Considerando-se que o parto é um evento fisiológico, não há evidências suficientes que garantam que o uso liberal da correção da dinâmica com ocitocina, denominado manejo ativo do trabalho de parto, ofereça benefícios para mulheres e seus bebês. Em geral, o uso de qualquer ocitócito intramuscular ou endovenoso antes do parto, é considerado perigoso e deveria ser usado para corrigir a dinâmica do trabalho de parto de forma restrita, em instituições que ofereçam acesso imediato à cesariana, pois a dosagem não pode ser adaptada ao grau de atividade do útero, podendo levar à hiperestimulação uterina nociva ao feto (OMS, 1996).

### **Não realização de amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto**

A amniotomia precoce é um dos procedimentos mais utilizados de forma rotineira para acelerar o trabalho de parto. Entretanto, revisão da Cochrane (SMYTH; ALLDRED; MARKHAM, 2008), que teve o objetivo de avaliar a efetividade e segurança da amniotomia, quando utilizada de forma isolada para acelerar o trabalho de parto, concluiu que o uso rotineiro desse procedimento não deve ser recomendado na assistência no manejo do trabalho de parto, devendo ser uma decisão discutida com as mulheres antes da sua realização. Nos 14 ECRs analisados (4.839 mulheres), a amniotomia esteve associada com um risco aumentado de cesariana (RR 1,26; IC 95% 0,98 – 1,62), embora

sem significância estatística. Não foram encontradas diferenças significativas na duração do trabalho de parto, satisfação materna e Apgar < 7 no quinto minuto.

### **Uso restrito, e não liberal ou rotineiro, de episiotomia**

Embora não existam dados precisos no sistema de informações do SUS quanto à utilização de episiotomia na atenção aos partos, sabe-se que no Brasil, por exemplo, trata-se de um dos procedimentos cirúrgicos mais utilizados no sistema público de saúde (DINIZ; CHACAM, 2004). É surpreendente a elevada prevalência de episiotomia entre os partos na América Latina, sendo uma intervenção de rotina em diversos países, comparado à prevalência reduzida em alguns países da Europa, que são considerados como tendo uma atenção obstétrica de qualidade (CARROLI; MIGNINI, 2009).

Os achados da revisão sistemática sobre o uso de episiotomia para o parto vaginal, que incluiu 8 ECRs (5.541 mulheres), apontaram que o uso restrito de episiotomia parece oferecer uma série de benefícios em comparação com o seu uso de forma rotineira, tais como menor ocorrência de trauma perineal grave (RR 0,67; IC 95% 0,49 - 0,91) e trauma perineal posterior (RR 0,88; IC 95% 0,84 - 0,92), menores índices de sutura (RR 0,71; IC 95% 0,61 - 0,81) e menos complicações nos primeiros sete dias de recuperação pós-parto (RR 0,69; IC 95% 0,56 - 0,85) (CARROLI; MIGNINI, 2009). Os principais resultados de ensaios clínicos sobre a realização de episiotomia na assistência ao parto estão descritos no quadro 4.

A episiotomia caracteriza-se essencialmente como uma laceração de segundo grau, capaz de romper diversos grupamentos musculares: transverso superficial do períneo, bulbocavernoso, feixes puborretais do músculo elevador do ânus, fibras do esfíncter estriado do ânus e transverso profundo do períneo (AMORIM, 2012). A OMS sugere uma taxa de no máximo 10% de episiotomias em parturientes de baixo risco e não há evidências clínicas que corroborem qualquer indicação deste procedimento.

Um estudo publicado em 2012 (STEINER et al., 2012) demonstrou que, mesmo em condições obstétricas adversas, a taxa de lacerações de terceiro e quarto grau aumenta quando se realiza episiotomia. A análise estratificada realizada neste estudo revelou que a episiotomia mediolateral é um fator de risco independente para lacerações perineais de terceiro ou quarto grau, mesmo em condições críticas, como macrosomia (OR = 2,3), parto instrumental (OR = 1,8), padrão não-tranquilizador da frequência cardíaca fetal (OR = 2,1),

posição occipito-posterior (OR = 2,3) e distância de ombro (OR = 2,3).

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) não recomenda a episiotomia rotineira e ressalta a importância de que, como todo procedimento cirúrgico, só deveria ser realizada com o consentimento, após informação, da parturiente (BRASIL, 2001).

**Quadro 4:** Síntese dos principais resultados de ensaios clínicos sobre a realização de episiotomia na assistência ao parto.

ENSAIO CLÍNICO	TÍTULO	SUJEITOS E INTERVENÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS
RODRIGUEZ et al., 2008	Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women	446 primíparas  GI: episiotomia seletiva (apenas em casos de laceração iminente, sofrimento fetal ou parto a fórceps) (n=222) GC: episiotomia de rotina (n=223)	- No GC 9,9% das mulheres desenvolveram lacerações de terceiro grau, em comparação com 4,5% das mulheres no GI (RR, 2,19; IC 95% 1,06-4,52); - Das lacerações de terceiro e quarto grau que ocorreram no GI, 86,6% foram nas parturientes que foram submetidas à episiotomia.
DANNECKER et al., 2004	Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial	109 primíparas GI: episiotomia restritiva (evitar a realização, salvo nos casos de indicação fetal) (n=49)  GC: episiotomia liberal (quando a laceração é considerada iminente ou por indicação fetal) (n=60)	- O GI apresentou menores taxas de episiotomia (RR 0,47; IC 95% 0,3-0,7), maiores taxas de períneo íntegro (RR 2,9; IC 95% 1,2-6,9) e menor trauma perineal (RR 2,9; IC 95% 1,6-10,5); - Mulheres do GI apresentaram escores médios de dor mais baixos, seja em repouso (p=0,025), sentadas (p=0,009), caminhando (p=0,005) ou para evacuar (p=0,048).
ARGENTINE EPISIOTOMY TRIAL COLLABORATIVE GROUP, 1993	Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial	2606 parturientes (1555 nulíparas e 1051 primíparas)  GI: episiotomia seletiva (n= 778 nulíparas + 520 primíparas)  GC: episiotomia de rotina (n= 777 nulíparas + 531 primíparas)	- A taxa de episiotomia foi de 30,1% no GI e 82,6% no grupo controle; - Trauma perineal anterior foi mais comum no GI. Entretanto, a necessidade de reparo perineal posterior cirúrgico, dor perineal, complicações na cicatrização, e deiscência foram todos menos frequentes nesse grupo. - 28% menos mulheres no GI necessitaram de reparo perineal (RR 0,72; IC 95% 0,68 - 0,75).

Continua...

ENSAIO CLÍNICO	TÍTULO	SUJEITOS E INTERVENÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS
<b>Continuação</b>			
KLEIN et al., 1994	Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation.	703 parturientes  GI: episiotomia restritiva (tentar evitar uma episiotomia)  GC: episiotomia liberal (tentar evitar uma laceração)	- A episiotomia foi fortemente associado com lacerações de terceiro e quarto graus (OR 22,08; IC 95% 2,84-171,53); - O médicos que apresentaram maiores taxas de episiotomia a também utilizaram outros procedimentos com maior frequência, incluindo cesariana; - Lacerações perineais espontâneas foram consideradas menos dolorosas que a episiotomia; - Três meses após o parto, as mulheres que tiveram o períneo íntegro apresentaram a musculatura do assoalho pélvico mais forte, comparado às que realizaram episiotomia.
SLEEP; GRANT, 1984	West Berkshire perineal management trial	1000 parturientes  GI: episiotomia restritiva (tentar evitar uma episiotomia) (n=498)  GC: episiotomia liberal (tentar evitar uma laceração) (n=502)	- A taxa de episiotomia foi de 10% no grupo de intervenção e 51% no GC; - As mulheres do GC form as que mais necessitaram de sutura perineal (78% vs 69%, p<0,01); - Não houve nenhuma evidência de que o trauma perineal foi mais extenso nas mulheres GO GI; - Para o GC, foram necessários 100 pacotes de fio para sutura e 13 horas para a realização do procedimento a mais do que para o de intervenção.

### **Não realização de pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto - manobra de Kristeller**

Além de aparentar maior desconforto materno, suspeita-se que essa prática traga efeitos deletérios para o útero, o períneo e o feto (OMS, 1996), mas não há evidências de boa qualidade sobre os efeitos da pressão fúndica manual no segundo estágio do trabalho de parto.

Estudo qualitativo, realizado em 2012 em uma maternidade de referência de Teresina – PI, demonstrou que as parturientes ainda são submetidas a diversas ordens e intervenções, entre essas a manobra de Kristeller, para acelerar e ajudar na expulsão do feto. As mulheres não relataram contrariedade alguma quanto ao uso dos procedimentos

porque não estão cientes da sua indicação ou porque não receberam orientações prévias sobre o parto, demonstrando passividade diante de como é conduzido o processo parturitivo (MOURA et al., 2012).

### **Não submeter a mulher ao parto operatório, com uso de fórceps e/ou vácuo-extrator**

Considerando que intervenções desnecessárias são perigosas para as mulheres e seus bebês, as decisões sobre a interrupção do segundo estágio do trabalho de parto de maneira operatória, devem ter como base a vigilância do estado materno e fetal e o progresso do trabalho de parto, desconsiderando a adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto (OMS, 1996).

O primeiro estudo da literatura médica que definiu a prevalência do uso do fórceps no Brasil e suas regiões demonstrou que, apesar do fórceps obstétrico no Brasil ser utilizado com frequência bem abaixo da encontrada nos países desenvolvidos, há diferenças estatisticamente significativas em relação ao seu uso entre as cinco grandes regiões brasileiras. As regiões sudeste e Sul, aparecem com as maiores prevalências do País (CASTRO; PINHEIRO, 2003).

### **A permanência da parturiente na mesma sala durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (PPP)**

No trabalho de parto normal não há necessidade de transferir a parturiente para outra sala no segundo estágio do trabalho de parto. Embora um ambiente que contemple o parto operatório, com luzes fortes e brilhantes, instrumentais e uma mesa obstétrica com estribos possa parecer mais conveniente para o prestador de serviços, o trabalho de parto e parto podem perfeitamente ser atendidos na mesma sala (OMS, 1996).

A sala PPP é um ambiente no qual podem ocorrer o trabalho de parto, parto e pós-parto, evitando a transferência da parturiente de uma sala para a outra. Essas salas, proporcionam à parturiente bem-estar e segurança, criando um ambiente familiar e diferenciado de uma sala cirúrgica. Por serem individuais, garantem privacidade e permitem a presença de familiares ou outras pessoas que ofereçam suporte durante todo o processo. Além disso, estas salas evitam o deslocamento desnecessário da parturiente da sala de pré-parto para a sala de parto, que pode ser muito doloroso em algumas situações (SANTOS; BURSZTYN, 2004).

### **Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto**

O contato pele a pele da mãe com o seu recém-nascido proporciona benefícios imediatos e a longo prazo. Imediatamente, melhora a efetividade da primeira mamada e reduz o tempo de obtenção de sucção efetiva, regula/mantém a temperatura corporal do bebê e melhora a estabilidade respiratória nos casos de prematuridade; para a mãe, proporciona o afeto e vínculo com o seu bebê e diminui a dor causada pelo ingurgitamento mamário. A longo prazo, verifica-se uma associação positiva entre os índices de aleitamento materno nos primeiros quatro meses pós-parto e maior duração de amamentação (BRASIL, 2011b).

É o período em que o bebê geralmente está atento, em estado de alerta máximo e com o reflexo de sucção ativo, estimulando precocemente a produção de ocitocina e prolactina (BRASIL, 2008a). O estímulo e apoio à amamentação na primeira meia hora após o parto é também uma recomendação da UNICEF, configurando-se como um dos dez passos necessários para que o serviço de saúde seja certificado como “Hospital Amigo da Criança” (Iniciativa Hospital Amigo da Criança/IHAC/UNICEF), além de ser considerado pelo Ministério da Saúde como um componente do processo de humanização do nascimento (BRASIL, 2001).

Revisão sistemática da colaboração Cochrane sobre o contato precoce pele a pele para mães e recém-nascidos saudáveis (MOORE et al., 2012), que analisou 34 ECRs com um total de 2.177 binômios, demonstrou que o contato precoce pele a pele proporciona melhores resultados neonatais, como menos choro e maior estabilidade cardiorrespiratória, glicemia mais elevada 75 a 90 minutos após o nascimento (MD 10,56 mg/dL; IC 95% 8,40-12,72), maior duração da amamentação (1 – 4 meses) (RR 1,27; IC 95% 1,06 – 1,53) e nenhum efeito negativo em curto ou longo prazo. A síntese dos principais resultados de ensaios clínicos sobre a realização do contato pele a pele entre as mães e seus recém-nascidos saudáveis está descrita no quadro abaixo (Quadro 5).

**Quadro 5:** Síntese dos principais resultados de ensaios clínicos sobre a realização do contato pele a pele entre as mães e seus recém-nascidos saudáveis.

ENSAIO CLÍNICO	TÍTULO	SUJEITOS E INTERVENÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS
BYSTROVA et al., 2009	Early Contact versus separation: Effects on Mother–Infant Interaction One Year Later	124 puérperas e seus bebês G1: contato pele-a-pele ao nascer (n=33) G2: Vestidas e colocadas no colo (n=33)  G3: Mantidos no berçário todo tempo (n=30)  G4: No berçário ao nascer e em salas com suas mães na maternidade (n=28)	- As crianças que foram separadas de suas mães logo após o parto ficavam significativamente mais desreguladas e irritadas, quando comparadas com as crianças que estavam em contato direto com as mães (p = 0,010); - A interação do binômio mãe-bebê 2 horas após o nascimento teve menor reciprocidade que a interação das que tinham estado em contato logo após o nascimento (p = 0,003); - As mães dos bebês que estavam “embrulhados” eram menos sensíveis aos seus bebês (p = 0,010). A interação do binômio foi menos mútua e recíproca quando as crianças tinham sido enroladas, em comparação com crianças vestidas apenas com roupas (p = 0,045).
KHADIVZA DEH; KARIMI, 2008	The effects of post-birth mother-infant skin-to-skin contact on first breastfeeding	92 primíparas GI: contato pele-a-pele e amamentação nas 2h. após o parto (n=47) GC: contato e amamentação após cuidados de rotina (n=45)	- O sucesso na primeira mamada foi significativamente maior no GI, quando comparado ao GC (p=0,02).
CARFOOT; WILLIAMS ON; DICKSON, 2005	A randomized controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding	204 lactentes  GI: contato pele-a-pele  GC: Rotina (bebê enrolado em uma toalha)	- Os níveis de satisfação maternos foram mais elevados no grupo que teve contato pele a pele, quando comparado ao grupo que recebeu os cuidados de rotina (p<0,001); - Houve uma diferença significativa entre os dois grupos com relação ao tempo médio de duração da primeira mamada (21,98 ± 9,10 min. VS 6,55 ± 20,76min, p <0,001). Neste estudo 89,4% das crianças do grupo de intervenção e apenas 2,2% das crianças do grupo controle foram amamentadas durante os primeiros 30 minutos pós-parto (p <0,001); - A duração do aleitamento materno foi quase três vezes maior no grupo que ficou em contato pele a pele (57,59 ± 14,23 min vs 17,81 ± 8,41 min, p = 0,0001).

Continua...

ENSAIO CLÍNICO	TÍTULO	SUJEITOS E INTERVENÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS
<b>Continuação</b>			
VAIDYA; SHARMA; DHUNGEL, 2005	Effect of early mother-baby close contact over the duration of exclusive breastfeeding	92 lactentes e suas mães  GI: contato pel-a-pele (por 10 – 15min. no prazo de 1 hora após o parto) (n=44)  GC: Vestidos imediatamente após a assistência neonatal (n=48)	- O contato pele a pele precoce no pós-parto teve uma poderosa influência (P <0,001) ao longo da duração do aleitamento materno exclusivo até 4-6 meses, sendo mais significativo do que o início precoce do aleitamento materno (P <0,05)
VILLALON; ALVAREZ, 1993	Short term effects of early skinto-skin contact (kangaroo care) on breastfeeding in healthy full-term newborns	119 lactentes e suas mães  GI: contato pele-a-pele imediato  GC: foram vestidos e receberam os cuidados de rotina (berçário)	- Foi encontrado um aumento significativo no número de bebês que estava amamentando no GI em relação ao GC, nas 24 horas após o parto (89,9% vs 63,3%, p<0,001), na alta hospitalar (93,3% vs 66,7%, p <0,001) e 14 dias pós-parto (78,8% vs 56,2%, p <0,02); - Foram observadas diferenças significativas positivas para o GI na saúde materna e no cuidado da criança na alta (89,8% vs 53,3%, p <0,001) e 14 dias pós-parto (97% vs 72,8%, p <0,01).

### 3.3 O APOIO À MULHER NO PARTO E NASCIMENTO POR ACOMPANHANTE DE SUA ESCOLHA: UMA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Historicamente, as mulheres sempre foram atendidas e apoiadas por outras mulheres durante o parto. Atualmente, com o aumento do número de partos hospitalares no mundo inteiro, o apoio contínuo durante o trabalho de parto está sendo considerado uma exceção, e não rotina. No entanto, as evidências científicas assinalam que o apoio no nascimento, provido pela presença de uma pessoa que permaneça com a mulher exclusivamente para desempenhar esse papel, podendo ser o acompanhante escolhido por ela, contribui para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém-nascido (HODNETT et al., 2011).

O respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto é uma prática considerada demonstradamente

útil pela OMS, devendo ser estimulada em todas as instituições de saúde que prestam assistência à mulher nessa etapa tão peculiar de suas vidas. “Uma parturiente deve ser acompanhada pelas pessoas em quem confia e com quem se sinta à vontade: seu parceiro, sua melhor amiga, uma doula ou uma enfermeira – parteira”. (OMS, 1996, p. 13).

Estudos sobre o apoio por doula, parteira ou enfermeira, mostraram que o apoio físico e empático contínuo durante o trabalho de parto resulta em benefícios, como a diminuição no seu tempo de duração, no uso de medicações e analgesia, e no número de ocorrências de partos operatórios e de depressão neonatal (BRASIL, 1996). Esses benefícios são ainda mais observados quando o provedor de suporte não é membro da equipe do hospital e quando o apoio é iniciado precocemente no trabalho de parto (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

O estudo sobre o apoio à mulher durante o parto através de revisões sistemáticas é recente, sendo que a primeira versão da revisão sistemática sobre o apoio à mulher durante o parto foi realizada através da colaboração Cochrane e publicada em 1995 não tendo um protocolo formal publicado. Desde então, a revisão tem sido atualizada, a partir de um novo protocolo, incorporando os ensaios clínicos randomizados sobre o tema (HODNETT et al., 2011).

A última atualização publicada sobre o apoio contínuo à mulher durante o parto analisou 21 ensaios clínicos, nos quais participaram 15.061 mulheres. Do total de estudos, nove avaliaram apoio por membro da equipe hospitalar, sete por doula, e cinco por acompanhante da rede social da mulher (MADI et al, 1999; TORRES et al., 1999; CAMPBELL et al, 2006; BRÜGGEMANN et al., 2007; MORHASON-BELLO et al, 2009) (Quadro 6). Cabe destacar que desses cinco ensaios clínicos, o apoio por acompanhante de escolha da mulher foi avaliado por três, realizados no Chile (TORRES et al., 1999), no Brasil (BRÜGGEMANN et al., 2007) e na Nigéria (MORHASON-BELLO et al, 2009), respectivamente (HODNETT et al., 2011).

Ensaio clínico randomizado realizado por Madi et al, 1999, demonstrou que o apoio de um parente do sexo feminino durante o trabalho de parto de primigestas esteve associado com menor número de intervenções e maior frequência de parto vaginal, em comparação com as mulheres que não receberam apoio familiar. Nas mulheres do grupo experimental (com apoio) houve maior número de partos vaginais espontâneos (91% vs 71%) e menor necessidade de: analgesia intraparto (53% vs 73%), uso de ocitocina (13% vs 30%), amniotomia para intensificar o trabalho de parto (30% vs 45%), extrações à vácuo (4% vs

16%) e de partos cesáreos (6% vs 13%), sendo todas essas diferenças significativas ao nível de 5%. O estudo destaca que a presença de um parente do sexo feminino durante o trabalho de parto caracteriza-se como uma intervenção de baixo custo, capaz de reduzir várias intervenções desnecessárias.

Os benefícios do apoio durante o trabalho de parto também foram demonstrados no ensaio clínico randomizado sobre o apoio contínuo fornecido por uma amiga ou pessoa da família, realizado com 600 nulíparas. Esse estudo apontou que o grupo de mulheres que teve o acompanhamento de uma amiga ou familiar, que recebeu o ensinamento prévio de algumas técnicas de apoio, apresentou significativamente um menor tempo de trabalho de parto, uma dilatação maior do colo uterino no momento da anestesia e melhores escores de Apgar no primeiro e quinto minutos (CAMPBELL et al., 2006).

O único ensaio clínico controlado randomizado realizado no Brasil, sobre o apoio à parturiente por acompanhante de sua escolha, demonstrou que parturientes que receberam apoio por acompanhante de sua escolha tiveram maior satisfação global com a experiência do trabalho de parto (mediana 88,0 vs 76,0,  $p < 0.0001$ ) e parto (mediana 91,4 vs 77,1  $p < 0.0001$ ) do que as do grupo controle. A satisfação da parturiente durante o trabalho de parto apresentou significativa associação com a presença de um companheiro (RR 8,06; IC 95% 4,84 – 13,43), com os cuidados recebidos (RR 1,11; IC 95% 1,01 – 1,22) e com orientação médica (RR 1,14; IC 95% 1,01 – 1,28). Da mesma forma, durante o parto, a satisfação esteve significativamente associada com a presença de um acompanhante (RR 5,57; IC 95% 3,70 – 8,38), com os cuidados recebidos (RR 1,11; IC 95% 1,01 – 1,22) e com a realização de um parto vaginal (RR 1,33; IC 95% 1,02 – 1,74). Dentre os eventos maternos avaliados no estudo, apenas a ocorrência de líquido meconial foi significativamente menor no GI (RR 0,51; IC 95% 1,02 – 1,74), o que pode ser decorrente da redução da ansiedade materna, embora não mensurado (BRÜGGEMANN et al., 2007).

No ensaio clínico randomizado conduzido no University College Hospital Ibadan, na Nigéria, no qual as mulheres do grupo experimental (293 de 585 mulheres) receberam apoio por acompanhante de sua escolha, 65,4% dos acompanhantes foram os companheiros/maridos. O grupo controle apresentou significativamente maior taxa de cesariana (22,3% vs 8,2%,  $p < 0,001$ ), maior duração da fase ativa do trabalho de parto (5,3horas vs 4,7horas,  $p < 0,001$ ) e maior escore de dor (6,9 vs 6,3,  $p < 0,001$ ). Além disso, o grupo que teve a presença do acompanhante teve uma experiência mais gratificante de trabalho de parto (63,3% vs

32,9%,  $p < 0,001$ ) e iniciou a amamentação mais precocemente (63,3min. vs 32,9min.,  $p < 0,001$ ) (MORHASON-BELLO, 2009).

De maneira geral, os resultados da revisão sistemática mais atual apontam que as mulheres que recebem apoio contínuo durante o parto apresentaram maior probabilidade de ter um parto vaginal espontâneo (18 ensaios clínicos,  $n = 14.005$ , RR 1,08; IC 95% 1,04 – 1,12) e trabalho de parto mais curto (média -0,58hs; IC 95% -0,86 a -0,30) e menor probabilidade de usar medicamentos analgésicos (9 ensaios clínicos,  $n = 11.444$ , RR 0,93; IC 95%: 0,88 – 0,99), ter um parto vaginal instrumental (18 ensaios clínicos,  $n = 14.004$ , RR 0,90; IC95% 0,84 – 0,96) e fazer uso de analgesia intraparto (13 ensaios clínicos,  $n = 12.169$ , RR 0,90; IC95% 0,84 – 0,97). Além disso, as mulheres ficam mais satisfeitas e com menos percepções negativas sobre a experiência do nascimento. Quanto aos recém-nascidos, há uma redução nos baixos índices de Apgar no 5º minuto (12 ensaios clínicos,  $n = 12.401$ , RR 0,70; IC95% 0,50 – 0,96) (HODNETT et al., 2011).

Além desses benefícios apontados pelos estudos controlados, diversos estudos com abordagem qualitativa destacam que as mulheres percebem que o acompanhante, mesmo permanecendo em silêncio, pode oferecer o apoio emocional necessário, fornecendo segurança através de palavras e gestos de carinho e conforto (PERDOMINI, 2010; MOTTA, CREPALDI, 2005). Há relatos de que o apoio, associado a boas práticas como o banho e a movimentação, torna-se um fator capaz de reduzir a dor e o tempo de trabalho de parto (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011).

O Quadro 6 apresenta os principais resultados dos cinco ECRs que avaliaram o apoio por acompanhante da rede social da mulher que fazem parte do corpo de pesquisas analisadas na revisão sistemática mais atual publicada na Biblioteca Cochrane (HODNETT, 2011).

**Quadro 6:** Síntese dos principais resultados de ensaios clínicos sobre o apoio por acompanhante da rede social da mulher.

ENSAIO CLÍNICO	TÍTULO	SUJEITOS E INTERVENÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS
MORHASO N-BELLO et al., 2009	Assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in Ibadan, south-west Nigeria: A randomised controlled trial	585 parturientes  GI: apoio contínuo por pessoa de sua escolha, após orientação (n=293)  GC: cuidados de rotina (n=292)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 65,4% dos acompanhantes foram os maridos, seguido pelas irmãs (16,4%), mães (11%), e outros (todas do sexo feminino) (7,2%);</li> <li>- O GC apresentou significativamente maior taxa de cesariana que o GI (22,3% vs 8,2%, P &lt;0,001), maior duração da fase ativa do trabalho de parto (P &lt;0,001) e maior escore de dor (P &lt;0,001);</li> <li>- O grupo experimental teve uma experiência mais gratificante de TP (P &lt;0,001) e início precoce da amamentação (P &lt;0,001);</li> <li>- A utilização de analgesia e ocitocina foi maior no grupo controle, mas não foi estatisticamente significativa;</li> <li>- Após ajuste para variáveis confundidoras, os resultados mostraram que as mulheres do GC tiveram 4,9 vezes (IC 95% 1,98-12,05) maior probabilidade de ter parto por cesariana, enquanto as do GI e descreveram 3,3 vezes (IC 95% 2,15-5,04) mais que o trabalho foi satisfatório.</li> </ul>
BRÜGGEMANN et al., 2007	Apoio à parturiente por acompanhante de sua escolha em maternidade brasileira: ensaio clínico controlado randomizado	212 parturientes  GI: com acompanhante de escolha da mulher, após orientação (n=105)  GC: sem acompanhante (n=107)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As parturientes que receberam apoio por acompanhante de sua escolha tiveram maior satisfação global com a experiência do trabalho de parto e parto do que as do GC;</li> <li>- Entre os eventos maternos avaliados, apenas a ocorrência de líquido meconial foi significativamente menor no GI, o que pode ser decorrente da redução da ansiedade materna;</li> <li>- A orientação médica no trabalho de parto, o cuidado recebido no trabalho de parto e parto, e o tipo de parto – normal, foram também aspectos associados à maior satisfação das parturientes do GI.</li> </ul>

**Continua...**

ENSAIO CLÍNICO	TÍTULO	SUJEITOS E INTERVENÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS
<b>Continuação</b>			
CAMPBELL et al., 2006	Female Relatives or Friends Trained as Labor Doulas: Outcomes at 6 to 8 Weeks Postpartum	494 primíparas GI: apoio por doula (parente próximo), após treinamento (n=229) GC: apoio por outra pessoa (cuidado padrão) (n=265)	- Participantes africanas tiveram menor probabilidade (67%) de ter um parceiro presente no nascimento do que participantes brancas (77%) e as participantes de outras raças (85%); - No GI, 56% das doulas eram mãe das participantes, 23% eram uma amiga, e 21 por cento eram outro parente do sexo feminino; - Parceiros do sexo masculino estavam presentes de forma significativa, com maior frequência, no GC (56%) do que no de intervenção (44%), $p < 0,05$ ; - As participantes apoiadas por doula ficaram significativamente mais satisfeitas com o atendimento que receberam no centro médico do que o GC (94 vs 67%, respectivamente), $p < 0,001$ ; - No GI, a experiência com o trabalho de parto teve um efeito mais positivo sobre os seus sentimentos do que o tratamento padrão (92 vs 64%, respectivamente) $p < 0,001$ .
TORRES et al., 1999	Impacto del apoyo emocional durante el parto en la disminucion de cesareas y gratificacion del proceso	435 parturientes GI: apoio por pessoa de confiança e com quem tinha um vínculo afetivo, do sexo feminino (n=217) GC: atenção habitual (n=218)	- Uma proporção maior de mães do grupo com acompanhante relatou menos medo durante o parto e maior frequência de amamentação exclusiva aos seis meses.
MADI et al., 1999	Effects of female relative support in labor: a randomized controlled trial	109 primíparas GI: acompanhante familiar do sexo feminino (n=53) GC: sem acompanhante (n=56)	- As mulheres do GI apresentaram, significativamente, maior frequência de parto vaginal espontâneo (91% vs 71%), menos analgesia intraparto (53% vs 73%), menos ocitocina (13% vs 30%), menos amniotomia para intensificar o trabalho de parto (30% vs 54%), menos vácuo-extração (4% vs 16%) e menos cesarianas (6% vs 13%) que o GC ( $p < 0,05$ ).

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO E POPULAÇÃO

Trata-se de um estudo transversal realizado a partir do estudo seccional nacional de base hospitalar, intitulado “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, que está sendo desenvolvido sob a coordenação de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ e outras instituições de ensino. Tal estudo considerou como elegíveis todas as instituições de saúde do Brasil que registraram 500 partos/ano ou mais, tomando como referência o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, 2007. Foram incluídas as puérperas hospitalizadas por motivo de parto que tivessem como produto da concepção recém-nascidos com 22 semanas gestacionais ou mais e/ou mais de 500gr. de peso ao nascer, sendo excluídas as puérperas cujo parto tivesse ocorrido no domicílio, no transporte para a maternidade ou em outra unidade de saúde que não a selecionada (LEAL et al., 2012).

O estudo seccional pretende dar uma ideia de seccionamento transversal, um corte no fluxo histórico da doença, evidenciando as suas características e correlações naquele momento. É o estudo epidemiológico no qual exposição e o desfecho são observados num mesmo momento histórico (PAIM, 2003).

Neste recorte do macroestudo foram utilizados os dados coletados nas instituições de saúde da Região Sul do Brasil.

### 4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Fizeram parte do estudo todas as mulheres admitidas nas instituições de saúde da Região Sul, por ocasião da realização de parto. Entretanto, para as análises sobre a realização das boas práticas na atenção ao parto foram incluídas apenas as que entraram em trabalho de parto (espontâneo ou induzido) e as que não entraram em trabalho de parto, mas que tenham sido submetidas à indução de parto. Nessas análises foram excluídas as admitidas para cesariana eletiva, já programadas no pré-natal, realizada antes da mulher entrar em trabalho

de parto, com ou sem indicação clínica, e as que foram indicadas no momento da internação. Esses critérios de inclusão e exclusão foram adotados para que a amostra analisada fosse composta pelas mulheres que permaneceram internadas por um determinado período de tempo antes do parto (normal ou cesariana), ou seja, tiveram a oportunidade de serem submetidas às práticas que foram avaliadas nesse estudo.

#### 4.3 PLANO AMOSTRAL E TAMANHO DA AMOSTRA

Para calcular a amostra probabilística do macroestudo, foram considerados dois estágios: o primeiro correspondeu aos estabelecimentos de saúde e o segundo às puérperas e seus conceitos (LEAL et al., 2012).

A seleção dos estabelecimentos de saúde foi a partir da lista de todos os estabelecimentos de saúde registrados no SINASC em 2007. As instituições elegíveis compreenderam aquelas que realizaram 500 ou mais partos, o que correspondeu a 1.403 dos 3.961 estabelecimentos do país, responsáveis por 78,6% dos 2.851.572 nascimentos vivos em 2007 (LEAL et al., 2012).

Ao considerar a hipótese que há variações na ocorrência de partos cesáreos por tipo dos estabelecimentos de saúde, a partir da sua localização geográfica e da característica da clientela, o estudo teve a amostra calculada de forma estratificada por Grande Região Geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), por localização do município (Capital e Interior), e por tipo de clientela (SUS, privada e mista). A partir das informações contidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os estabelecimentos foram classificados como públicos, privados ou privados conveniados ao SUS (mistos) (LEAL et al., 2012).

Foram incluídos todos os Estados da Federação, constituindo 30 estratos amostrais. Em cada uma das cinco macrorregiões foram selecionados estabelecimentos de saúde segundo os critérios acima mencionados, gerando seis sub-estratos: capital/interior, público/privado/privado conveniado ao SUS (LEAL et al., 2012).

O tamanho da amostra em cada estrato foi calculado com base em desfechos adversos da ordem de 1%, ao nível de significância de 5%, e para detectar diferenças de 4%, com poder do teste de 80%, sendo que a amostra mínima por estrato foi de 332 puérperas. Considerando que a amostragem foi feita por conglomerados, usou-se um efeito de desenho de 1,35, chegando-se a um tamanho de amostra de 450 puérperas

(LEAL et al., 2012).

Foram sorteados 15% do total de estabelecimentos com 500 ou mais partos em 2007 (212/1403 estabelecimentos), sendo que o número de estabelecimentos sorteados foi proporcional ao tamanho de cada substrato, variando de 5 a 39 estabelecimentos. Por esse motivo o número de estabelecimentos sorteados passou de 210 para 266, já que em 18 sub-estratos foram sorteados a mais entre um e quatro estabelecimentos (LEAL et al., 2012).

O tamanho amostral foi de 90 puérperas para cada estabelecimento, visto que em cada substrato os estabelecimentos tiveram uma probabilidade de seleção proporcional ao tamanho. Desta forma, o número de pares de puérperas e seus conceitos que constituíram a amostra foi de 23.940, distribuídos por 196 municípios do país, estando 27 deles nas capitais e 169 no interior (LEAL et al., 2012).

Na Região Sul, foram sorteadas 46 instituições de saúde (17 do Paraná - PR, 13 de Santa Catarina - SC e 16 do Rio Grande do Sul - RS), compondo a amostra desta pesquisa com aproximadamente 4.145 pares de puérperas e seus conceitos.

#### 4.4 VARIÁVEIS

No macro estudo foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados dos sujeitos da pesquisa, sendo um questionário para a entrevista hospitalar com a puérpera, um instrumento para coleta de dados do prontuário materno e um questionário para entrevista realizada por telefone no 45o ao 60o dia após o parto (LEAL, 2009).

Nesta pesquisa, a maioria das variáveis analisadas foi construída a partir dos dados coletados do Questionário para a Entrevista Hospitalar (QEH) (ANEXO A), mas algumas foram do Instrumento para Coleta de Dados do Prontuário Materno (ICDPM) (ANEXO B). Dessa forma, após cada variável descrita será apresentado o número da questão ou questões correspondentes.

As variáveis foram classificadas como sociodemográficas e obstétricas da gestação; relacionadas às práticas obstétricas durante o trabalho de parto; relacionadas às práticas obstétricas durante o parto; e relacionadas à presença do acompanhante. A seguir, serão apresentadas conforme sua descrição e classificação: Qualitativa Nominal (QLN), Qualitativa Ordinal (QLO), Quantitativa Contínua (QTC) e Quantitativa Discreta (QTD).

As variáveis relacionadas com a implementação das boas práticas obstétricas foram definidas com base nas recomendações da OMS para a assistência ao parto normal (OMS, 1996) e nas evidências científicas atuais.

#### 4.4.1 Variáveis sociodemográficas e obstétricas da gestação

- Idade da parturiente (QTD): número de anos completos (QEH- questão 17).
- Cor da pele (QLN): cor da pele, classificada em: branca; preta; parda/morena/mulata; amarela/oriental; indígena (QEH - questão 18).
- Estado marital (QLN): situação conjugal classificada em: sem companheiro, com companheiro; a partir das categorias: solteira; casada no papel; união estável/vive com companheiro; separada; viúva (QEH- questão 319).
- Escolaridade (QLO): última série formal que frequentou na escola, classificada em: ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio completo e ensino superior completo ou mais (QEH- questões 316, 317 e 318).
- Número de consultas pré-natal (QTD): número total de consultas no pré-natal realizadas com médico, enfermeira ou parteira, classificada em: 0 – 3 consultas; 4 – 5 consultas; 6 consultas ou mais (QEH - questão 70).
- Pré-natal e parto pelo mesmo profissional: atendimento ao parto pelo mesmo profissional que acompanhou o pré-natal, classificada em: não; sim; (QEH – 171).
- Paridade (QTD): quantos partos a mulher já teve, classificada em: primípara; múltipara; a partir da variável número de partos (QEH - questão 34).
- Tipo de parto (QLN): tipo de parto realizado, classificada em: vaginal; cesariana, a partir da classificação: normal; fórceps; cesariana (QEH - questão 172).
- Escore ABIPEME (Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado) (QLN): escore socioeconômico, classificada em: A+B; C; D+E; criada a partir das questões sobre: anos de estudo do chefe da família; número de banheiros; rádios; geladeiras; freezers; videocassetes e/ou DVDs; máquinas de lavar; TV's a cores, e carros particulares; e empregada mensalista (QEH – questões 323, 325, 326, 327,

331, 332, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 343, 344, 345 e 346.

- Financiamento do parto (QLN): tipo de cobertura pela assistência ao parto, classificada em SUS; saúde suplementar; a partir da variável cobertura pelo plano de saúde, classificada em: sim, totalmente, sim, para as consultas de pré-natal; sim, para o parto; sim, para os exames; não (QEH – 386).
- Localização da instituição (QLN): localização da instituição, classificada em: interior; capital; a partir da variável Estado (QEH – contra capa, sem numeração).

#### **4.4.2 Variáveis relacionadas às práticas obstétricas durante o trabalho de parto**

- Oferecimento de líquidos/alimentos (QLN): oferecimento de líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o trabalho de parto e parto, classificado em: sim; não (QEH) - questão 137).
- Deambulação (QLN): liberdade para sair do leito e caminhar durante o trabalho de parto, classificado em: sim; caso não: não era permitido ou não quis (QEH - questão 147).
- Métodos não farmacológicos de alívio da dor (QLN): uso de algumas medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto, classificadas em: sim; não, a partir da classificação: banheira; chuveiro; bola; massagem; banquinho para posição de cócoras; cavalinho; outro (QEH - questões 148 e 149).
- Uso de ocitocina (QLN): colocação de um medicamento para aumentar as contrações (ocitocina) no soro, classificado em: sim; não; (QEH - questão 141).
- Amniotomia (QLN): rompimento artificial da bolsa, após chegada da mulher no hospital, classificado em: sim; caso não: rompeu antes da internação; rompeu sozinha durante a internação (QEH - questão 145).
- Tricotomia (QLN): realização de raspagem dos pelos na maternidade, caracterizado em: sim (presente); não (ausente); (ICDPM – questão 102).
- Enteróclise/enema (QLN): realização de lavagem intestinal antes do parto, caracterizado em: sim (presente) não (ausente); (ICDPM - questão 103).
- Analgesia (QLN): bloqueio de condução para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, classificado em: sim; não; a

partir das categorias: não; peridural; raqui; Peri + raqui (combinado); geral (ICDPM - questão 125).

- Indução do trabalho de parto (QLN): início do trabalho de parto, classificado em: sim; não; a partir das categorias: espontâneo, induzido sem sucesso, induzido com sucesso, e não entrou em trabalho de parto (ICDPM - questão 94).
- Prescrição de dieta: prescrição de dieta no trabalho de parto, classificado em: sim; não, a partir das categorias: dieta zero; dieta líquida; outro tipo de dieta (ICDPM - questão 97)

#### 4.4.3 Variáveis relacionadas às práticas obstétricas durante o parto

- Posição verticalizada no parto (QLN): posição verticalizada da mulher no momento em que o parto ocorreu, classificado em: sim; não, a partir das categorias: litotomia (deitada de costas), deitada de lado, sentada/reclinada, na banheira, de quatro, de cócoras, de pé (ICDPM - questão 136).
- Episiotomia (QLN): realização de incisão cirúrgica vulvoperineal, classificada como não (ausente); sim (presente) (ICDPM - questão 139).
- Manobra de Kristeller: expressão do fundo do útero no momento do parto, relatado pela puérpera que alguém que a apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê, classificado em: sim; não (QEH – questão 177).
- Parto instrumental (fórceps/vácuo- extrator): uso de fórceps ou vácuo-extrator durante a assistência ao parto, caracterizado como: fórceps – sim; não; vácuo-extrator – sim; não (ICDPM - questão 134).
- Cesareana (QLN): realização de cesareana, após entrar em trabalho de parto, classificado como: não e sim (QEH – questões 136 e 172).
- Sala PPP: permanência da parturiente na mesma sala, durante o trabalho de parto e parto, classificada em: sim; não (QEH – questão 175).
- Contato pele a pele (QLN): realização de contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho, logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê, classificado em: sim; a partir das categorias - colocou para mamar; ficou com o bebê no colo; e não; a partir das categorias - apenas viu o bebê; não teve contato com o bebê (QEH – questão 189).

#### 4.4.4 Variáveis relacionadas à presença do acompanhante

- Acompanhante durante a internação (QLN): presença de acompanhante durante qualquer momento da internação, classificado em: sim não (QEH – questão 151).
- Motivos para ausência do acompanhante (QLN): motivos que levaram a mulher a não ter o acompanhante durante a sua internação, classificada em: proibição/restricção pela maternidade; gestante desconhecia o direito; gestante não quis/não solicitou; gestante não tinha acompanhante; acompanhante tinha que pagar; acompanhante não pôde ir/ficar; não deu tempo do acompanhante chegar; acompanhante não quis permanecer, a partir das categorias: a maternidade não permitia qualquer acompanhante; não permitia homens; só permitia para adolescente; só permitia acompanhante maior de idade; eu não sabia que podia; eu não queria; não tinha quem ficasse comigo; tinha que pagar para ficar com acompanhante; só podia acompanhante na sala de parto; por outro motivo (QEH - questão 152 e 153).
- Acompanhante no trabalho de parto (QLN): presença do acompanhante em todo o tempo do trabalho de parto, classificado em: sim; não, a partir das categorias: sim; não; não entrei em trabalho de parto (QEH - questão 156).
- Acompanhante no parto (QLN): presença do acompanhante na hora do nascimento do bebê, classificado em: sim; não (QEH - questão 157).
- Acompanhante no parto vaginal (QLN): presença do acompanhante na hora do nascimento do bebê, por parto vaginal, classificado em: sim; não; criada a partir das variáveis acompanhamento no parto e tipo de parto (QEH – questões 157 e 172).
- Acompanhante na cesariana (QLN): presença do acompanhante durante a operação cesariana, classificado em: sim; não; criada a partir das variáveis acompanhamento no parto e tipo de parto (QEH – questões 157 e 172).
- Experiência com acompanhante (QLN): experiência em ter um acompanhante no trabalho de parto no hospital, classificado em: ajuda muito a mulher a ficar mais tranquila e ter um parto melhor; ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranquila e ter um parto melhor; nem ajuda nem atrapalha a ter um parto melhor; deixa a mulher mais nervosa, não ajuda a ter um parto melhor; não informado (QEH - questão 163).

#### 4.4.5 Coleta de dados

A coleta de dados da Região Sul (PR, SC e RS) foi realizada de fevereiro a agosto de 2011. O tempo de coleta em cada instituição de saúde variou de acordo com o número de partos por dia, até completar 90 pares de puérperas e concepto, mas não foi inferior a sete dias corridos (incluindo finais de semana e feriados), com vistas a incluir todos os dias da semana. As mães e os recém-nascidos que foram transferidos da instituição de saúde onde ocorreu o parto para um hospital de referência foram acompanhados pelo estudo.

Para atender este estudo, foram utilizadas as informações coletadas a partir de dois instrumentos elaborados para a pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento” (LEAL et al, 2012). O QEH, que foi aplicado à puérpera pelo menos 6 horas após o parto, é composto por variáveis referentes à identificação materna, nível de escolaridade e de renda, condições de moradia, antecedentes obstétricos, informações sobre a gestação em questão, assistência pré-natal, história obstétrica, trabalho de parto, avaliação da assistência prestada à mulher e ao recém-nascido, dentre outras informações (ANEXO A). E o ICDPM, que foi preenchido a partir dos dados disponíveis no prontuário, contempla a assistência pré-natal, a admissão hospitalar, o pré-parto e parto, as medicações e intervenções realizadas, evolução do parto e dados do recém-nascido. Ambos os instrumentos possuem um manual instrutivo, com a descrição dos procedimentos a serem seguidos e alternativas para lidar com diferentes situações, objetivando a padronização da coleta. O número de entrevistadores por estado variou de 20 a 30 também em consequência do número de unidades amostrais selecionadas e do volume de partos de cada instituição de saúde. Em municípios com muitas unidades amostradas os entrevistadores atuaram em mais de uma instituição

#### 4.5 LOGÍSTICA DE CAMPO

##### **Equipe técnica**

A equipe do macroestudo, responsável pela coleta de dados é composta pela coordenação executiva; coordenadores regionais; coordenadores estaduais; supervisor de campo; e entrevistador de campo.

A coordenação executiva é composta por um coordenador geral, que é o idealizador do projeto. Este, de forma compartilhada com os

coordenadores centrais, é responsável pela integração da equipe, pelo andamento do projeto, pela relação com os órgãos de fomento e pelo gerenciamento financeiro do projeto.

A coordenação central é constituída por diversos pesquisadores, responsáveis por elaborar os questionários e manuais de instrução dos instrumentos de campo; definir a logística do estudo; organizar o trabalho de campo; fazer os contatos institucionais em nível nacional; e compartilhar com o coordenador geral o gerenciamento financeiro do projeto.

Os coordenadores regionais foram responsáveis por identificar, selecionar, treinar e padronizar os coordenadores estaduais e as equipes de supervisores e entrevistadores; distribuir os questionários e recebê-los preenchidos, bem como enviá-los para a equipe central; e encaminhar os pedidos de pagamento, passagens e diárias da sua região para a coordenação central, em parceria com os coordenadores estaduais, sendo dois para cada macrorregião geográfica.

Os coordenadores estaduais tiveram como atribuições fazer contato com as secretarias estaduais e municipais de saúde; informar sobre os objetivos do estudo e o início da investigação; contatar os diretores dos estabelecimentos de saúde selecionados para o estudo para solicitar autorização para realização da pesquisa; organizar a realização do trabalho de campo em cada estabelecimento; divulgar o estudo na mídia local; controlar o desempenho dos supervisores de campo; solicitar e controlar o pagamento dos entrevistadores, passagens e diárias necessárias para a realização do trabalho de campo à coordenação regional, sendo um para cada estado da federação.

Os supervisores foram responsáveis por distribuir e receber diariamente os questionários e equipamentos dos entrevistadores; organizar o deslocamento da equipe de campo para os municípios; monitorar o desempenho dos entrevistadores e da qualidade dos dados coletados; revisar os questionários; e reaplicar os questionários em uma subamostra.

Os entrevistadores, por sua vez, foram responsáveis pela aplicação dos questionários e a revisão dos mesmos diariamente, antes da entrega ao supervisor, para identificar incoerências e/ou incompletudes de informação; e realizar o contato telefônico com as puérperas entre 45º e o 60º dia após o parto para a segunda entrevista. Os entrevistadores foram todos estudantes universitários ou profissionais das áreas de saúde ou humanas.

### **Estudo piloto**

Um estudo piloto foi realizado no município do Rio de Janeiro/RJ com a seguinte finalidade: verificar a logística do trabalho de campo e a adequação dos questionários em condições reais; e testar as máscaras eletrônicas para digitação dos dados e os programas de restrição e coerência das informações. Após essa etapa, foram realizados os ajustes necessários nos questionários da pesquisa.

### **Treinamento**

Antes de iniciar a coleta de dados os coordenadores regionais e estaduais participaram de treinamento realizado pela coordenação executiva, na Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ – RJ, no qual foi discutida a logística de campo e revisados os questionários e instrutivos.

Para garantir a padronização da coleta de dados, os coordenadores regionais e estaduais, com o apoio de um técnico da coordenação executiva, replicaram o treinamento em cada estado para treinar os supervisores e entrevistadores. Esse, ocorreu por cinco dias consecutivos, contemplando a descrição do estudo, seus objetivos, a logística de campo, a leitura dos questionários e manuais de instrução. Foram realizadas dinâmicas demonstrando como deveria ser feita a aplicação dos questionários e a obtenção de dados dos prontuários das puérperas selecionadas. A parte prática do treinamento foi realizada em estabelecimento de saúde não selecionado para o estudo. Durante a prática os entrevistadores utilizaram os netbooks já com o programa desenvolvido para a coleta de dados, que continha o QEH e o ICDPM em formato eletrônico.

### **Controle de qualidade**

Com o objetivo de garantir a qualidade dos dados e minimizar erros sistemáticos ou aleatórios durante a sua coleta, foram adotados alguns procedimentos padronizados: elaboração de manuais com descrições detalhadas dos procedimentos para seleção da população do estudo e coleta de dados; monitoramento da coleta de dados durante todo o estudo; e elaboração de instrumentos para acompanhamento do trabalho de campo pela coordenação executiva, no intuito de identificar os estabelecimentos de saúde com maiores dificuldades para a realização das entrevistas. Desta forma, foi monitorada a taxa de participação das puérperas e a evolução do trabalho de campo com calendário estabelecido, além de assegurar a manutenção das características da representatividade da amostra. As situações

inesperadas foram analisadas conjuntamente entre os coordenadores, que definiram as intervenções necessárias. Os supervisores de campo replicaram os questionários e os prontuários preenchidos previamente, em uma amostra aleatória de 2,5% das mães entrevistadas.

### **Procedimentos para a coleta de dados**

A partir da definição das instituições que comporiam a amostra, cada coordenador estadual fez contato com os diretores das instituições de saúde para entregar uma carta da coordenação do projeto, uma cópia resumida do projeto e uma cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Em algumas situações foi necessária uma visita ao local e o contato com o gestor municipal. O supervisor de campo visitou as instituições de saúde sob sua responsabilidade antes de iniciar a coleta de dados, com a responsabilidade de fazer uma visita de reconhecimento e entregar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um para ser assinado pelo diretor da instituição e outro para dar ciência do que seria entregue à puérpera. Nessa ocasião, foi aplicado um instrumento padronizado para conhecer a forma de organização da assistência ao parto e assim preparar o desenvolvimento do trabalho de campo. A equipe de campo permaneceu na instituição selecionada o tempo necessário para completar o número de puérperas amostrado. As puérperas que aceitaram foram entrevistadas no pós-parto imediato, em horários agendados. As informações dos prontuários foram resgatadas após o término da internação da puérpera e do recém-nascido.

Ao iniciar a coleta de dados, o supervisor apresentou a equipe de campo ao coordenador do estabelecimento de saúde, pactuou os horários para a realização das entrevistas e reconheceu o local de onde seriam retirados os nomes para preenchimento da lista única de puérperas (ANEXO C). Essa lista foi preenchida diariamente pelos entrevistadores, utilizando-se o livro de registro de nascimentos que ficava disponibilizado no setor. A partir do número de puérperas da lista foi adequado o número de entrevistadores disponíveis na unidade por dia. Cada entrevistador com disponibilidade de turno integral foi autorizado a realizar um número máximo de 6 entrevistas por dia, enquanto os entrevistadores de turno parcial poderiam realizar 4, prevenindo desta forma possíveis erros provocados pelo cansaço e/ou sobrecarga. A lista única de puérperas foi ordenada a partir do horário do parto, independente de ter sido parto normal ou cesáreo. O número 1 da lista diária era dado ao parto ocorrido no dia anterior, a partir das 3h, seguindo a ordem conforme horário dos nascimentos até 2:59 h do dia de elaboração da lista.

Nos dias em que o número de puérperas elegíveis foi maior que o número de entrevistas previstas para o dia, devido ao número de entrevistadores e turnos disponíveis, a seleção das puérperas foi feita de forma aleatória, conforme a lista de seleção aleatória de puérperas (ANEXO D).

### **Etapas da entrevista**

As entrevistas ocorreram nos horários pactuados previamente em cada instituição, com o objetivo de não interferir na rotina da unidade. Antes de iniciar cada entrevista, o entrevistador verificava com a equipe de enfermagem as condições clínicas da paciente e aguardava, no mínimo, 6 horas após o parto para dirigir-se à puérpera. Após conferir o número do prontuário com o nome da puérpera selecionada na lista, o entrevistador dirigia-se até a puérpera e apresentava-se como integrante da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, desenvolvida pela FIOCRUZ. Após explicar que a pesquisa tem por objetivo melhorar o atendimento prestado nos serviços de saúde, o entrevistador lia em voz alta o TCLE da puérpera (ANEXO E) e solicitava sua assinatura nos casos de aceite ou clicava na lacuna correspondente no programa digital. Nos casos de recusa, era necessário apenas o preenchimento do final do formulário, onde constava “motivos de recusa, idade, escolaridade”.

Em seguida, iniciava a entrevista pelo questionário digital, estando previamente orientado a fazer as perguntas de forma clara e pausada e aguardar a resposta da puérpera. Todas as questões precisavam ser assinaladas para que o sistema aceitasse prosseguir com a entrevista, o que evitou o esquecimento ou “pulo” de qualquer questão. Ao final da entrevista, o entrevistador agradecia a disponibilidade da puérpera e lembrava o contato telefônico que seria realizado no período entre o 45° e o 60° dia pós-parto.

A equipe de campo permaneceu em cada instituição selecionada o tempo necessário para realizar as entrevistas do número de puérperas amostrado (90 puérperas), resgatando as informações de cada prontuário após a alta hospitalar do binômio mãe/bebê.

### **Revisão, codificação e digitação**

Todos os instrumentos passaram por três etapas de revisão após serem preenchidos, sendo a primeira realizada pelo próprio entrevistador, seguida pelo supervisor de campo e, por último, por uma revisão anterior à digitação dos dados. Essas revisões permitiram o esclarecimento das eventuais inconsistências encontradas, utilizando-se

do contato telefônico com as puérperas e/ou com os profissionais do estabelecimento de saúde selecionado. As variáveis abertas foram codificadas por profissionais previamente treinados.

Os instrumentos de coleta de dados preenchidos foram exportados on line pelos supervisores, diretamente para um site do projeto.

#### 4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística foi conduzida nos programas IBM SPSS Statistics, versão 18, e Stata/SE 11 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos) considerando-se a amostra complexa e incorporando-se os pesos amostrais. Utilizou-se análise descritiva das variáveis e análise bivariada para calcular as prevalências do desfecho, para as variáveis categóricas, e medidas de tendência central para as contínuas. Em seguida realizou-se análise bruta e multivariada através da Regressão de Poisson para estimar razões de prevalências e respectivos intervalos de confiança de 95%. Obtiveram-se os valores de  $p$  por meio do teste de Wald.

Para a análise do desfecho acompanhante em três categorias (nenhum momento, algum e todos), no artigo 1, utilizou-se a regressão logística multinomial para obter estimativas de odds ratio e intervalos de confiança ajustados para variáveis de confusão. No artigo 2, utilizou-se análise descritiva das variáveis e análise bivariada para calcular as prevalências do desfecho, para as variáveis categóricas, e medidas de tendência central para as contínuas. Em seguida realizou-se análise bruta e multivariada através da regressão logística ordinal para estimar razões de prevalências e respectivos intervalos de confiança de 95%. Obtiveram-se os valores de  $p$  por meio do teste de Wald. Foram incluídas na análise ajustada as variáveis que apresentaram valor de  $p < 0,20$  na análise bruta, sendo incluídas uma a uma no modelo. Permaneceram no modelo final as variáveis com valor de  $p < 0,05$  e/ou que ajustassem a análise.

#### 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, cujos dados foram analisados em parte por este estudo, está norteado pela Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que

dispõe sobre as diretrizes e normas da pesquisa com seres humanos, sob o protocolo de pesquisa CEP/ENSP - n° 92/10. Algumas instituições de saúde solicitaram que o projeto fosse aprovado pelo CEP da própria instituição, assim ele também foi aprovado nesses Comitês. Qualquer esclarecimento pode ser fornecido pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – Rio de Janeiro.

Como já citado anteriormente, todos os diretores das instituições e as puérperas assinaram o TCLE.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e discussão estão apresentados em forma de dois artigos, de acordo com as normas da ABNT e conforme a Instrução Normativa 10/PEN/2011, que dispõe sobre os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem – PEN/UFSC.

Os artigos foram intitulados da seguinte forma:

**Artigo 1: Presença do acompanhante durante o parto na Região Sul do Brasil: estudo transversal a partir do inquérito nacional sobre parto e nascimento.**

**Artigo 2: A presença do acompanhante e a implementação das boas práticas na atenção ao parto: a realidade do sul do Brasil.**

## 5.1 ARTIGO 1 – PRESENÇA DO ACOMPANHANTE DURANTE O PARTO NA REGIÃO SUL DO BRASIL: ESTUDO TRANSVERSAL A PARTIR DO INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO

### **Presença do acompanhante durante o parto na região sul do Brasil: estudo transversal a partir do inquérito nacional sobre parto e nascimento**

#### **The companion presence at delivery in southern Brazil: a cross study from the national survey on delivery and childbirth**

**Título resumido:** O acompanhante de parto na Região Sul do Brasil.

Juliana Jacques da Costa Monguilhott<sup>1</sup>  
Odaléa Maria Brüggemann<sup>2</sup>  
Eleonora d' Orsi<sup>3</sup>

**Correspondência:** Juliana Jacques da Costa Monguilhott. Rodovia Baldicero Filomeno 836 apto 302 bloco C Alto Ribeirão. Cep: 88064-000. Florianópolis. Santa Catarina. Email: [jujdacosta@gmail.com](mailto:jujdacosta@gmail.com)

**RESUMO: Objetivos:** descrever a prevalência e os fatores associados à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e cesariana para mulheres assistidas na Região Sul do Brasil. **Método:** estudo transversal, realizado a partir do inquérito de base hospitalar - “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”. Utilizou-se dados da Região Sul, coletados entre fevereiro e agosto de 2011, através

---

<sup>1</sup> Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Campus Universitário - Trindade, Florianópolis/SC, Brasil. CEP 88040-900.

<sup>3</sup> Departamento de Saúde Pública. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Campus Universitário - Trindade, Florianópolis/SC, Brasil. CEP 88040-900.

de entrevista hospitalar com 4103 puérperas e do prontuário. A regressão logística multinomial foi utilizada para obter estimativas de odds ratio e intervalos de confiança ajustados para variáveis de confusão. Para as razões de prevalência bruta e ajustada foi realizada a regressão de Poisson com estimação de variância robusta. A Regressão de Cox, com variância robusta, foi utilizada para estimar a associação entre o financiamento do parto e os motivos para a ausência do acompanhante durante a internação, bem como com a experiência do acompanhamento. Foram estimadas as razões de prevalência bruta e ajustada e os intervalos de confiança a 95% para as principais variáveis dependentes. Adotou-se nível de significância de 5%, utilizando-se para a análise o IBM SPSS Statistics, versão 18, e STATA/SE, versão 11. **Resultados:** na análise multivariada, ter ensino superior completo ou mais, foi o fator independente que mais aumentou a chance de as mulheres terem o acompanhante (ORaj=1,99 – IC95% 1,39;2,86), seguido da realização de pré-natal e parto com o mesmo profissional (ORaj= 1,85 – IC95% 1,22;2,81). Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as variáveis socioeconômicas e obstétricas e a presença do acompanhante no trabalho de parto, no parto vaginal e na cesariana. A proibição/restrição pela maternidade foi o motivo mais prevalente (42,1%) relatado pelas mulheres que não tiveram acompanhante. A grande maioria das mulheres (78,8%) relatou que a presença do acompanhante ajuda muito a ficar mais tranquila e ter um parto melhor **Conclusão:** o direito ao acompanhante não está sendo garantido para todas as mulheres assistidas na Região Sul do Brasil, conforme prevê a legislação, inclusive com diferenças relacionadas ao tipo de parto e ao momento da internação. Sua presença está associada com algumas condições socioeconômicas e obstétricas, privilegiando as mulheres socioeconomicamente mais favorecidas.

**Descritores:** Acompanhantes de Pacientes. Parto Humanizado. Serviços de Saúde. Unidade Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia.

**ABSTRACT: Objective:** To describe the prevalence and the factors associated with the presence of a companionship during labor, delivery and caesarean section for women assisted in southern Brazil. **Methods:** A cross-sectional study from a hospital-based survey called "Born in Brazil: National Survey on Labor and Birth." Data information from the

Southern Region was collected between February and August 2011, through interviews with 4103 post-delivery women and the review of medical records. A multinomial logistic regression was used to obtain estimates of Odds Ratio and Adjusted Confidence Intervals for confounding variables. For statistically ratios of crude and adjusted prevalence was performed Poisson Regression with robust variance estimation. The Cox regression with robust variance was used to estimate the association between the delivery and finances, and also the reasons for the absence of the companion during hospitalization as well as the experience of the companionship. Crude and adjusted ratios of prevalence were estimated, with confidence intervals of 95%, for the main dependent variables, which adopted a significance level of 5%, using the IBM SPSS Statistics, versão 18 and STATA/SE, version 11.

**Results:** In the multivariate analysis show that having a college degree or higher education, was an independent risk factor with the strongest association for the presence of a companionship (OR<sub>aj</sub>=1,99 – IC95% 1,39;2,86), followed by conducting pre-natal and do the childbirth delivery with the same professional (OR<sub>aj</sub>= 1,85 – IC95% 1,22;2,81). We found statistically significant associations between socioeconomic and obstetric variables relates with the presence of a companionship during labor, in the vaginal delivery and cesarean section. The prohibition/restriction for Maternity Ward was the most prevalent reason (42.1%) reported by women who had no companionship. The majority of women (78.8%) reported that the presence of the companionship helps a lot to be calmer and have a better birth. **Conclusion:** the right to have companionship is not guaranteed for all women attended in southern Brazil, as required by the public legislation, including the differences related to the approach of delivery and the time of the admission. The presence of the companionship is associated with some socioeconomic and obstetric conditions, privileging women with better social and economic conditions.

**Key Words:** Companionship. Humanized Birth. Health Services. Gynecology and Obstetrics Department. Evidence-Based Practice.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, o Ministério da Saúde adotou uma série de medidas para a humanização da assistência às gestantes e recém-nascidos, estimulando práticas que visam a promoção do parto e nascimento

saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b). Dentre elas, as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, publicadas em 1996 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que inclui o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante todo o processo parturitivo (OMS, 1996). Esta prática busca garantir que a mulher receba apoio, durante o trabalho de parto e parto, por uma pessoa em quem confie e com quem se sinta segura, sendo esta de sua rede social ou por profissional disponível para esta função.

Em 2005, a partir da publicação da Lei Federal nº 11.108, essa recomendação da OMS passou a ser um direito de todas as mulheres atendidas nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), sejam eles próprios ou conveniados. Desta forma, os serviços foram obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante de sua escolha, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, incluindo a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições (BRASIL, 2005; DOU, 2009).

Na saúde suplementar, desde 2008, o direito da mulher ao acompanhante de sua escolha faz parte do rol de procedimentos mínimos que devem ser garantidos aos beneficiários de planos de saúde contratados até 1999, incluindo a cobertura das despesas com paramentação, acomodação e alimentação do acompanhante indicado pela mulher, durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato (48 horas) ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente (Resolução Normativa nº 262, de 02 de agosto de 2011).

Entretanto, passados seis anos da publicação da lei, alguns estudos apontam a existência de obstáculos para a sua implementação, entre eles, o desconhecimento e a atitude de resignação das mulheres e de seus acompanhantes sobre o exercício desse direito, a falta de orientação e preparo do acompanhante, a relação assimétrica entre profissional de saúde e parturiente, a insuficiência de informações e de orientação, as precárias condições estruturais e falta de privacidade nas enfermarias, o despreparo da equipe para acolher o acompanhante, a participação incipiente da equipe multiprofissional na assistência e a prática institucional e profissional, que não percebe o parto como evento familiar e direito reprodutivo (D'ORSI et al., 2005; BRUGGEMANN, OSIS, PARPINELLI, 2007; HOGA, PINTO, 2007; NAGAHAMA, SANTIAGO, 2008).

No entanto, esforços devem ser envidados para que todas as mulheres tenham um acompanhante durante o parto, uma vez que as evidências científicas apontam diversos benefícios advindos desse

apoio. Os resultados da revisão sistemática publicada na Cochrane Library em 2011, que analisou 21 ensaios clínicos, apontou que, para as mulheres que receberam apoio contínuo durante o trabalho de parto, houve uma redução na duração do trabalho de parto e necessidade de analgesia, redução de parto instrumental e cesárea, maior grau de satisfação materna e menor ocorrência de apgar < 7 no 5º minuto de vida (HODNETT et al., 2011). Estes benefícios são ainda mais observados quando o provedor de apoio não é membro da equipe do hospital e quando o apoio é iniciado precocemente no trabalho de parto (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005; HODNET et al., 2011).

Além desses benefícios apontados pelos estudos controlados, diversas pesquisas com abordagem qualitativa destacam que as mulheres percebem que o acompanhante pode oferecer o apoio emocional necessário, fornecendo segurança através da sua presença, de palavras e gestos de carinho e conforto (DOMINGUES, SANTOS, LEAL, 2004; MOTTA, CREPALDI, 2005; BRUGGEMANN, OSIS, PARPINELLI, 2007; PERDOMINI, 2010; FRUTUOSO, 2011). Há relatos de que o apoio, associado a boas práticas como o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, torna-se um fator capaz de reduzir a dor e o tempo de trabalho de parto (SILVA, BARBIERI, FUSTINONI, 2011).

Cabe destacar que em 2008, a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, que dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, reforçou o dever dos serviços de permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato ao determinar as adequações necessárias para garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante. (BRASIL, 2008b).

A Rede Cegonha, mais nova estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS e fundamentada nos princípios da humanização e assistência, tem como um de seus componentes a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, incluindo a garantia do acompanhante de livre escolha da gestante (BRASIL, 2012).

Apesar das evidências já divulgadas sobre a importância do acompanhante, há poucos indicadores nacionais sobre a prevalência da sua presença nas instituições de saúde, sejam públicas ou privadas. Dados coletados pela ouvidoria da Rede Cegonha, entre maio e outubro de 2012, mostram que 64% das 54 mil mulheres entrevistadas relataram que não tiveram direito ao acompanhante. Nessa mesma amostra, 56,7% das mulheres afirmaram que o acesso ao acompanhante foi proibido pelo

serviço de saúde e somente 15,3% relataram não conhecer esse direito (JORNAL DE BRASÍLIA, 2013). A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006, que teve uma amostra de 5056 nascimentos, revelou que a presença de um acompanhante no parto foi pouco frequente (16,3%), variando entre o mínimo de 12,1% no Nordeste e 19,3% no Sul.

A maioria dos dados publicados provêm apenas de algumas pesquisas pontuais, realizadas para avaliar instituições de saúde, em diferentes estados, com amostras que muitas vezes não permitem a generalização dos achados (D'ORSI et al, 2005; FOGAÇA, SCHNECK, RIESCO, 2007; OLIVEIRA et al, 2008; BRÜGGEMANN et al., 2011). Diante disso e do atual contexto assistencial brasileiro, no qual as políticas públicas asseguram o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher, faz-se necessário investigar como esta prática está sendo implementada nas instituições de saúde. Dessa forma, os objetivos desta pesquisa foram: estimar associações entre a presença do acompanhante em diversos momentos da internação e características sociodemográficas, obstétricas, via de parto e tipo de cobertura para o parto (SUS/Saúde suplementar).

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado a partir do inquérito de base hospitalar, intitulado “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, desenvolvido sob a coordenação de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ e outras instituições de ensino. Tal estudo considerou como elegíveis todas as instituições de saúde do Brasil que registraram 500 partos/ano ou mais, tomando como referência o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, 2007. Foram incluídas as puérperas hospitalizadas por motivo de parto que tivessem como produto da concepção recém-nascidos com 22 semanas gestacionais ou mais e/ ou mais de 500gr. de peso ao nascer, sendo excluídas as puérperas cujo parto tivesse ocorrido no domicílio, no transporte para a maternidade ou em outra unidade de saúde que não a selecionada (LEAL et al, 2012).

A coleta de dados foi realizada em 2011 e 2012 por meio de entrevistas utilizando formulários eletrônicos desenvolvidos e validados para coletar dados. O primeiro questionário foi preenchido dentro das primeiras 24 horas após o nascimento e o segundo foi preenchido com dados disponíveis nos prontuários das puérperas, após a alta do hospital

ou no 42º dia para a mulher e no 28º dia para o recém-nascido que permaneceram internados. Além disso, um questionário de papel foi aplicado pelo supervisor ao gestor do hospital, a fim de avaliar as instalações hospitalares. Para a coleta de dados da Região Sul foram constituídas equipes com supervisores e entrevistadores no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, sendo que o número de entrevistadores variou de um a oito para cada município. A capacitação das equipes foi realizada em cada estado, de forma padronizada, incluindo uma parte teórica e outra prática. O tamanho amostral foi de 90 puérperas e seus conceptos para cada instituição de saúde sorteada, sendo representativa por região do Brasil. A amostra foi estratificada por macrorregião geográfica, tipo de município e administração hospitalar (público, misto ou privada). O tamanho da amostra em cada estrato foi calculado com base na taxa de cesariana no Brasil em 2007, de 46,6%, com significância de 5% para detectar diferenças de 14% (diferença entre mistas e hospitais privados) e com os testes de potência de 95%. Os demais detalhes sobre a metodologia desse inquérito estão publicados no artigo *Birth in Brazil: national survey into labour and birth* (LEAL et al, 2012).

Para o presente estudo foram utilizados os dados coletados em 46 instituições de saúde da Região Sul do Brasil, no período entre fevereiro e agosto de 2011, compreendendo uma amostra de 4.145 puérperas e seus conceptos. Foram excluídas as mulheres que pariram em casa, que possuíam algum transtorno mental grave, que estavam desabrigadas ou que eram estrangeiras e não entendiam a língua portuguesa. Também as surdas/mudas e as mulheres seccionadas por ordem judicial (LEAL et al, 2012). Posteriormente, devido ao pequeno número amostral, foram excluídas as mulheres com cor da pele amarela/oriental/indígena, totalizando uma amostra com 4103 puérperas e seus conceptos.

Essa investigação, atende a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas da pesquisa com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública sob o protocolo CEP/ENSP - nº 92/10.

Para a construção das variáveis analisadas, foram utilizados os dados coletados na entrevista hospitalar com a puérpera e no prontuário materno, sendo classificadas em sociodemográficas e obstétricas da gestação: idade (12 – 19 anos; 20 – 34 anos; 35 aos ou mais), cor da pele (parda/morena/mulata; preta; branca), estado marital (sem companheiro; com companheiro), escolaridade (ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio; ensino superior completo

ou mais), escore socioeconômico ABIPEME - Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (classe A+B; classe C; classe D+E), número de consultas pré-natal (0 – 3 consultas; 4 – 5 consultas; 6 consultas ou mais), paridade (primípara; multípara), realização do pré-natal e parto pelo mesmo profissional (não; sim), tipo de parto (vaginal; cesariana), financiamento do parto (SUS; Saúde suplementar) e localização da instituição (interior; capital); A variável tipo de financiamento do parto foi criada a partir do relato das mulheres se a assistência ao parto foi coberto pelo plano de saúde ou pelo SUS.

As variáveis desfecho foram: momentos da assistência ao parto que o acompanhante esteve presente (nenhum momento; algum momento; todos os momentos), presença do acompanhante: acompanhante no trabalho de parto (não; sim), acompanhante no parto vaginal (não; sim), acompanhante na cesariana (não; sim), motivos para a ausência do acompanhante (proibição/restrição pela maternidade; gestante desconhecia o direito; gestante não quis/não solicitou; gestante não tinha acompanhante; acompanhante tinha que pagar; acompanhante não pôde ir/ficar; não deu tempo do acompanhante chegar; acompanhante não quis permanecer), e experiência relatada pela mulher acerca do acompanhante no trabalho de parto (Ajuda muito a ficar mais tranquila e ter um parto melhor; Ajuda um pouco a ficar mais tranquila e ter um parto melhor; nem ajuda nem atrapalha a ter um parto melhor; deixa a mulher nervosa - não ajuda a ter um parto melhor).

A leitura do banco de dados e a análise estatística foram realizadas através dos softwares aplicativos IBM SPSS Statistics, versão 18, e STATA/SE, versão 11, (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). A regressão logística multinomial foi utilizada para obter estimativas de *odds ratios* e intervalos de confiança ajustados para variáveis de confusão, considerando-se uma variável dependente com mais de duas categorias. No presente estudo, a análise foi feita pela comparação daquelas que relataram a presença do acompanhante no parto em nenhum momento, as que relataram em algum momento e as que relataram em todos os momentos. Posteriormente, para estimar as razões de prevalência bruta e ajustada e seus respectivos IC95% foi realizada a regressão de Poisson com estimação de variância robusta. A Regressão de Cox, com variância robusta, foi utilizada para estimar a associação entre o tipo de financiamento do parto e os motivos para a ausência do acompanhante durante a internação, bem como com a experiência do acompanhamento. As variáveis que entraram no modelo ajustado foram consideradas pertencentes ao mesmo nível hierárquico, sem distinção. Foram calculados os respectivos pesos para cada

variável.

Foram estimadas as razões de prevalência e os intervalos de confiança a 95% para as principais variáveis dependentes. Adotou-se nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

As características sociodemográficas e obstétricas das mulheres que participaram do estudo (4103) estão apresentadas na Tabela 1. Destaca-se que a maioria (71,3%) tinha entre 20 e 34 anos, era da cor branca (65,1%), possuía companheiro (87,6%), era da classe socioeconômica C (49,8%), realizou 6 consultas ou mais no pré-natal (76,6%), era multípara (54,2%), não foi assistida no parto pelo mesmo profissional que realizou o pré-natal (63,6%), realizou cesariana (57,7%), teve o parto financiado pelo SUS (68,4%). A maior parte das mulheres (39,4) completou o ensino médio e teve o parto em instituição do interior (65,4%).

Na análise bivariada, houve razão de chance significativamente maior da presença do acompanhante no parto para as mulheres brancas, com companheiro, que completaram o ensino fundamental ou mais, que são da classe socioeconômica A+B, que realizaram 4 consultas de pré-natal ou mais, que são multíparas, que realizaram o pré-natal e parto com o mesmo profissional e as que tiveram o parto financiado pela saúde suplementar.

Na análise multivariada, ter ensino superior completo ou mais, foi o fator de chance independente com mais forte associação com o desfecho. As mulheres que concluíram o ensino superior apresentaram chance quase 2,0 vezes maior de ter o acompanhante no parto (ORaj=1,99 - IC95% 1,39;2,86). Em segundo lugar ficou ter realizado o pré-natal e parto com o mesmo profissional (ORaj= 1,85 - IC95% 1,22;2,81), seguido de 6 consultas ou mais no pré-natal (ORaj= 1,48 - IC95% 1,01;2,16), primiparidade (ORaj= 1,38 - IC95% 1,16;1,63), cor da pele preta (ORaj= 1,65 - IC95% 1,01;2,68) e branca (ORaj= 1,41 - IC95% 1,04;1,92), ter companheiro (ORaj= 1,47 - IC95% 1,25;1,73), ter concluído o ensino médio (ORaj= 1,24 - IC95% 1,03;1,50) e ter entre 20 e 34 anos (ORaj=0,76 - IC95% 0,59;0,99).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas e obstétricas das mulheres, segundo a presença do acompanhante nos momentos da internação. Região Sul do Brasil – 2011. (N = 4103)

Variável	Presença do acompanhante					
	TOTAL N(%)	Nenhum momento n(%)	Algum momento n(%)	Todos os momentos n(%)	OR (IC95%)	ORaj. (IC95%)
<b>Idade (n=4100)</b>						
12 – 19 anos	635 (15,5)	123 (19,4)	361 (56,8)	151 (23,8)	- Ref. -	- Ref. -
20 – 34 anos	2925 (71,3)	534 (18,3)	1697 (58,02)	694 (26,7)	0,98 (0,75;1,28)	<b>0,76* (0,59;0,99)</b>
35 ou mais	540 (13,2)	93 (17,2)	297 (55,0)	150 (27,8)	1,07 (0,71;1,59)	0,79 (0,58;1,06)
<b>Cor da pele (n=4100)</b>						
Parda/morena/mulata	1203 (29,3)	412 (15,4)	714 (59,3)	202 (16,8)	- Ref. -	- Ref. -
Preta	226 (5,5)	51 (22,6)	117 (51,8)	58 (25,7)	1,38 (0,81;2,35)	<b>1,65* (1,01;2,68)</b>
Branca	2671 (65,1)	412 (15,4)	1524 (57,1)	735 (27,5)	<b>1,75* (1,27;2,40)</b>	<b>1,41* (1,04;1,92)</b>
<b>Estado marital (n=4100)</b>						
Sem companheiro	509 (12,4)	128 (25,1)	290 (57,0)	91 (17,9)	- Ref. -	- Ref. -
Com companheiro	3591 (87,6)	622 (17,3)	2065 (57,5)	904 (25,2)	<b>1,49* (1,28;1,73)</b>	<b>1,47* (1,25;1,73)</b>
<b>Escolaridade (n=4090)</b>						
Ensino Fundamental Incomp.	896 (21,9)	247 (27,6)	514 (57,4)	135 (15,1)	- Ref. -	- Ref. -
Ensino Fundamental Comp.	1036 (25,3)	227 (21,9)	607 (58,6)	202 (19,5)	<b>1,32* (1,07;1,63)</b>	1,10 (0,88;1,38)
Ensino Médio Comp.	1610 (39,4)	256 (15,9)	939 (58,3)	415 (25,8)	<b>1,85* (1,55;2,21)</b>	<b>1,24* (1,03;1,50)</b>
Ensino Sup. Comp. ou mais	548 (13,4)	19 (3,5)	291 (53,1)	238 (43,4)	<b>4,66* (2,87;7,57)</b>	<b>1,99* (1,39;2,86)</b>
<b>Escore ABIPEME (n=4080)</b>						
Classe D+E	332 (8,1)	92 (27,7)	194 (58,4)	46 (13,9)	- Ref. -	- Ref. -
Classe C	2031 (49,8)	471 (23,2)	1161 (57,2)	399 (19,6)	1,27 (0,95;1,70)	1,04 (0,75;1,45)
Classe A+B	1717 (42,1)	184 (10,7)	992 (57,8)	541 (31,5)	<b>2,45* (1,80;3,36)</b>	1,20 (0,84;1,72)

Continua...

Variável	Presença do acompanhante				OR (IC95%)	ORaj. (IC95%)
	TOTAL N(%)	Nenhum momento n(%)	Algum momento n(%)	Todos os momentos n(%)		
<b>Continção</b>						
<b>Consultas pré-natal (n=4006)</b>						
0 – 3 consultas	287 (7,2)	93 (32,4)	150 (52,3)	44 (15,3)	- Ref. -	
4 - 5 consultas	568 (14,2)	129 (22,7)	321(56,5)	118 (20,8)	<b>1,57* (1,07;2,33)</b>	1,40 (0,93;2,12)
6 consultas ou mais	3151 (78,6)	501 (15,9)	1832 (58,1)	818 (26,0)	<b>2,11* (1,43;3,11)</b>	<b>1,48* (1,01;2,16)</b>
<b>Paridade (n=4099)</b>						
Múltipara	1878 (45,8)	243 (12,9)	1106 (58,9)	529 (28,2)	- Ref. -	- Ref. -
Primípara	2221 (54,2)	507 (22,8)	1249 (56,2)	465 (20,9)	<b>1,64* (1,39;1,94)</b>	<b>1,38* (1,16;1,63)</b>
<b>Pré-natal/parto mesmo profissional (4097)</b>						
Não	2606 (63,6)	660 (25,3)	1448 (55,6)	498 (19,1)	- Ref. -	- Ref. -
Sim	1491 (36,4)	90 (6,0)	906 (60,8)	495 (33,2)	<b>2,53* (1,55;4,14)</b>	<b>1,85* (1,22;2,81)</b>
<b>Tipo de parto (n=4100)</b>						
Vaginal	1735 (42,3)	419 (24,1)	911 (52,5)	405 (23,3)	- Ref. -	- Ref. -
Cesariana	2365 (57,7)	331 (14,0)	1444 (61,1)	590 (24,9)	1,24 (0,85;1,82)	0,75 (0,54;1,04)
<b>Financiamento do parto (4100) (4100)(n=4102)</b>						
SUS	2804 (68,4)	686 (24,5)	1576 (56,2)	542 (19,3)	- Ref. -	- Ref. -
Saúde suplementar	1296 (31,6)	64 (4,9)	779 (60,1)	453 (34,9)	<b>2,77* (1,59;4,84)</b>	1,29 (0,80;2,08)
<b>Tipo de município (n=4100)</b>						
Interior	2682 (65,4)	530 (19,8)	1694 (63,2)	458 (17,1)	- Ref. -	- Ref. -
Capital	1418 (34,6)	220 (15,5)	661 (46,6)	537 (37,9)	2,02 (0,91;4,48)	1,92 (0,87;3,24)

\* p &lt; 0,05

A Tabela 2 apresenta as prevalências e Razões de Prevalência para presença do acompanhante durante o trabalho de parto, no parto vaginal e na cesariana.

No modelo ajustado, foram encontradas associações importantes e estatisticamente significativas entre ter completado o ensino médio (RPaj=1,16 – IC95% 1,04;1,30) ou o ensino superior (RPaj=1,30 – IC95% 1,06;1,60), ser primípara (RPaj=1,20 – IC95% 1,06;1,34), e realizar o pré-natal e parto com o mesmo profissional (RPaj=1,26 – IC95% 1,04;1,53) e ter acompanhante durante o trabalho de parto. De forma semelhante, a presença do acompanhante no parto vaginal foi significativamente maior para as mulheres com ensino médio (RPaj=1,30 – IC95% 1,06;1,60) ou o ensino superior (RPaj=1,91 – IC95% 1,40;2,60) completos e para as primíparas (RPaj=1,25 – IC95% 1,10;1,47), além das mulheres pertencentes à classe socioeconômica A+B (RPaj=1,36 – IC95% 1,06;1,73). Com relação à presença do acompanhante durante a cesareana, foram encontradas associações importantes e estatisticamente significativas com diversas variáveis socioeconômicas: ser da cor preta (RPaj=1,52 – IC95% 1,13;2,03) ou branca (RPaj=1,20 – IC95% 1,00;1,43), ter completado o ensino fundamental (RPaj=1,30 – IC95% 1,02;1,63), ensino médio (RPaj=1,36 – IC95% 1,02;1,81) ou ensino superior (RPaj=1,63 – IC95% 1,20;2,22), ser da classe socioeconômica A+B (RPaj=1,99 – IC95% 1,37;2,90) ou C (RPaj=1,68 – IC95% 1,19;2,37), ser primípara (RPaj=1,12 – IC95% 1,03;1,22), realizar o pré-natal e parto com o mesmo profissional (RPaj=1,43 – IC95% 1,01;2,01) e realizar o parto com financiamento da saúde suplementar (RPaj=1,71 – IC95% 1,20;2,44).

**Tabela 2** – Associação entre características sociodemográficas e obstétricas das mulheres e a presença do acompanhante no trabalho de parto, parto vaginal e cesariana. Região Sul do Brasil – 2011. (N = 4103).

Variável	Presença do acompanhante								
	Trabalho de parto (2122)			Parto vaginal (1735)			Cesariana (2367)		
	n (%)	RP IC (95%)	RPaj. IC (95%)	n (%)	RP IC (95%)	RPaj. IC (95%)	n (%)	RP IC (95%)	RPj. IC (95%)
<b>Idade</b>									
12 – 19 anos	272(57,5)	- Ref. -	- Ref. -	157(39,7)	- Ref. -	- Ref. -	90(37,5)	- Ref. -	- Ref. -
20 – 34 anos	757(52,3)	0,92(0,82;1,03)	0,94(0,84;1,06)	477(40,2)	1,00(0,83;1,21)	0,98(0,81;1,17)	893(51,3)	1,36*(1,12;1,66)	0,90*(0,75;1,90)
35 ou mais	101(50,0)	0,87(0,70;1,08)	0,94(0,76;1,17)	52(33,5)	0,81(0,52;1,25)	0,86(0,54;1,35)	219(56,9)	1,54*(1,18;1,99)	0,93*(0,75;1,16)
<b>Cor da pele</b>									
Parda/morena/mulata	354(49,1)	- Ref. -	- Ref. -	202(33,4)	- Ref. -	- Ref. -	215(35,9)	- Ref. -	- Ref. -
Preta	81(57,4)	1,19(0,89;1,58)	1,21(0,90;1,63)	46(41,8)	1,27(0,86;1,88)	1,30(0,88;1,94)	57(48,7)	1,41(0,97;2,00)	1,52*(1,13;2,03)
Branca	695(55,2)	1,13(0,93;1,37)	1,07(0,88;1,30)	438(42,9)	1,27*(0,98;1,64)	1,13(0,89;1,44)	930(56,3)	1,63*(1,31;2,06)	1,20*(1,00;1,43)
<b>Escolaridade</b>									
Ens. Fund. Incomp.	289(46,0)	- Ref. -	- Ref. -	159(29,2)	- Ref. -	- Ref. -	81(23,0)	- Ref. -	- Ref. -
Ens. Fund. Comp.	352(52,5)	1,15*(1,01;1,29)	1,11(0,97;1,26)	212(37,2)	1,24(0,98;1,55)	1,13(0,90;1,43)	169(36,3)	1,58*(1,21;2,07)	1,30*(1,02;1,63)
Ens. Médio Comp.	396(56,7)	1,24*(1,10;1,39)	1,16*(1,04;1,30)	250(46,5)	1,51*(1,23;1,86)	1,30*(1,06;1,60)	568 (52,9)	2,32*(1,60;3,38)	1,36*(1,02;1,81)
Ens. Sup. Comp. ou mais	89(74,2)	1,62*(1,28;2,05)	1,30*(1,06;1,60)	64(79,0)	2,62*(1,83;3,75)	1,91*(1,40;2,60)	378(80,8)	3,84*(2,40;6,15)	1,63*(1,20;2,22)
<b>Escore ABIPEME</b>									
Classe D + E	125(51,0)	- Ref. -	- Ref. -	57(27,9)	- Ref. -	- Ref. -	22(17,2)	- Ref. -	- Ref. -
Classe C	626(49,5)	0,96(0,82;1,12)	0,91(0,78;1,07)	377(35,5)	1,23(0,96;1,57)	1,14(0,89;1,45)	353(36,3)	2,11*(1,42;3,13)	1,68*(1,19;2,37)
Classe A + B	373(62,3)	1,18*(1,01;1,37)	1,03(0,89;1,20)	248(53,8)	1,76*(1,33;2,32)	1,36*(1,06;1,73)	821(65,3)	3,91*(2,39;6,42)	1,99*(1,37;2,90)
<b>Paridade</b>									
Múltipara	547(46,8)	- Ref. -	- Ref. -	337(33,1)	- Ref. -	- Ref. -	545(45,3)	- Ref. -	- Ref. -
Primípara	582(61,1)	1,26*(1,13;1,41)	1,20*(1,06;1,34)	348(48,6)	1,39*(1,17;1,65)	1,25*(1,10;1,47)	657(56,5)	1,28*(1,56;1,42)	1,12*(1,03;1,22)

Continua...

Variável	Presença do acompanhante								
	Trabalho de parto (2122)			Parto vaginal (1735)			Cesariana (2367)		
	n (%)	RP IC (95%)	RPaj. IC (95%)	n (%)	RP IC (95%)	RPaj. IC (95%)	n (%)	RP IC (95%)	RPj. IC (95%)
<b>Continuação</b>									
<b>Pré-natal/parto mesmo prof.</b>									
Não	944(50,9)	- Ref. -	- Ref. -	585(37,7)	- Ref. -	- Ref. -	307(29,0)	- Ref. -	- Ref. -
Sim	185(69,3)	1,34*(1,10;1,63)	1,26*(1,04;1,53)	100(54,3)	1,34(0,97;1,85)	1,03(0,76;1,40)	894(68,4)	2,50*(1,71;3,66)	1,43*(1,01;2,01)
<b>Financiam. Parto</b>									
SUS	988(51,7)	- Ref. -	- Ref. -	596(37,4)	- Ref. -	- Ref. -	342(28,2)	- Ref. -	- Ref. -
Saúde suplementar	142(67,6)	1,28(0,98;1,67)	0,96(0,75;1,25)	90(63,8)	1,64*(1,12;2,41)	1,14(0,79;1,66)	860(74,4)	2,72*(1,86;3,99)	1,71*(1,20;2,44)

\* p &lt; 0,05

A Tabela 3 apresenta a descrição dos motivos para a ausência do acompanhante durante a internação de muitas mulheres. Para as mulheres que tiveram acompanhante no trabalho de parto, apresenta a experiência com o acompanhante.

Somente 794 mulheres informaram o motivo que as fez ficar sem acompanhante durante a internação, sendo a proibição/restrrição pela maternidade o motivo mais prevalente (42,1%). Para as mulheres que realizaram o parto em instituição pública, financiado pelo SUS, o segundo motivo mais prevalente foi o fato de a gestante não ter no momento do parto um acompanhante com disponibilidade para permanecer na maternidade (19,4%). Entretanto, nas maternidades em que o parto é realizado com o financiamento privado, o segundo motivo mais prevalente (32,9%) foi o fato de o acompanhante ter que pagar para permanecer com a parturiente.

Com relação à experiência vivenciada pelas mulheres que tiveram a oportunidade de permanecer com o acompanhante durante o trabalho de parto, a grande maioria (78,8%), independente do tipo de financiamento para o parto, relatou que a presença do acompanhante ajuda muito a ficar mais tranquila e ter um parto melhor.

**Tabela 3** – Descrição dos motivos para a ausência do acompanhante durante a internação e das experiências com o acompanhamento. Região Sul do Brasil - 2011. (N=4103).

Variável	Tipo de financiamento		
	TOTAL N(%)	SUS n(%)	Saúde Suplementar n(%)
<b>Motivos para ausência do companhante durante a internação (n=794)</b>			
Proibição/restrrição pela maternidade	334 (42,1)	317 (44,5)	17 (20,7)
Gestante desconhecia o direito	41 (5,2)	41 (5,8)	-
Gestante não quis/não solicitou	83 (10,4)	76 (10,7)	7 (8,5)
Gestante não tinha acompanhante	149 (18,8)	138 (19,4)	11 (13,4)
Acompanhante tinha que pagar	117 (14,7)	90 (12,6)	27 (32,9)
Acompanhante não pôde ir/ficar	22 (2,8)	21 (2,9)	1 (1,2)
Não deu tempo do acompanhante chegar	28 (3,5)	22 (3,1)	6 (7,3)
Acompanhante não quis permanecer	20 (2,5)	7 (1,0)	13 (15,9)
<b>Experiência com acompanhante no TP (1789)</b>			
Ajuda muito a ficar mais tranquila e ter um parto melhor	1410 (78,8)	1164 (77,5)	246 (85,7)
Ajuda um pouco a ficar mais tranquila e ter um parto melhor	164 (9,2)	148 (9,9)	16 (5,6)
Nem ajuda nem atrapalha a ter um parto melhor	128 (7,1)	108 (7,2)	20 (7,0)
Deixa a mulher nervosa, não ajuda a ter um parto melhor	87 (4,9)	82 (5,5)	5 (1,7)

\* p < 0,05

## DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo sugerem que o direito ao acompanhante não está sendo garantido para todas as mulheres assistidas na Região Sul do Brasil, e que persistem diferenças relacionadas às condições socioeconômicas e obstétricas das mulheres assistidas.

Apesar da publicação da Lei Federal nº 11.108 (BRASIL, 2005), há mais de 7 anos, e das evidências científicas acerca da importância da presença de um acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, na Região Sul do Brasil, as mulheres que estão tendo esse direito garantido são as brancas, as que possuem melhor nível de escolaridade e que vivem em condições socioeconômicas mais favoráveis. Considerando que quase a metade (48,4%) das mulheres com 10 anos ou mais de idade residentes no Brasil nunca tiveram instrução formal ou não completaram o ensino fundamental e que as mulheres têm maior probabilidade do que os homens de serem pobres, desempregadas ou de realizarem trabalhos precários ou informais, sem garantia de direitos sociais (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012), percebe-se que, apesar dos avanços relacionados à universalização do acesso ao pré-natal e ao parto hospitalar, as mulheres com condições de vida precárias não usufruem dos benefícios proporcionados pela presença de um acompanhante de sua escolha.

Destaca-se também que o acompanhante esteve significativamente menos presente no parto para as mulheres adolescentes/jovens (12 – 19 anos) ou com 35 anos ou mais, para as pardas/morenas/mulatas, para as mulheres que não têm companheiro, para as que concluíram no máximo o ensino fundamental, para as mulheres economicamente desfavorecidas (classe D+E), para as que tiveram menos de 6 consultas, para as múltiparas e para as mulheres que não conseguiram realizar o parto com o mesmo profissional que acompanhou o pré-natal, sugerindo que as mulheres que possuem maior acesso aos serviços de saúde apresentam oportunidades mais favoráveis de garantir esse direito. Além disso, as mulheres que realizam o pré-natal e parto com o mesmo profissional, geralmente, também são as que procuram instituições de saúde cobertas pela saúde suplementar para a assistência ao parto, pois assim garantem o direito de escolher o profissional que irá prestar a assistência e descartam a possibilidade de ser assistidas por um profissional desconhecido.

Considerando que, no âmbito do SUS, o pré-natal é realizado pela equipe de saúde da família, por médico generalista e/ou enfermeira, e o

parto é realizado nas instituições de referência, por médico e/ou enfermeira obstétrica, a associação positiva da presença do acompanhante com a assistência ao parto pelo mesmo profissional que realizou o pré-natal, reforça a ideia de que as mulheres que possuem condições socioeconômicas mais favoráveis e optam por realizar o pré-natal e parto com o mesmo profissional, nas instituições cobertas pela saúde suplementar, estão tendo maiores garantias da presença do acompanhante.

Com relação à presença do acompanhante na cesariana, a significância da associação foi mantida para a cor da pele preta ou branca, ensino fundamental completo ou mais, classe socioeconômica C ou A+B, primiparidade, realização do pré-natal e parto pelo mesmo profissional e realização do parto em instituição financiada pela saúde suplementar. Estes achados reafirmam a ideia de que, quando o parto é cirúrgico, as mulheres que possuem melhores condições socioeconômicas e que, geralmente, possuem plano de saúde ou estão pagando para realizar o parto em instituições privadas ou conveniadas e que possuem condições de pagar o “chamado médico” para realizar a cesariana com o mesmo obstetra que realizou o pré-natal, estão tendo o direito ao acompanhante garantido. Observa-se que, nos partos cobertos pelo SUS, as rotinas institucionais proíbem o acompanhante de permanecer no centro cirúrgico, como já citado em outros estudos que discutiram as dificuldades de implementação dessa prática (DIAS, DOMINGUES, 2005; BRUGGEMANN et al. 2013).

A sala de parto e a sala cirúrgica, culturalmente, são espaços de domínio dos médicos, cuja formação ainda é centrada no modelo biologicista, que decide o que é melhor para a parturiente e controla todo o processo do nascimento. O uso intensivo de tecnologia com consequentes intervenções faz parte da necessidade de oferecer segurança, que obstetras, em geral, não acreditam que o corpo da mulher possa oferecer. Trata-se de um modelo assistencial com inúmeras normas e rotinas institucionais que beneficiam e facilitam o trabalho dos profissionais, onde as práticas e os procedimentos se voltam para o bem-estar dos trabalhadores em detrimento do bem-estar da mulher e sua família (DIAS, DOMINGUES, 2005; NASSIF, 2009). Considerando esta formação, voltada para as complicações da gestação e do parto e dependente cada vez mais das tecnologias, a proibição pelo médico pode ter sido um fator preponderante para que muitas mulheres atendidas pelo SUS não tivessem a presença do acompanhante no momento da cesariana.

Contudo, estudo realizado em uma maternidade escola do SUS,

que permite a presença do acompanhante durante a cesariana, demonstrou que este foi um dos aspectos associados com a satisfação das mulheres atendidas (BRUGGEMANN et al., 2011). Nessa mesma instituição, o trabalho em equipe, através de uma perspectiva interdisciplinar, têm proporcionado uma discussão e esforço constantes para a introdução de novos modelos de cuidado ao nascimento, contribuindo para mudanças nas atitudes dos profissionais e construção de um novo paradigma na atenção obstétrica (RAMOS et al, 2013).

A presença do acompanhante não apresentou diferenças estatísticas significativas entre as diversas faixas etárias, sendo semelhante a outro estudo que analisou a assistência ao trabalho de parto de 574 mulheres em maternidades do Rio de Janeiro (OLIVEIRA et al., 2008). Contudo, para as gestantes adolescentes, o direito ao acompanhante está garantido desde 1990, a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente, devendo os estabelecimentos de saúde proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação (BRASIL, 1990).

Apesar de a Lei garantir a presença do acompanhante de escolha da mulher durante todos os momentos da assistência ao parto e das diversas vantagens proporcionadas pelo apoio contínuo durante o trabalho de parto, como redução do tempo de trabalho de parto e da necessidade de analgesia, redução de parto instrumental e cesárea, maior grau de satisfação materna e menos intercorrências pós-parto (DOMINGUES, SANTOS, LEAL, 2004; BRÜGGEMANN, PARPINELLI, OSIS, 2005; MOTTA, CREPALDI, 2005; BRUGGEMANN, OSIS, PARPINELLI, 2007; PERDOMINI, 2010; FRUTUOSO, 2011; HODNETT et al. 2011), apenas 19,3% das mulheres atendidas em instituições públicas e 34,9% das mulheres atendidas em instituições privadas tiveram a presença do acompanhante em todos os momentos. Estes achados demonstram que em muitas instituições de saúde o acompanhante é permitido conforme a conveniência dos profissionais, em momentos em que não há como ele interferir, “atrapalhar” ou fiscalizar a rotina assistencial. Percebe-se que muitas instituições ainda não se adequaram para garantir as condições mínimas necessárias para a acomodação e permanência do acompanhante e denuncia um modelo hegemônico, centrado nas necessidades e escolhas do profissional e não da parturiente. Outros estudos também relatam as precárias condições estruturais e falta de privacidade nas instituições, bem como o despreparo da equipe para acolher o acompanhante (D'ORSI et al., 2005; BRUGGEMANN, OSIS, PARPINELLI, 2007; KOMURA HOGA, DE SOUZA PINTO,

2007; NAGAHAMA, SANTIAGO, 2008). Além disso, quase um quarto das mulheres atendidas pelo SUS não teve a presença do acompanhante em nenhum momento, enquanto para as mulheres atendidas pela saúde suplementar esta prevalência foi de 4,9%.

Entre os motivos para a ausência do acompanhante, a proibição pela maternidade foi o relatado pela maior parte das mulheres (42,1%), confirmando que muitas delas ainda estão tendo este direito negligenciado, mesmo após a publicação da Lei e a exigência para adequação das instituições. Em alguns estudos, a necessidade de adequação da estrutura hospitalar, que atualmente constitui-se de quartos coletivos na maioria das instituições, e o fato de a mulher ter que transitar em ambientes diferentes a cada etapa do processo, são os aspectos de maior dificuldade para a inserção do acompanhante (DIAS, DOMINGUES, 2005; DIAS, DESLANDES, 2006; NASSIF, 2009).

Além da filosofia da instituição ser um fator decisivo para a ausência do acompanhante, alguns profissionais de saúde ainda possuem crenças, valores e dúvidas pré-concebidas acerca da efetividade da presença do acompanhante no parto, rejeitando a sua presença durante a assistência (HOGA; PINTO, 2007). Contudo, outros estudos relatam que a experiência negativa de alguns profissionais da saúde acerca da presença do acompanhante está relacionada ao preconceito de que o acompanhante poderia comportar-se de forma violenta ou questionar a conduta profissional, mas esta expectativa é superada e torna-se positiva após vivenciarem a experiência (TORNQUIST, 2003; BRUGGEMANN, OSIS, PARPINELLI, 2007). Enquanto 44,5% das mulheres atendidas pelo SUS tiveram este direito negado, nas instituições privadas esta situação ocorreu com 20,7% das mulheres, reafirmando a ideia de que fatores socioeconômicos estão influenciando fortemente a garantia do direito à presença do acompanhante.

O fato de quase 20% das mulheres atendidas pelo SUS afirmar que não tinham uma pessoa disponível para ficar como acompanhante pode estar relacionado a condições socioeconômicas menos favoráveis, onde muitas vezes o companheiro não consegue ausentar-se do trabalho para acompanhar a parturiente ou precisa ficar em casa cuidando dos outros filhos. Nestas situações, torna-se ainda mais importante o estímulo à construção de uma rede de apoio formada por familiares e/ou amigos durante a gestação.

Chama atenção o fato de mais de 30% das mulheres atendidas em instituições privadas não ter permanecido com seu acompanhante porque o mesmo teria que pagar, indo de encontro aos direitos conquistados através da Lei do acompanhante.

Cabe lembrar que, se por um lado, o acompanhamento pelo companheiro pode contribuir para estreitar o vínculo pai-bebê e facilitar a sua inclusão no processo parturitivo, por outro representa para muitas mulheres uma invasão, ao se preocupar com a reação do companheiro com o nascimento ou com as alterações no corpo feminino durante o parto (CARVALHO, 2003; TARNOWSK, PRÓSPERO, ELSÉN, 2005), sendo fundamental o respeito ao desejo da mulher.

A maior parte das mulheres (78,8%) que respondeu acerca da experiência com a presença do acompanhante considerou que este ajuda muito a ficar mais tranquila e ter um parto melhor, o que também é evidenciado em vários estudos de abordagem qualitativa (DOMINGUES, SANTOS, LEAL, 2004; MOTTA, CREPALDI, 2005; BRUGGEMANN, OSIS, PARPINELLI, 2007; PERDOMINI, 2010; FRUTUOSO, 2011). Cabe ressaltar, que as mulheres que realizam o parto com cobertura da saúde suplementar, muitas vezes, estão menos susceptíveis a fatores estressantes, uma vez que têm a possibilidade de escolher a instituição com a qual tiveram maior empatia e se sentiram mais seguras, escolher o obstetra, agendar o dia da internação no caso das cesarianas eletivas e, muitas vezes, contar ainda com o apoio de um profissional exclusivamente para oferecer suporte contínuo.

## CONCLUSÃO

No presente estudo, a maioria das mulheres atendidas na Região Sul do Brasil tiveram a presença do acompanhante em algum momento. Entretanto, observa-se que a Lei não está sendo cumprida na maioria das instituições, visto que a presença do acompanhante deve ser permitida antes, durante e após o parto e que é dever da instituição garantir as condições necessárias para a sua permanência junto à parturiente. Observa-se que há restrições na implementação desta prática, sendo garantida apenas nos momentos em que os profissionais julgam ser conveniente.

Considerando que, conforme a RDC nº36 publicada em 2008, os serviços de atenção obstétrica e neonatal deveriam se adequar ao preconizado para garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante em um prazo de 180 dias, o direito do acompanhante em todos os períodos do trabalho de parto já deveria ter sido instituído para todas as mulheres. Assim, torna-se necessário a fiscalização dos órgãos responsáveis para que este direito seja garantido em todas as instituições da Região Sul do Brasil, sejam elas do SUS ou da saúde suplementar.

Chama atenção que os fatores socioeconômicos estão sendo determinantes para a garantia deste direito às parturientes, sendo necessário investir em estratégias e políticas públicas que promovam a conscientização dos profissionais e uma ampla divulgação. O pré-natal, os grupos de gestantes e cursos de preparação para a maternidade são importantes cenários para divulgar os benefícios provocados pela presença do acompanhante e para subsidiar as mulheres para lutarem por este direito.

Destaca-se que o apoio contínuo por acompanhante de livre escolha da mulher é uma tecnologia de baixo custo e um dos aspectos da humanização do nascimento, capaz de reduzir as intervenções médicas desnecessárias e de oferecer o suporte emocional à parturiente. Desta forma, é imprescindível que este assunto seja discutido por todos os atores que participam do processo de nascimento, em cursos de graduação, equipes de saúde da família, cursos de preparação para o parto e, em uma instância maior e fundamental, os gestores. A divulgação desta prática e das evidências disponíveis sobre o suporte na mídia, utilizando-se de todos os meios eletrônicos disponíveis, poderia contribuir para a conscientização das mulheres e dos profissionais.

Os achados deste estudo demonstram que a Lei do acompanhante e as ações realizadas até então, têm provocado mudanças na prática assistencial, mas ainda há um longo caminho a ser percorrido para que este seja um direito de todas as brasileiras, independente de idade, cor, escolaridade ou qualquer outro fator que possa impedir uma mulher de receber o suporte necessário por uma pessoa em quem confie, neste momento tão peculiar de sua vida.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: **DOU**, 16 jul. 1990; seção 1, n 013563.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.816, de 29 de maio de 1998. Brasília: **DOU**, nº 103, 2 jun. 1998.

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa - RN Nº 262, de 1 de agosto de 2011. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010. Brasília: **DOU**, de 02 Agosto de 2011. Seção I, Pág. 24.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto:** huanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília (DF): **DOU**, 08 de abril de 2005.

\_\_\_\_\_. Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. **DOU**. 2008, Jun 04. Seção 1, p. 50-3.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Além da Sobrevivência:** práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Rede cegonha. 2011c. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082)> Acesso em: 17 Jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011:** uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRÜGGEMANN, O. M.; et al. Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: atores associados à satisfação das mulheres usuárias. **Texto Contexto Enferm.** [online], v. 20, n. 4, p. 658-68, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/03.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2012.

BRÜGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J. D.; PARPINELLI, M. A. Apoio no Nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos

pela Mulher. **Rev. Saúde Pública [online]**, v. 41, n. 1, p. 44-52, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/5409.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2011.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidence on Support During Labor and delivery: a literature review. **Cad. Saúde Pública**. v. 21, n. 5, p. 1316-27, 2005.

CARVALHO, M. L. M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivação dos casais. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, Supl. 2, p. 355-62, 2003.

D'ORSI, E.; et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**. v. 39, n. 4, p. 645-54, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n4/25539.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2011.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**. v. 22, n. 12, p. 2647-55, Dez. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/13.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2011.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na Implantação de uma Política de Humanização da Assistência Hospitalar ao Parto. **Ciênc. Saúde Colet**. v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M. S.; LEAL, M. C.; Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, Supl. 1, p. S52-S62, 2004.

FOGAÇA, V. D.; SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções obstétricas no trabalho de parto em mulheres submetidas á cesareana. **Cogitare Enferm**. v. 12, n. 3, p. 296-305, Jul/Set. 2007.

FRUTUOSO, L. D. **Percepções do acompanhante acerca da experiência e dos aspectos organizacionais relacionados à sua permanência no centro obstétrico**. 2011. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

HATEM, M.; et al. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2008.

HODNETT, E. D.; et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, 2011. Disponível em: <[http://www.childbirthconnection.org/pdfs/continuous\\_support.pdf](http://www.childbirthconnection.org/pdfs/continuous_support.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2011.

HOGA, L. A. K.; PINTO, C. M. S. Assistência ao Parto com a Presença do acompanhante: Experiências de profissionais. **Invest. Educ. Enferm.** v. 25, n. 1, p. 74-81, 2007.

JORNAL DE BRASÍLIA. Grávidas ficam sem direito a acompanhante no SUS. 2013. Disponível em: <[http://www.jornaldebrasil.com.br/site/impressao.php?id\\_noticia=446228 &acao=OK](http://www.jornaldebrasil.com.br/site/impressao.php?id_noticia=446228&acao=OK)>. Acesso em 06 fev. 2013.

KOMURA HOGA, L. A.; DE SOUZA PINTO, C. M. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: Experiências de profissionais. **Invest. Educ. Enferm**, v. 25, n. 1, Mar. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072007000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 Jan. 2013.

LAGO, T. D. G; LIMA, L. P. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 152-70.

LEAL, M. C.; et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reprod. Health**. v. 9, n. 15 [8f]. Disponível em: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/15>. Acesso em: 19 mai. 2011.

MOTTA, C. C. L.; CREPALDI, M. A. O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 15, n. 30, p.105-18, 2005.

MOURA, F. M. J. S. P.; et al. Perception of parturients about the normal delivery in a maternity. **Rev. Enferm. UFPI**, v. 1, n. 3, p. 194-200, Sep-Dec. 2012.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de Atenção ao Parto e os Desafios para Humanização do Cuidado em Dois Hospitais Vinculados ao Sistema Único de Saúde em Município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p.1859-68, Ago. 2008.

NASSIF, A. A. **O Acompanhante na Maternidade: concepções dos profissionais de saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Univeridade Federal de Santa Catarina, Florianópolis /SC, 2009.

OLIVEIRA, M. I. C.; et al. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999 - 2001. **Rev. Saúde Pública**. v. 42, n. 5, p. 895-902, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6234.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2011.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Saúde materna e neonatal/ Unidade de maternidade segura. Genebra: OMS; 1996.

PERDOMINI, F. R. I. **A participação do pai como acompanhante da mulher no processo de nascimento**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. [manuscrito].

RAMOS, F. R. S.; et al. The discourse of ethics in nursing education: Experience and reflections of Brazilian teachers – Case study. **Nurse Educ. Today.**, PII: S0260-6917, n. 12, p. 00408-X, 11 Jan 2013. DOI: 10.1016/j.nedt.2012.12.011.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Instrução Normativa n. 001/2009/SES, de 06 de abril de 2009 (SC). Estabelece diretrizes para os serviços de saúde efetivar a inserção do acompanhante de livre escolha da mulher durante o pré-parto, parto e pós- parto imediato. Florianópolis: **DOE**, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 12 ago 2009, n. 18.667.

SILVA, L. M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev. Bras. Enferm.** v. 64, n. 1, p. 60-5, 2011.

TARNOWSK, K. S.; et al. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, Esp., p. 102-8, 2005.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, Sup. 2, p. 419-27, 2003.

## 5.2 ARTIGO 2 – A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE E A IMPLEMENTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO: A REALIDADE DO SUL DO BRASIL

### **A presença do acompanhante e a implementação das boas práticas na atenção ao parto: a realidade do sul do Brasil**

### **The presence of the companion and the implementation of good practices in delivery care: the reality of southern Brazil**

**Título resumido:** O acompanhante de parto e a implementação das boas práticas

Juliana Jacques da Costa Monguilhott<sup>4</sup>  
Odaléa Maria Brüggemann<sup>5</sup>  
Eleonora d' Orsi<sup>6</sup>

**Correspondência:** Juliana Jacques da Costa Monguilhott. Rodovia Baldicero Filomeno 836 apto 302 bloco C Alto Ribeirão. Cep: 88064-000. Florianópolis. Santa Catarina. Email: [jujdacosta@gmail.com](mailto:jujdacosta@gmail.com)

**RESUMO: Objetivos:** descrever as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres assistidas na Região Sul do Brasil de acordo com a presença do acompanhante; descrever a implementação das boas práticas na atenção ao parto; e testar a associação entre a presença do acompanhante e a utilização das boas práticas na atenção ao parto. **Métodos:** estudo transversal, realizado a partir do inquérito de base hospitalar, intitulado “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e

---

<sup>4</sup> Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil

<sup>5</sup> Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Campus Universitário - Trindade, Florianópolis/SC, Brasil. CEP 88040-900.

<sup>6</sup> Departamento de Saúde Pública. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Campus Universitário - Trindade, Florianópolis/SC, Brasil. CEP 88040-900.

nascimento”. Foram analisados dados da Região Sul do Brasil, coletados entre fevereiro e agosto de 2011, através de entrevista hospitalar e no prontuário, sendo incluídas as 2.346 mulheres que entraram em trabalho de parto. Realizou-se análise bivariada e multivariada utilizando-se o STATA/ SE, versão 11. Para as razões de prevalência bruta e ajustada foi realizada a *regressão de Poisson* com estimação de variância robusta. Foram calculados os intervalos de confiança a 95% para as principais variáveis dependentes e adotou-se nível de significância de 5%. **Resultados:** foram analisadas as 2.324 mulheres que entraram em trabalho de parto. No modelo ajustado por idade, escolaridade e financiamento do parto, a presença do acompanhante no trabalho de parto esteve estatisticamente associada ao uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor (RPaj=1,45 IC95% 1,06;1,96), ao uso de analgesia de parto (RPaj=1,94 – IC95% 1,03;3,65) e a indução do trabalho de parto (RPaj=1,34 – IC95% 1,03;1,76), bem como redução no uso de tricotomia (RPaj=0,53 – IC95% 0,36;0,78) e enema (RPaj=0,46 IC95% 0,27;0,78). Durante o parto, a presença do acompanhante esteve estatisticamente associada ao contato pele a pele (RPaj=2,10 – IC95% 1,59;2,78) e redução do uso da manobra de Kristeller (RPaj=0,70 – IC95% 0,55;0,87) **Conclusões:** menos da metade das mulheres assistidas na Região Sul do Brasil têm acesso às boas práticas durante a assistência ao parto e práticas prejudiciais ainda são realizadas. A presença do acompanhante está associada à utilização de práticas benéficas e à redução de algumas que não mais recomendadas.

**Descritores:** Prática Clínica Baseada em Evidências. Parto Humanizado. Acompanhante de Pacientes. Unidade Hospitalar de Ginecologia e Obstetria.

**ABSTRACT: Objectives:** To describe the socio-demographic and obstetric characteristics of women in Southern Brazil according to the presence of the companionship, to describe the implementation of best practices in delivery care, and to test the association between the presence of the companionship and the use of best practices in delivery care. **Methods:** A cross-sectional study from the hospital-based cohort study, entitled "Born in Brazil: national survey about labor and birth." The data came from the southern region of Brazil and was collected between February and August of 2011, through the interviews with post-delivery women and the review of medical records, which included

2346 women who went into labor. We conducted bivariate and multivariate analysis using STATA/SE, version 11. For statistically ratios of crude and adjusted prevalence was performed *Poisson Regression* with robust variance estimation. Crude and adjusted ratios of prevalence were estimated, with confidence intervals of 95%, and a significance level of 5%. **Results:** We analyzed the 2,324 women who went into labor. In the model adjusted for age, education and finance of childbirth, the presence of a companion during labor was significantly associated with the use of non-pharmacological methods for pain relief (aPR=1.45), the use analgesia during labor (aPR=1.94) and induction of labor (aPR=1.34), as well as the reduced use of trichotomy (aPR=0.53) and enema (aPR=0). Throughout childbirth, the presence of the companionship was significantly associated with the skin to skin contact with the newborn (aPR=2.10) and the reduction of Kristeller maneuver (aPR = 0.70). **Conclusion:** Less than half of the women attended at the southern Brazil have access to good practices during childbirth care and were confirmed that harmful practices are still accomplished. The presence of the companionship is associated with the use of beneficial practices in childbirth and the reduction of harmful and none recommended actions.

**Keywords:** Evidence-Based Clinical Practice. Humanized Birth. Companionship. Gynecology and Obstetrics Unit.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento e uso de várias práticas que surgiram com a institucionalização do parto, com o objetivo de controlar o processo fisiológico do nascimento e racionalizar padrões de trabalho, juntamente com o uso em larga escala de medicamentos durante o trabalho de parto, foram gradativamente caracterizando o processo parturitivo como patológico, negando a capacidade da mulher de parir com segurança e definindo para ela um papel cada vez mais passivo na gestação, no parto e no nascimento (OMS, 1996; DAVIM et al., 2008; DESLANDES, 2006).

Neste modelo intervencionista, além da alta taxa de cesariana, que em 2010 alcançou 52,3% do total de partos realizados no Brasil (BRASIL, 2012), percebe-se nas instituições de saúde a utilização de muitas práticas que são consideradas claramente prejudiciais pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e que não possuem evidências

científicas que indiquem a sua utilização, como o uso rotineiro de enema e tricotomia, prescrição de dieta zero, posição supina durante o trabalho de parto e parto, uso de ocitócitos em qualquer momento do trabalho de parto, infusão intravenosa de rotina e o número excessivo de exames vaginais e episiotomias (D'ORSI et al., 2005; SCHNECK, RIESCO, 2006; FOGAÇA et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2008). Por outro lado, práticas recomendadas e que devem ser estimuladas, como respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto, que possibilita que a parturiente receba apoio contínuo durante o processo parturitivo e não se sinta sozinha (OMS, 1996), ainda não são implementadas na maioria das instituições de saúde. Estudo realizado pela ouvidoria da Rede Cegonha, entre maio e outubro de 2012, mostrou que 64% das 54 mil mulheres entrevistadas relataram que não tiveram direito ao acompanhante. Nessa mesma amostra, 56,7% das mulheres afirmaram que o acesso ao acompanhante foi proibido pelo serviço de saúde e somente 15,3% relataram não conhecer esse direito (JORNAL DE BRASÍLIA, 2013).

O Ministério da Saúde (MS) tem buscado qualificar a assistência ao parto e nascimento e apoiar a implementação das evidências científicas por meio das políticas públicas de saúde, com destaque para o Programa Nacional de Humanização do parto e Nascimento (PNHPN), lançado em 2002; a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 36, que dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal publicada em 2008 (BRASIL, 2008b) e da Rede Cegonha em 2011 (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha, estratégia a ser operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentada nos princípios da humanização, objetiva garantir às mulheres, recém-nascidos e crianças, dentre outros direitos, a realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção, entre elas, a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no momento do parto (BRASIL, 2011b).

A presença do acompanhante durante todo o processo possibilita que a parturiente tenha sua ansiedade e dor amenizadas, por meio de conversas, massagens, conforto físico/emocional e senso de humanização, necessitando de menos intervenções obstétricas (OMS, 1996; FREITAS, FERNANDES, VAZ, 2007).

As evidências científicas apontam as mulheres que recebem apoio contínuo durante o trabalho de parto, tem redução na duração do trabalho de parto e necessidade de analgesia, redução da necessidade de parto instrumental e cesárea, maior grau de satisfação materna e menor risco de apgar < 7no 5º minuto de vida (HODNETT et al., 2011). Tais

benefícios são ainda mais observados quando o provedor de apoio não é membro da equipe do hospital e quando o apoio é iniciado precocemente no trabalho de parto (BRÜGGEMANN, PARPINELLI, OSIS, 2005; HODNET et al., 2011). Dessa forma, todas as mulheres devem ter apoio contínuo durante o trabalho de parto (HODNETT et al., 2011).

Apesar do reconhecimento do MS brasileiro sobre os benefícios dessa prática e da publicação da Lei 11.108, em 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (rede própria ou conveniada) (BRASIL, 2005) muitas mulheres ainda são privadas desse direito (JORNAL DE BRASÍLIA, 2013).

Embora tenham passados 16 anos da publicação das recomendações da OMS para a assistência ao parto (OMS, 1996), há poucos indicadores de como as boas práticas estão sendo implementadas nas maternidades brasileiras, e se a presença de acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato tem influenciado na redução das intervenções obstétricas e adoção de boas práticas. A maioria dos resultados é decorrente de pesquisas pontuais, realizadas para avaliar instituições de saúde, em diferentes Estados, com amostras que muitas vezes não permitem a generalização dos achados (D`ORSI et al, 2005; FOGAÇA, 2007; BRÜGGEMANN et al., 2011). Desta forma, os objetivos desta pesquisa foram: descrever a implementação das boas práticas na atenção ao parto; e testar a associação entre a presença do acompanhante e a utilização das boas práticas na atenção ao parto nas instituições de saúde da região Sul do Brasil.

Considerando que o conceito de boas práticas ainda não está descrito na literatura, neste estudo são consideradas como boas práticas na assistência ao parto, as recomendações da OMS para a assistência ao parto (1996), as evidências científicas, e a implementação das mesmas - prática baseada em evidência, que consiste na integração da experiência clínica às melhores evidências clínicas disponíveis, considerando a segurança nas intervenções e a ética na totalidade das ações (CENTRO COCHRANE DO BRASIL, 2013).

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo transversal, realizado a partir do inquérito de base hospitalar, intitulado “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, desenvolvido sob a coordenação de pesquisadores

da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ e outras instituições de ensino. Tal estudo considerou como elegíveis todas as instituições de saúde do Brasil que registraram 500 partos/ano ou mais, tomando como referência o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, 2007. Foram incluídas as puérperas hospitalizadas por motivo de parto que tivessem como produto da concepção recém-nascidos com 22 semanas gestacionais ou mais e/ou mais de 500gr. de peso ao nascer, sendo excluídas as puérperas cujo parto tivesse ocorrido no domicílio, no transporte para a maternidade ou em outra unidade de saúde que não a selecionada (LEAL, 2012).

A coleta de dados foi realizada em 2011 e 2012 por meio de entrevistas utilizando formulários eletrônicos (questionários touch screen) desenvolvidos e validados para coletar dados. O primeiro questionário foi preenchido dentro das primeiras 24 horas após o nascimento e o segundo foi preenchido com dados disponíveis nos prontuários das puérperas, após a alta do hospital ou no 42º dia para a mulher e no 28º dia para o recém-nascido que permaneceram internados. Também foi realizada entrevista com as mulheres, por telefone, entre 45 e 60 dias após o nascimento, para obter outras informações sobre as condições da mãe e do recém-nascido. Além disso, um questionário de papel foi aplicado pelo supervisor ao gestor do hospital, a fim de avaliar as instalações hospitalares. Para a coleta de dados da pesquisa foram incluídos 50 supervisores e 200 entrevistadores, que constituíram as 27 equipes estaduais. A capacitação dos coletadores foi realizada em cada estado, de forma padronizada, incluindo uma parte teórica e outra prática. O tamanho amostral foi de 90 puérperas e seus conceptos para cada instituição de saúde sorteada, sendo representativa por região do Brasil. A amostra foi estratificada por macrorregião geográfica, tipo de município e administração hospitalar (público, misto ou privada). O número de mulheres pós-natal amostrado foi 23.940, distribuídas em 191 municípios em todo o Brasil, incluindo todos os estados do País, sendo 27 delas em capitais e 164 nas áreas rurais. O tamanho da amostra em cada estrato foi calculado com base na taxa de cesariana no Brasil em 2007, de 46,6%, com significância de 5% para detectar diferenças de 14% (diferença entre mistas e hospitais privados) e com os testes de potência de 95%. Os demais detalhes sobre a metodologia desse inquérito estão publicados no artigo Birth in Brazil: national survey into labour and birth (LEAL et al, 2012).

Esta investigação está norteado pela Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas da pesquisa com seres humanos, sob o protocolo de pesquisa CEP/ENSP - nº 92/10.

Todos os diretores das instituições e as puérperas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Na Região Sul do Brasil, os dados foram coletados no período entre fevereiro e agosto de 2011, sendo sorteadas 46 instituições de saúde. No presente estudo, a partir da seleção das mulheres admitidas nas instituições de saúde da Região Sul, por ocasião da realização de parto, foram incluídas aquelas que entraram em trabalho de parto (espontâneo ou induzido), segundo informação auto-relatada pela mulher, totalizando uma amostra de 2346 mulheres. Foram excluídas as admitidas para cesariana eletiva, já programadas no pré-natal, realizada antes da mulher entrar em trabalho de parto, com ou sem indicação clínica, e as que foram indicadas no momento da internação. Posteriormente, devido ao pequeno número amostral, foram excluídas as mulheres com cor da pele amarela/oriental/índigena, totalizando uma amostra com 2324 puérperas e seus conceitos.

Para a construção das variáveis analisadas, foram utilizados os dados coletados a partir de um questionário para a entrevista hospitalar com a puérpera e de um instrumento para coleta de dados do prontuário materno, sendo classificadas em sócio-demográficas e obstétricas da gestação: idade (12 – 19 anos; 20 – 34 anos; 35 aos ou mais), cor da pele (parda/morena/mulata; preta; branca), estado marital (sem companheiro; com companheiro), escolaridade (ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio; ensino superior completo ou mais), escore socioeconômico ABIPEME - Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (classe A+B; classe C; classe D+E), número de consultas pré-natal (0 – 3 consultas; 4 – 5 consultas; 6 consultas ou mais), paridade (primípara; múltípara), realização do pré-natal e parto pelo mesmo profissional (não; sim), tipo de parto (vaginal; cesariana), financiamento do parto (SUS; Saúde suplementar) e localização da instituição (interior; capital) sendo que a variável tipo de financiamento do parto foi criada a partir do relato das mulheres se a assistência ao parto foi coberto pelo plano de saúde ou pelo SUS; variáveis relacionadas às boas práticas no trabalho de parto: oferecimento de líquidos e/ou alimentos (sim; não), deambulação (sim; não), métodos não farmacológicos de alívio da dor (sim; não, considerando banheira; chuveiro; bola; massagem; banquinho cócoras; cavalinho), uso de ocitocina (sim; não), amniotomia (sim; não), tricotomia (sim; não), enema (sim; não), analgesia de parto (sim; não), indução do trabalho de parto (sim; não) e prescrição de dieta (sim - dieta líquida ou outro tipo de dieta; não - dieta zero); e relacionadas às boas práticas no parto: posição verticalizada no parto (sim - deitada de lado;

sentada/reclinada; na banheira; quatro apoios; cócoras; em pé; não - litotomia;), episiotomia (sim; não), manobra de Kristeller (sim; não), parto instrumental (fórceps/vácuo extrator) (sim; não), tipo de parto - cesariana (sim; não), sala PPP - pré-parto/parto/pós parto (sim; não) e contato pele a pele (sim; não).

Para a análise descritiva das características sociodemográficas e obstétricas das mulheres, o desfecho estudado foi: momentos da assistência ao parto em que o acompanhante esteve presente (nenhum momento; algum momento; todos os momentos), sendo construído um modelo multivariado ajustado por idade, escolaridade e financiamento do parto (SUS ou saúde suplementar).

Para testar a associação entre a presença do acompanhante e as boas práticas (desfechos) na assistência ao trabalho de parto, foi utilizado a variável acompanhante no trabalho de parto como exposição, incluídas na análise as mulheres que tiveram acompanhante no trabalho de parto. Para esta análise, foi considerado um número menor de mulheres (N=2122) porque algumas participantes do estudo não souberam informar se entraram em trabalho de parto ou não, sendo excluídas do cálculo. Para as boas práticas no parto, foi utilizado a variável acompanhante no parto como exposição. Foram construídos modelos multivariados (um para cada desfecho), ajustados por idade, escolaridade e financiamento do parto (SUS ou saúde suplementar). A hipótese estudada foi de que a presença do acompanhante favorece que a mulher seja submetida às melhores práticas durante a assistência ao parto e nascimento.

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o software estatístico *SPSS* versão 18. Foram aplicadas técnicas de análise descritiva e o teste do qui-quadrado utilizado na comparação de proporções. Para estimar as razões de prevalência bruta e ajustada e seus respectivos IC95% foi realizada a regressão de Poisson com estimação de variância robusta. As variáveis que entraram no modelo ajustado foram consideradas pertencentes ao mesmo nível hierárquico, sem distinção. Foram calculados os respectivos pesos para cada variável.

Foram estimadas as razões de prevalência e os intervalos de confiança a 95% para as principais variáveis dependentes. Adotou-se nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

As características sociodemográficas e obstétricas das mulheres que participaram do estudo (2324) estão apresentadas na Tabela 1. Destaca-se que a maioria (68,7%) tinha entre 20 e 34 anos, era da cor branca (60,2%), possuía companheiro (85,0%), pertencia à classe socioeconômica C (59,1%), realizou 6 consultas ou mais no pré-natal (73,6%), era multípara (54,8%), não teve o parto assistido pelo mesmo profissional do pré-natal (85,0%), realizou parto vaginal (74,7%), teve o parto coberto pelo SUS (88,5%) e realizou o parto em instituições de saúde do interior (67,9%). A maior parte das mulheres (33,3%) estudou até o ensino médio. O acompanhante esteve significativamente mais presente em todos os momentos para as mulheres pretas ( $p < 0,01$ ), para as que tinham ensino superior completo ou mais ( $p < 0,01$ ), para as pertencentes à classe socioeconômica A+B ( $p < 0,01$ ), para as que realizaram 6 consultas ou mais no pré-natal ( $p < 0,01$ ), para as primíparas ( $p < 0,01$ ), para as que realizaram o parto com o mesmo profissional do pré-natal ( $p < 0,01$ ), para as que realizaram parto vaginal ( $p < 0,01$ ), para as que tiveram o parto coberto pelo plano de saúde (Saúde suplementar) ( $p < 0,01$ ) e para as que realizaram o parto em instituições localizadas nas capitais ( $p < 0,01$ ).

**Tabela 1-** Características sociodemográficas e obstétricas das mulheres, segundo a presença do acompanhante nos momentos da internação. Região Sul do Brasil – 2011. (N = 2324)

Variável	Presença do acompanhante				p
	Total n(%)	Nenhum momento n (%)	Algum momento n (%)	Todos os momentos n (%)	
<b>Idade (n=2323)</b>					<b>0,42</b>
12 – 19 anos	500 (21,5)	97 (19,4)	287 (57,4)	116 (23,2)	
20– 34 anos	1595 (68,7)	361 (22,6)	915 (57,4)	319 (20,0)	
35 ou mais	228 (9,8)	49 (21,5)	134 (58,8)	45(19,7)	

Continua...

Variável	Presença do acompanhante				p
	Total n(%)	Nenhum momento n (%)	Algum momento n (%)	Todos os momentos n (%)	
<b>Continuação</b>					
<b>Cor da pele (n=2323)</b>					<b>&lt;0,01</b>
Branca	1393 (60,2)	266 (19,0)	816 (58,4)	316 (22,6)	
Preta	150 (6,5)	35 (23,3)	75 (50,0)	40 (26,7)	
Parda/morena/mulata	775 (36,4)	206 (26,6)	445 (57,4)	124 (16,0)	
<b>Estado marital (n=2323)</b>					<b>0,07</b>
Sem companheiro	348 (15,0)	89 (25,6)	200 (57,5)	59 (16,9)	
Com companheiro	1975 (85,0)	418 (21,2)	1136 (57,5)	421 (21,3)	
<b>Escaridade (n=2318)</b>					<b>&lt;0,01</b>
Ensino Fundamental incompleto	675 (29,1)	183(27,1)	380 (56,3)	112 (16,6)	
Ensino Fundamental completo	725 (31,3)	162 (32,3)	420 (57,9)	143 (19,7)	
Ensino Médio completo	772 (33,3)	153 (19,8)	447 (57,9)	172(22,3)	
Ensino Superior completo ou mais	146 (6,3)	8 (5,5)	87 (59,6)	51 (34,9)	
<b>Escore ABIPEME (n=2311)</b>					<b>&lt;0,01</b>
Classe A+B	687 (29,7)	100 (14,6)	416 (60,5)	171 (24,9)	
Classe C	1365 (59,1)	330 (24,2)	769 (56,3)	266(19,5)	
Classe D+E	259 (11,2)	74 (28,6)	145 (56,0)	40 (15,4)	
<b>Número de consultas pré-natal (n=2278)</b>					<b>&lt;0,01</b>
0 – 3 consultas	221 (9,7)	73 (33,0)	114 (51,6)	34 (15,4)	
4 - 5 consultas	380 (16,7)	89 (23,4)	214 (56,3)	77 (20,3)	
6 consultas ou mais	1677 (73,6)	333 (19,9)	982 (58,6)	362 (21,6)	
<b>Paridade (n=2322)</b>					<b>&lt;0,01</b>
Múltipara	1273 (54,8)	349 (27,4)	701 (55,1)	223(17,5)	
Primípara	1049 (45,2)	158 (15,1)	635 (60,5)	256 (24,4)	
<b>Pré-natal e parto pelo mesmo profissional (n=2322)</b>					<b>&lt;&lt;0,01</b>
Sim	348 (15,0)	29 (8,3)	241 (69,3)	78 (22,4)	
Não	1974 (85,0)	478 (24,2)	1095 (55,5)	401 (20,3)	
<b>Tipo de parto (n=2323)</b>					<b>&lt;0,01</b>
Vaginal	1735 (74,7)	419 (24,2)	911 (52,5)	405 (23,3)	
Cesariana	588 (25,3)	88 (15,0)	425 (72,3)	75 (12,8)	
<b>Financiamento do parto (n=2323)</b>					<b>&lt;0,01</b>
SUS	2055 (88,5)	490 (23,9)	1149 (55,9)	416(20,2)	
Saúde suplementar	268 (11,5)	17 (6,3)	187 (69,8)	64 (23,9)	
<b>Localização da instituição (2323)</b>					<b>&lt;0,01</b>
Interior	1577 (67,9)	373 (23,6)	927 (58,8)	277 (17,6)	
Capital	746 (32,1)	134 (18,0)	409 (54,8)	203 (27,2)	

A Tabela 2 apresenta as prevalências e razões de prevalências das práticas obstétricas realizadas nas instituições de saúde, durante o trabalho de parto, de acordo com a presença do acompanhante. Para esta

análise, foram excluídas as mulheres que, quando questionadas, informaram que não sabiam se tinham entrado em trabalho de parto, totalizando 2.122 mulheres

Desta forma, das mulheres que participaram do estudo e informaram se entraram em trabalho de parto ou não, o oferecimento de líquido e/ou alimento por parte da equipe de saúde ocorreu somente para 18,2% dessas. Do total de mulheres, mais da metade (59,2%) deambulou durante o trabalho de parto. Os métodos não farmacológicos (MNFs) para o alívio da dor considerados pelo estudo foram a banheira, o chuveiro, a bola, a massagem, o banquinho de cócoras, o cavalinho, entre outros, mas somente 32% das mulheres fizeram uso de algum destes métodos. Quase metade das mulheres (45,9%) recebeu ocitocina. A ruptura artificial das membranas ocorreu em 67,9% das mulheres, tricotomia em 44,3% e enema em 37,7%. A analgesia de parto foi realizada em 8,8% das mulheres e 33,5% delas relataram que o trabalho de parto foi induzido. Apenas 32,9% das mulheres receberam prescrição de algum tipo de dieta durante o trabalho de parto, as outras permaneceram em dieta zero. A presença do acompanhante durante o trabalho de parto, após ajuste pelas variáveis idade, escolaridade e financiamento do parto, esteve significativamente associada ao uso de MNF para o alívio da dor (RPaj=1,45 - IC 95% 1,06;1,96), ao uso de analgesia de parto (RPaj=1,94 - IC 95% 1,03;3,65) e à indução do trabalho de parto. Também demonstrou-se significativamente associada à redução do uso de tricotomia (RP=0,53 – IC95% 0,36;0,78) e redução do uso de enema (RP=0,46 – IC95% 0,27;0,78) durante o trabalho de parto.

A Tabela 3 apresenta as prevalências e razões de prevalências das práticas obstétricas realizadas nas instituições de saúde, durante o parto, de acordo com a presença do acompanhante no momento do parto/nascimento.

Com relação à posição adotada pela mulher na hora do nascimento do bebê, apenas 5,5% das entrevistadas responderam que estavam em posição verticalizada. A episiotomia foi realizada na maioria das mulheres (52,3%) e 25,3% delas foram ecaminhadas ou optaram por uma cesariana. Quanto às manobras para extração do feto, a manobra de Kristeller foi realizada em 32,7% das mulheres e 4,5% delas tiveram um parto instrumental, com uso de fórceps e/ou vácuo-extrator. Menos de um quinto das mulheres (16,3%) permaneceu no quarto onde estava para ter o bebê e 39,6% das mulheres teve contato pele a pele com o bebê ainda na sala de parto. A presença do acompanhante durante o parto, mesmo após ajuste pelas variáveis idade, escolaridade e

financiamento do parto, esteve significativamente associada à redução no uso da manobra de Kristeller (RP=0,70 – IC95% 0,55;0,87) e ao contato pele a pele entre a mãe e o bebê (RP=2,10 – IC95% 1,59;2,78).

**Tabela 2** – Práticas obstétricas realizadas nas instituições de saúde, durante o trabalho de parto, de acordo com a presença do acompanhante. Região Sul do Brasil - 2011. (N = 2122)

Variável	Acompanhante presente no trabalho de parto				
	TOTAL N (%)	Sim n (%)	Não n (%)	RP IC (95%)	RPaj** IC (95%)
Oferecimento líquido/alimento (2077)	378 (18,2)	234 (20,7)	144 (15,2)	1,35 (0,74;2,44)	1,35 (0,73;2,45)
Deambulação (2030)	1201 (59,2)	673 (61,4)	528(56,5)	1,10 (0,94;1,27)	1,07 (0,92;1,24)
MNF alívio da dor (2122)	679 (32,0)	422 (37,3)	257 (25,9)	1,48* (1,10;1,99)	1,45* (1,06;1,96)
Uso de ocitocina (2122)	974 (45,9)	518 (45,8)	456 (46,0)	0,97 (0,79;1,18)	0,97 (0,79;1,19)
Amniotomia (1480)	1005 (67,9)	555 (70,0)	450 (65,5)	1,07(0,98;1,18)	1,07(0,97;1,17)
Tricotomia (1845)	817 (44,3)	319 (33,5)	498 (55,8)	0,54*(0,37;0,78)	0,53* (0,36;0,78)
Enema (1845)	696 (37,7)	247 (25,9)	449 (50,3)	0,46* (0,27;0,78)	0,46* (0,27;0,78)
Analgesia de parto (1845)	162 (8,8)	116 (12,2)	46 (5,2)	2,41* (1,24;4,71)	1,94* (1,03;3,65)
Indução do TP (2122)	712 (33,5)	431 (38,1)	281 (28,3)	1,37* (1,05;1,78)	1,34* (1,03;1,76)
Prescrição de dieta (1354)	445 (32,9)	272 (37,5)	173 (27,5)	1,32 (0,65;2,66)	1,30 (0,64;2,61)

\* p <0,05

\*\* Ajustado por idade, escolaridade e financiamento do parto (SUS ou Saúde suplementar)

**Tabela 3** - Práticas obstétricas realizadas nas instituições de saúde, durante o parto, de acordo com a presença do acompanhante na hora do nascimento. Região Sul do Brasil - 2011. (N = 2324)

Variável	Acompanhante no nascimento				
	Total N(%)	Sim n (%)	Não n (%)	RP IC (95%)	RPaj** IC (95%)
Posição verticalizada no parto (1735)	96(5,5)	51(7,4)	45(4,3)	1,71(0,92;3,20)	1,74(0,87;3,47)
Episiotomia (1734)	906(52,3)	389(56,8)	517(49,3)	1,10(0,92;1,29)	1,01(0,85;1,21)
Manobra de Kristeller (1730)	567(32,7)	188(27,5)	379(36,2)	0,73*(0,57;0,92)	0,70*(0,55;0,87)
<b>Parto instrumental (1735)</b> (Fórceps/Vácuo-extrator)	79(4,5)	36(5,2)	43(4,1)	1,00(0,98;1,03)	1,00(0,97;1,03)
<b>Tipo de parto (2323)</b>					
Cesárea	588(25,3)	209(23,3)	379(26,5)	0,74(0,50;1,09)	0,62(0,41;0,94)
Sala PPP (1733)	283(16,3)	131(19,1)	152(14,5)	1,53(0,81;2,90)	1,71(0,89;3,28)
Contato pele a pele	913(39,6)	505(56,5)	408(28,9)	2,07*(1,58;2,71)	2,10*(1,59;2,78)

## DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram que as recomendações da OMS para a assistência ao parto normal não estão sendo seguidas e que a maioria das mulheres atendidas nas instituições de saúde da região Sul do Brasil não estão tendo acesso às boas práticas amparadas pelas evidências científicas. Foram identificadas elevadas ocorrências de práticas prejudiciais e ineficazes e que deveriam ser eliminadas, como o uso rotineiro de enema, tricotomia, de práticas em relações às quais ainda não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara, como amniotomia precoce de rotina e manobra de Kristeller, bem como de práticas que frequentemente são utilizadas de modo inadequado, durante o trabalho de parto e parto, como restrição hídrica e alimentar. Estes resultados corroboram achados de outros estudos apontando para o abuso da tecnologia médica no parto no Brasil (MISAGO, et al., 2001; D'ORSI et al., 2005). Além disso, as boas práticas, que deveriam ser estimuladas, ocorreram para a minoria das parturientes, como a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, a utilização de salas PPPs e o contato pele a pele entre a mãe e o bebê.

Apesar do oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto ser uma prática demonstradamente útil, devendo ser estimulada (OMS, 1996), e das evidências científicas que apontam que não há justificativa para a restrição alimentar durante o trabalho de parto nas mulheres com baixo risco gestacional (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2010), a oferta ocorreu para uma minoria das mulheres estudadas. Estes dados demonstram que as parturientes não estão tendo direito de se alimentarem durante o trabalho de parto. Isso porque os profissionais de saúde são resistentes a essa prática, embora na revisão sistemática que analisou os ensaios clínicos não foram observadas diferenças na taxa de cesárea, parto instrumental, Apgar baixo, duração do trabalho de parto, náuseas, vômitos, cetose, analgesia, uso de ocitocina e admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e nenhum caso de Síndrome de Mendelsson (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2010), que parece ser a principal justificativa para a proibição da ingestão de líquidos e/ou alimentos durante o trabalho de parto. Além disso, sabe-se que o trabalho de parto geralmente exige enormes quantidades de energia e, após algumas horas, o jejum pode provocar efeitos deletérios, como desidratação e cetose, hipoglicemia materna e comprometimento do bem-estar fetal (AMORIM, 2012).

Muitas instituições de saúde que prescrevem dieta zero para a parturiente, utilizam infusão intravenosa de glicose de forma rotineira para prevenir os efeitos deletérios da hipoglicemia. Contudo, sabe-se que o aumento nos níveis médios de glicemia pode estar acompanhado por um aumento nos níveis maternos de insulina, resultando num aumento de níveis plasmáticos de glicose no bebê e diminuição do PH do sangue da artéria umbilical. A administração de mais de 25 gramas de glicose por via intravenosa para a mãe durante o trabalho de parto, pode provocar diversos danos ao recém-nascido. Destaca-se ainda que esses eventos são muito mais frequentes que o risco, sem evidências, de aspiração do conteúdo gástrico na anestesia geral (BRASIL, 1996; AMORIM, 2012).

A infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto é uma prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada, sendo considerada uma das limitações para a movimentação da parturiente durante o primeiro estágio do trabalho de parto (OMS, 1996). Outras práticas prejudiciais e ineficazes identificadas neste estudo foram a tricotomia e o enema, que deveriam ser desencorajadas e eliminadas por não demonstrarem um efeito benéfico significativo sobre as taxas de infecção e/ou deiscência da ferida perineal ou outras infecções neonatais (BASEVI, LAVENDER, 2000; REVEIZ, GAITÁN, CUERVO, 2007).

A manobra de Kristeller (pressão no fundo uterino no período expulsivo) foi utilizada em 32,7% das mulheres, apesar da inexistência de evidências suficientes que apoiem a sua recomendação. Estes resultados vão ao encontro de um estudo que avaliou a qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro, onde a manobra de Kristeller foi amplamente utilizada (46,1% das maternidades públicas e 53,6% nas maternidades conveniadas) (D'ORSI et al., 2005). Além de proporcionar maior desconforto materno, essa manobra traz efeitos deletérios para o útero, o períneo e o feto (OMS, 1996).

Apesar dos resultados da revisão sistemática sobre as posições maternas e a mobilidade durante o primeiro estágio do trabalho de parto sugerir que as mulheres que deambulam e assumem posições verticais durante o trabalho de parto são menos propensas a receber analgesia peridural e têm a primeira etapa do trabalho de parto mais curta (LAWRENCE et al., 2009), pouco mais da metade das mulheres avaliadas neste estudo deambulou durante o trabalho de parto e pouquíssimas realizaram o parto em posição verticalizada. Considerando que, na posição supina, o peso do útero gravídico sobre os vasos sanguíneos abdominais pode diminuir as contrações, o progresso da

dilatação cervical e a descida do feto, todo profissional de saúde deveria estimular as gestantes a se movimentar e a adotar posições que considere confortáveis para ela, pois não existe evidência que justifique a permanência das mulheres em posição supina durante o trabalho de parto (ANS, 2008). Além dos benefícios da deambulação durante o trabalho de parto e da posição materna verticalizada durante o período expulsivo, como redução do uso de ocitocina e de analgesia, redução da necessidade de cateterização vesical na hora do parto, redução do tempo de trabalho de parto, melhor ação uterina, menor taxa de episiotomia, menor duração do período expulsivo, maior prevalência de parto vaginal, menor ocorrência de alterações nos batimentos cardíofetais e melhores índices de Apgar no 1º e 5º minutos de vida (FLYNN et al.; 1978; KARRAZ, 2003; FRENEA et al., 2004; GUPTA; HOFMEYER; SMYTH, 2007), um estudo demonstrou que a ausência de deambulação foi um dos três fatores de risco identificados para cesariana devido à distócia (NAGEOTTE et al., 1997).

Apesar de o parto ser um evento fisiológico, muitas intervenções como a amniotomia precoce e a infusão rotineira de ocitocina vêm sendo realizadas para prevenir o trabalho de parto prolongado (OMS, 1996). Neste estudo, quase metade das mulheres receberam, pelo menos, uma das duas intervenções, mesmo não havendo evidências suficientes disponíveis que garantam benefícios para o manejo ativo do trabalho de parto.

Além dos riscos associados ao uso liberal da correção da dinâmica com ocitocina durante o trabalho de parto, incluindo exaustão materna, hiperestimulação do útero, ruptura do útero ou da placenta, sofrimento fetal, mais desconforto e inconveniência para a parturiente que o trabalho de parto espontâneo, maiores taxas de parto cirúrgico, retenção de água e hiponatremia, entre outros (LOVOLD; STANTON, 2008), há indícios de que a ocitocina, por ser administrada por via endovenosa contínua, também limita a liberdade de movimentação da mulher (HEMMINKI et al., 1985) o que, como já comentado anteriormente, pode influenciar negativamente no mecanismo do parto.

Com relação à amniotomia precoce, revisão da Cochrane que analisou um total de 4839 mulheres (SMYTH; ALLDRED; MARKHAM, 2008), concluiu que o uso rotineiro deste procedimento não deve ser recomendado na assistência no manejo do trabalho de parto, devendo ser uma decisão discutida com as mulheres antes da sua realização.

A elevada prevalência de episiotomia nos partos da América Latina, comparado à prevalência reduzida em alguns países da Europa,

que são considerados como tendo uma atenção obstétrica de qualidade (CARROLI; MIGNINI, 2009), também foi encontrada neste estudo, onde mais da metade das mulheres relataram a ocorrência de episiotomia. A pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher (PNDS 2006) revelou o uso rotineiro desta prática e a predominância de um modelo extremamente intervencionista na condução do parto normal, demonstrando alta frequência da realização da episiotomia no Brasil (71,6%) e regiões, sendo 78,5% na Região Sul (LAGO; LIMA, 2009). A prevalência deste procedimento na amostra estudada foi mais elevada que em uma pesquisa realizada na Inglaterra, com 10.000 mulheres, que encontrou uma taxa de 25% para as mulheres que realizaram parto vaginal (REDSHAW; HEIKKILA, 2010). Cabe destacar que a OMS considera a percentagem de episiotomias de 10% como uma boa meta a ser adotada (OMS, 1996).

A episiotomia caracteriza-se essencialmente como uma laceração de segundo grau, capaz de romper diversos grupamentos musculares (AMORIM, 2012). Estudo publicado em 2012 (STEINER, et al., 2012) demonstrou que, mesmo em condições obstétricas adversas, a taxa de lacerações de terceiro e quarto grau aumenta quando se realiza episiotomia. Os achados da revisão sistemática sobre o uso de episiotomia para o parto vaginal apontaram que o uso restrito de episiotomia parece oferecer uma série de benefícios em comparação com o seu uso de forma rotineira, como menor ocorrência de trauma perineal grave, menores índices de sutura e menos complicações nos primeiros sete dias de recuperação pós-parto.

Chama atenção que a minoria das mulheres estudadas usou métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor. Diversos ensaios clínicos apresentam a eficácia de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto/parto, incluindo a imersão em água durante o primeiro estágio do trabalho de parto (CLUETT; BURNS, 2011); uso de terapias complementares (SMITH et al., 2006); acupuntura ou acupressão (SMITH et al., 2011); massagem (SMITH et al., 2012) e técnicas de relaxamento (SMITH et al., 2011). Os resultados encontrados diferem de outros estudos, embora com amostras menores, realizados (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2008; BRUGGEMANN et al., 2011; GAYESKI, 2009) em hospitais vinculados ao SUS em municípios da Região Sul do Brasil, nos quais as mulheres tiveram mais acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, o que demonstra que ainda são experiências pontuais e que dependem da filosofia assistencial.

A permanência da parturiente na mesma sala durante o trabalho

de parto e parto e o contato pele a pele com o bebê ainda na sala de parto, que além de serem boas práticas, são considerados aspectos da humanização, ocorreram em menos da metade das parturientes. A sala PPP é um ambiente no qual podem ocorrer o trabalho de parto, parto e pós-parto, evitando a transferência da parturiente de uma sala para a outra e proporcionando bem-estar e segurança ao criar um ambiente familiar e diferenciado de uma sala cirúrgica. Por serem individuais, garantem privacidade e permitem a presença de familiares ou outras pessoas que ofereçam suporte durante todo o processo (SANTOS; BURSZTYN, 2004).

Com relação ao contato precoce pele a pele da mãe com o seu recém-nascido, sabe-se que proporciona benefícios imediatos e a longo prazo. Esta prática, melhora a efetividade da primeira mamada e reduz o tempo de obtenção de sucção efetiva, regula/mantém a temperatura corporal do bebê e melhora a estabilidade respiratória nos casos de prematuridade; para a mãe, proporciona o afeto e vínculo com o seu bebê e diminui a dor causada pelo ingurgitamento mamário. Em um estudo, as crianças que foram separadas de suas mães logo após o parto ficavam significativamente mais desreguladas e irritadas ( $p=0,010$ ) e eram menos recíprocas à interação com suas mães 2 horas após o nascimento ( $p=0,003$ ), quando comparadas com as crianças que estavam em contato direto com as mães (BYSTROVA et al., 2009). Ressalta-se também que a longo prazo, há uma associação positiva entre índices de aleitamento materno nos primeiros quatro meses pós-parto e maior duração do período de amamentação (BRASIL, 2011b; MOORE et al., 2012).

A maioria dos achados aqui apresentados assemelha-se aos resultados de um estudo que identificou a utilização de práticas consideradas prejudiciais no parto normal em um Hospital Universitário do sul do Brasil, a partir do relato dos trabalhadores de saúde do local (CARVALHO, et al, 2010).

Os resultados desta pesquisa retratam o contexto assistencial da Região Sul brasileira, demonstrando que a maioria das mulheres não têm acesso às boas práticas na assistência ao parto e nascimento. Entretanto, a associação apresentada entre a presença do acompanhante e a implementação das boas práticas e redução de práticas danosas reafirma a importância do acompanhante de livre escolha da mulher durante o processo parturitivo. Estudo que avaliou a qualidade da atenção durante o trabalho de parto de acordo com normas da OMS em maternidades do Rio de Janeiro, demonstrou que a maioria das mulheres deseja ter um acompanhante durante o pré-parto e parto, caracterizando-

se como uma das medidas para a humanização do nascimento (D'ORSI et al, 2005).

Considerando que nas maternidades brasileiras, em geral, a estrutura organizacional e as rotinas estabelecidas não possibilitam que a mulher tenha uma assistência individualizada, os achados deste estudo sugerem que o acompanhante proporciona o apoio necessário para que a parturiente adote uma postura ativa, fazendo com que ela não permaneça no leito, estimulando-a a deambulação durante o trabalho de parto e usar MNFs, como o banho de chuveiro e o uso da bola suíça.

Estudos com abordagem qualitativa também apontam os benefícios proporcionados pela presença do acompanhante, destacando que as mulheres percebem que o acompanhante, mesmo permanecendo em silêncio, pode oferecer o apoio emocional necessário, fornecendo segurança através de palavras e gestos de carinho e conforto (PERDOMINI, 2010; MOTTA, CREPALDI, 2005; BRUGGEMANN et al., 2011). Há relatos de que o apoio, associado a boas práticas como o banho e a movimentação, torna-se um fator capaz de reduzir a dor e o tempo de trabalho de parto (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011).

Destaca-se também que o acompanhante, no trabalho de parto, pode contribuir para que a mulher seja assistida de forma mais adequada, pois a sua presença está associada com a redução de intervenções danosas, como a realização de enema e tricotomia e a prescrição de dieta zero, além de favorecer a evolução espontânea do trabalho de parto, impedindo o desencadeamento de uma cascata de intervenções. Durante o parto, o acompanhante favoreceu a ocorrência da posição vertical e o contato pele a pele entre a mãe e o bebê, além de reduzir o uso da manobra de Kristeller. Estes resultados sugerem que o acompanhante protege a mulher de práticas danosas e agressivas e assemelha-se à outros estudos em que o acompanhante foi visto como um dos aspectos da humanização do parto, capaz de levar os profissionais de saúde a repensar o significado do nascimento e a mostrar uma atitude mais humana e menos rotineira, além de gerar sentimentos positivos na parturiente, tornando-as mais seguras e colaborativas (TORNQUIST, 2003; BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

Apesar de não ser encontrado significância estatística entre a associação da presença do acompanhante com a realização de cesarianas, sabe-se que as mulheres que realizam o parto em instituições cobertas pela saúde suplementar geralmente possuem uma estreita relação com o profissional e, ao realizar o pré-natal e parto com o mesmo profissional, a presença do acompanhante pode estar sendo

permitida apenas nas instituições de saúde que não são cobertas pelo SUS. Em um estudo que encontrou efeito de mediação das variáveis socioeconômicas no aparente efeito (bruto) de maior número de consultas pré-natal e ocorrência de cesarianas, os autores levantam a hipótese de que o efeito de um maior número de consultas estaria mediado por aumento na familiarização da gestante com o obstetra e maior poder de negociação para cesariana entre as mulheres socioeconomicamente mais privilegiadas (FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008). No entanto, para as mulheres assistidas pelos SUS, a permanência do acompanhante na sala de parto vaginal e de cesariana não é permitida na mesma proporção que nos outros locais do serviço obstétrico, conforme apontado em estudo realizado em Santa Catarina (BRUGGEMANN et al, 2013).

## CONCLUSÃO

Este estudo, além de descrever a implementação das boas práticas na atenção ao parto nas instituições de saúde da Região Sul do Brasil, possibilitou demonstrar a associação existente entre a presença do acompanhante e a utilização de algumas práticas recomendadas, como o oferecimento de líquidos por via oral, o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e o contato cutâneo direto precoce entre a mãe e o filho logo após o nascimento.

Cabe destacar que por ser um estudo transversal, apenas estimou a associação da presença do acompanhante com as boas práticas na assistência ao parto, mas não é capaz de demonstrar causalidade. Assim, é necessário considerar que, em algumas instituições, a associação existente pode ser decorrente do próprio modelo assistencial, ao permitir a presença do acompanhante e já ter implementado boas práticas na assistência ao parto.

Evidenciou-se, a partir dos relatos das mulheres e das informações obtidas nos prontuários, que as boas práticas na atenção ao parto e nascimento, recomendadas pela OMS e balizadas pelas evidências científicas, não estão sendo oportunizadas para a maioria das mulheres atendidas na Região Sul do Brasil, enquanto práticas claramente prejudiciais continuam sendo realizadas. Nesse contexto, o apoio contínuo proporcionado pelo acompanhante durante o trabalho de parto e parto, além de oferecer o apoio essencial à parturiente, demonstrou-se capaz de reduzir algumas intervenções desnecessárias e favorecer a implementação das boas práticas na atenção ao parto,

caracterizando-se como fator protetor para a parturiente ao reduzir a ocorrência de intervenções e práticas danosas e agressivas em um momento em que a mulher e o recém-nascido encontram-se extremamente vulneráveis às rotinas hospitalares e às decisões dos profissionais.

Cabe destacar que a presença do acompanhante de livre escolha da mulher é uma tecnologia de baixo custo e um dos aspectos da humanização do nascimento, sendo um direito que já deveria ser garantido para todas as mulheres desde 2005. Diante deste cenário, é imprescindível que os currículos dos cursos que formam profissionais para a assistência ao parto normal, em especial os cursos de Medicina, Enfermagem e Obstetizes, incluam e valorizem as evidências científicas acerca das boas práticas na assistência ao parto e nascimento.

O acompanhante de escolha da mulher é um dos aspectos da humanização, mas é necessário que ocorram mudanças no modelo assistencial brasileiro e que os profissionais de saúde revejam os protocolos assistenciais e eliminem de sua rotina condutas prejudiciais e que não possuem evidências científicas que as ampare, para que se alcancem bons indicadores e uma assistência voltada para as necessidades da parturiente e do recém-nascido. É necessário crer que o nascimento é um processo fisiológico e familiar, que o corpo da mulher é dotado do poder de parir, enquanto o bebê é dotado do poder de nascer, e que o maior desafio do profissional de saúde é ajudar esse processo sem intervir desnecessariamente.

Além disso, para que a presença do acompanhante seja um aspecto facilitador da implementação das boas práticas, é fundamental que ocorra a fiscalização dos órgãos responsáveis nas instituições de saúde da Região Sul do Brasil, sejam elas do SUS ou da saúde suplementar, afim de garantir este direito. Por outro lado, as mulheres devem ser estimuladas, através de meios eletrônicos e grupos organizados, como movimentos de mulheres, grupos de gestantes e grupos de apoio ao parto ativo e consciente, a lutar pelos seus direitos e pela garantia de uma assistência digna e humanizada, que resgate o protagonismo feminino e vislumbre o parto como um evento fisiológico e familiar.

## REFERÊNCIAS

BASEVI, V; LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labour. **Cochrane Database Syst. Rev.**, v. 4, 2000.

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2011.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília (DF): DOU, 08 de abril de 2005.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS, 2008a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Rede cegonha. 2011c. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082)> Acesso em: 17 Jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Informação da Atenção Básica.** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04A01&item=1>. Acesso em: 15/03/2012.

\_\_\_\_\_. ANVISA. Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: DOU, Seç. 1, n. 5, p. 50. De 4 jun 2008b. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608\\_1\\_rdc36.pdf](http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1_rdc36.pdf)>. Acesso em: 16 jan 2013.

BRÜGGEMANN, O. M.; *et al.* Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: atores associados à satisfação das mulheres usuárias. **Texto Contexto Enferm.** [online], v. 20, n. 4, p. 658-68, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/03.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2012.

\_\_\_\_\_. OSIS, M. J. D; PARPINELLI, M. A. Apoio no Nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela Mulher. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 41, n. 1, p. 44-52, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/5409.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2011.

\_\_\_\_\_. PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidence on Support During Labor and delivery: a literature review. **Cad. Saúde Pública.** v. 21, n. 5, p. 1316-27, 2005.

\_\_\_\_\_; *et al.* A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. **Esc. Anna Nery.** 2013. [No prelo].

BYSTROVA, K.; *et al.* Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. **Birth**, v. 36, n. 2, p. 97-109, 2009.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 1, n. 1, 2009.

CARVALHO, V. F.; *et al.* Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. **Rev. Rene**, v. 11, n. especial, p. 92-8, 2010.

CENTRO COCHRANE DO BRASIL. 2013. Disponível em: <[http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=13](http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=13)>. Acesso em: 07 fev. 2013.

CLUETT, E. R.; BURNS, E. Immersion in water in labour and birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2011, Issue 2. Art. No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111. pub3.

D'ORSI, E.; *et al.* Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública.** v. 39, n. 4, p. 645-54, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n4/25539.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2011.

DAVIM, R. M. B.; *et al.* Banho de Chuveiro Como Estratégia Não Farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10,

n. 3, p. 600-9, 2008. Disponível em:

<[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n3/pdf/v10n3a06.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a06.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2011.

DESLANDES, S. F. Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas. In: MARCOS A. B. **Humanização da Assistência ao Parto no Serviço Público: reflexões sobre os desafios**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 351p.

FREITAS, C. V.; FERNANDES, L. D. S.; VAZ, M. J. R. Percepção do acompanhante frente ao parto humanizado. *Rev. Saúde Coletiva*, v. 4, n. 14, p. 46-50, 2007.

FREITAS, P. F.; SAKAE, T. M.; JACOMINO, M. E. M. L. P. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24(5):1051-1061.2008

GAYESKI, M. E. **Aplicação de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto. 2009**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2009.

GUPTA, J. K.; HOFMEYER, G. J.; SMYTH, R. Position on the Second Stage of Labor for Women Without Epidural Anaesthesia (Cochrane Review). *Cochrane Library*. 4. Ed. Oxford: Update Software, 2007.

HODNETT, E. D.; et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, 2011. Disponível em:

<[http://www.childbirthconnection.org/pdfs/continuous\\_support.pdf](http://www.childbirthconnection.org/pdfs/continuous_support.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2011.

LAGO, T. D. G; LIMA, L. P. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 152-70.

LAWRENCE, A.; et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, 2009.

LOVOLD, A.; STANTON, C. **Use of oxytoin and misoprostol for induction or augmentation of labor in low – resource settings: a**

working paper review for the POPPHI project, PATH. Washington DC: Department of Population, Family and Reproductive Health, 2008.

MISAGO, C.; et al. From 'culture of dehumanization of childbirth' to 'childbirth as a transformative experience': changes in five municipalities in north-east Brazil. *Int J Gynaecol Obstet.*, v.75, Suppl 1, p. 67-72, 2001

MOORE, E. R.; et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 5. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3., 2012.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de Atenção ao Parto e os Desafios para Humanização do Cuidado em Dois Hospitais Vinculados ao Sistema Único de Saúde em Município da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 8, p.1859-68, Ago. 2008.

NASSIF, A. A. **O Acompanhante na Maternidade: concepções dos profissionais de saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis /SC, 2009.

OLIVEIRA, M. I. C.; et al. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999 - 2001. *Rev. Saúde Pública*. v. 42, n. 5, p. 895-902, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6234.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2011.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Saúde materna e neonatal/ Unidade de maternidade segura. Genebra: OMS; 1996.

RAMNERO, A.; HANSON, U.; KIHLENGREN, M. Acupuncture treatment during labour - a randomised controlled trial. *BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology*, v. 109, n. 6, p. 637-44, 2002.

REDSHAW, M.; HEIKKILA, K. Delivered with care: a national survey of women's experience of maternity care 2010. University of Oxford, 2010.

REIVEZ, L.; GAITÁN, H. G.; UERVO, L. G. Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 4, 2007.

SANTOS, M.; BURSZTYN, I. **Saúde e arquitetura**: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares. Rio de Janeiro: Ed. Senac Rio,

2004.

SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções no Parto de Mulheres Atendidas em um Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar. **REME Rev. Min. Enferm.** v. 10, n. 3, p. 240-6, jul. /set. 2006.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub2.

SMITH C. A.; et al. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012, Issue 2. Art. No.: CD009290. DOI: 10.1002/14651858.CD009290.pub2.

SMITH, C. A.; COLLINS, C. T. CROWTHER, C. A.; Relaxation techniques for pain management in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2011, Issue 12. Art. No.: CD009514. DOI: 10.1002/14651858.CD009514.

SMITH, C. A.; *et al.* Acupuncture or acupressure for pain management in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2011, Issue 7. Art. No.: CD00.9232. DOI: 10.1002/14651858.CD009232.

SMITH, R. M. D.; ALLDRED, S. K.; MARKHAM, C. Amniotomy for Shortening spontaneous labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2008. Issue 4. Art. No.: CD006167. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub2.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, Sup. 2, p. 419-27, 2003.

WHO (World Health Organization. **WHO reproductive health library**: report of an intercountry workshop Hat Yai, Songkhla, Thailand, 27-29 August 2003. New Delhi: WHO, May 2004. Disponível em: [http://209.61.208.233/LinkFiles/Meetings\\_HLT-48.pdf](http://209.61.208.233/LinkFiles/Meetings_HLT-48.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2011.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, cabe destacar a relevância do macroprojeto “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento” pois, considerando o extremo rigor metodológico da pesquisa e o fato de ser representativo por região do Brasil, permitirá a divulgação de indicadores inéditos na Região Sul. A oportunidade que eu tive em participar de todo o processo de formação e treinamento da equipe da Região Sul, conhecendo os formulários, os instrutivos, as técnicas para coleta e análise dos dados e, inclusive, de todo o treinamento oferecido para os entrevistadores de Santa Catarina, facilitou minha imersão no banco de dados. Devido à riqueza dos dados coletados, foi um desafio selecionar as melhores variáveis que iriam ao encontro dos objetivos propostos.

A partir dos principais resultados apresentados pelo presente estudo é possível inferir que, embora existam boas experiências relacionadas à presença do acompanhante durante a assistência ao parto em algumas instituições de saúde, a maioria das instituições brasileiras não cumpre o preconizado pela Lei do acompanhante e não adota as diretrizes da RDC nº 36. O direito ao acompanhante em todos os períodos do trabalho de parto já deveria ter sido instituído para todas as mulheres, sendo necessário a fiscalização dos órgãos responsáveis para que este direito seja garantido em todas as instituições da Região Sul do Brasil, sejam elas do SUS ou da saúde suplementar.

No primeiro artigo deste estudo, chama atenção que os fatores socioeconômicos estão sendo determinantes para a garantia deste direito às parturientes, sendo necessário investir em estratégias e políticas públicas que promovam a conscientização dos profissionais e uma ampla divulgação. Durante muito tempo nós, profissionais de saúde, aprendemos que sabemos o melhor para a mulher, separando-a das pessoas em quem confia e argumentando que era para o seu próprio bem. Agora, é necessário reaprender e reorganizar o modelo assistencial, visto que estes argumentos não se sustentam pelas evidências científicas atuais e, na verdade, deixar a mulher sozinha em um momento tão especial da sua vida, em que ela e seu bebê encontram-se extremamente vulneráveis, é uma prática prejudicial e inaceitável. Desta forma, os ambientes proporcionados nas Unidades Locais de Saúde durante o pré-

natal, os cursos de preparação para a maternidade, os grupos de apoio e tantas outras oportunidades devem ser cenários utilizados pelos profissionais para divulgar os benefícios proporcionados pela presença do acompanhante e para empoderar as mulheres na luta pelo seu direito.

Ressalta-se que o apoio contínuo por acompanhante de livre escolha da mulher é uma tecnologia de baixo custo e um dos aspectos da humanização do nascimento, capaz de reduzir as intervenções médicas desnecessárias e de oferecer o suporte emocional à parturiente. Os resultados apresentados no segundo artigo deste estudo demonstram que a permanência do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, além de oferecer o apoio essencial à parturiente, esteve associada à redução de algumas intervenções desnecessárias e, possivelmente, favoreceu a implementação das boas práticas na atenção ao parto, caracterizando-se como fator protetor para a parturiente. Assim, a presença do acompanhante esteve associada com o oferecimento de líquidos por via oral e o atendimento da solicitação da mulher com relação à sua nutrição no trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e o contato cutâneo direto precoce entre a mãe e o filho logo após o nascimento.

Evidenciou-se, a partir dos relatos das mulheres e das informações obtidas nos prontuários, que as boas práticas na atenção ao parto e nascimento, recomendadas pela OMS e balizadas pelas evidências científicas, não estão sendo oportunizadas para a maioria das mulheres atendidas na Região Sul do Brasil, enquanto práticas claramente prejudiciais continuam sendo realizadas. A manutenção de rotina de procedimentos, na maioria das vezes dolorosos e sem indicação clínica, caracteriza-se como violação dos direitos humanos. Entretanto,

Diante deste cenário, é imprescindível que os currículos dos cursos que formam profissionais para a assistência ao parto normal, em especial os cursos de Medicina, Enfermagem e Obstetrias, incluam e valorizem as evidências científicas acerca das boas práticas na assistência ao parto e nascimento. Além disso, os profissionais de saúde precisam rever os protocolos assistenciais e eliminar condutas prejudiciais e que não possuam evidências científicas que as ampare. Também é necessário mudar a visão sobre o nascimento e acreditar que este é um processo fisiológico e familiar, que o corpo da mulher é dotado do poder de parir, enquanto o bebê é dotado do poder de nascer, e que o maior desafio do profissional de saúde é ajudar esse processo sem intervir desnecessariamente.

Além disso, para que a presença do acompanhante seja um

aspecto facilitador da implementação das boas práticas, é fundamental que ocorra a fiscalização dos órgãos responsáveis nas instituições de saúde da Região Sul do Brasil, sejam elas do SUS ou da saúde suplementar, afim de garantir este direito.

A Lei do acompanhante, as políticas públicas e as ações realizadas até então, têm provocado mudanças na prática assistencial, mas ainda há um longo caminho a ser percorrido para que este seja um direito de todas as brasileiras, independente de idade, cor, escolaridade ou qualquer outro fator que possa impedir uma mulher de receber o suporte necessário por uma pessoa em quem confie.

Importante destacar que a maioria das variáveis analisadas por este estudo foram selecionadas do questionário de entrevista com a puérpera, sendo autorreferidas e, portanto, susceptíveis a viés de compreensão. Outra limitação está relacionada ao desenho do estudo, ou seja, por ser um estudo transversal, apenas estimou a associação da presença do acompanhante com as boas práticas na assistência ao parto, mas não é capaz de demonstrar causalidade. Assim, é necessário considerar que, em algumas instituições, a associação existente pode ser decorrente do próprio modelo assistencial, ao permitir a presença do acompanhante e já ter implementado boas práticas na assistência ao parto. Considerando o contexto brasileiro, no qual espera-se que o acompanhante de escolha da mulher seja o provedor de apoio e que, até então, apenas um ECR avaliou essa prática no Brasil, sugere-se outros estudos de intervenção para identificar os benefícios advindos desse tipo de apoio.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, M. Assistência ao parto baseada em evidências. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/09/assistencia-ao-parto-baseada-em.html>>. Acesso em: 8 dez. 2012.

AMORIM, M; DUARTE, A. C. Indicações reais e fictícias de cesárea. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

ARGENTINE EPISIOTOMY TRIAL COLLABORATIVE GROUP. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. **Lancet**, v. 42, p. 1517–8, 1993.

BASEVI, V; LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labour. **Cochrane Database Syst. Rev.**, v. 4, 2000.

BLOOM, S. L.; et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. *N. Engl. J. Med.*, v. 339, n. 2, p. 76-9, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.816, de 29 de maio de 1998. Brasília: **DOU**, nº 103, 2 jun. 1998.

\_\_\_\_\_. Sistema de Informação da Atenção Básica. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04A01&item=1>. Acesso em: 15/03/2012.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: **DOU**, 16 jul. 1990; seção 1, n 013563.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008a.

\_\_\_\_\_. Resolução Normativa - RN Nº 262, de 1 de agosto de 2011. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010. Brasília: **DOU**, de 02 Agosto de 2011. Seção I, Pág. 24.

\_\_\_\_\_. ANVISA. Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008.

Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: **DOU**, Seç. 1, n. 5, p. 50. De 4 jun 2008b. Disponível em:

<[http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608\\_1\\_rdc36.pdf](http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1_rdc36.pdf)>.

Acesso em: 16 jan 2013.

BRASIL. Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. **DOU**. 2008, Jun 04. Seção 1, p. 50-3.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei da Câmara, Nº 21, de 04 de abril de 2012. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, obrigando os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante. Disponível em

<[http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p\\_cod\\_mate=104872](http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=104872)> Acesso em 10 Jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Rede Nacional pela Humanização do Parto. 1983.

Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/evidencias.html>>.

Acesso em 19 mai. 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2883/GM, de 04 de junho de 1998. Institui o prêmio Galba de Araújo. Brasília: **DOU**, Seção I, p. 24, de 05 de junho de 1998. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2883.htm>>.

Acesso em 05 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. **Parto, aborto e puerpério:** Assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:

<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>.

Acesso em: 19 mai. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto:** humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Plano de ação para o período 2004 a 2007.** Brasília: [DAPE], 2003.

\_\_\_\_\_. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília (DF): DOU, 08 de abril de 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Além da Sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Rede cegonha. 2011c. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082)> Acesso em: 17 Jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRÜGGEMANN, O. M.; *et al.* A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. **Esc. Anna Nery**. 2013. [No prelo].

\_\_\_\_\_. Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: atores associados à satisfação das mulheres usuárias. **Texto Contexto Enferm.** [online], v. 20, n. 4, p. 658-68, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/03.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2012.

\_\_\_\_\_. SUPPORT to Woman by a Companion of Her Choice During Childbirth: a randomized controlled trial. **Reprod. Health**, v. 4, n. 5, 2007.

\_\_\_\_\_. OSIS, M. J. D; PARPINELLI, M. A. Apoio no Nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela Mulher. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 41, n. 1, p. 44-52, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/5409.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2011.

\_\_\_\_\_. PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidence on Support During Labor and delivery: a literature review. **Cad. Saúde Pública**. v. 21, n. 5, p. 1316-27, 2005.

BYSTROVA, K.; *et al.* Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. **Birth**, v. 36, n. 2, p. 97-109, 2009.

CAMPBELL, D.; *et al.* A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. **JOGN Nurs.**, v. 35, n. 4, p. 456-64, 2006.

CARVALHO, M. L. M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivação dos casais. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, Supl. 2, p. 355-62, 2003.

CARVALHO, V. F.; *et al.* Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. **Rev. Rene**, v. 11, n. especial, p. 92-8, 2010.

CARFOOT, S.; WILLIAMSON, P.; DICKSON, R. A randomized controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. **Midwifery**, v. 21, n. 1, p. 71-9, 2005.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 1, n. 1, 2009.

CASTRO, D.; PINHEIRO, C. E. Utilização do fórceps obstétrico no Brasil e na Região Sul. **Rev. AMRIGS**, v. 47, n. 2, p. 96-100, abr.-jun. 2003.

CECATTI, J. G.; CALDERÓN, I. M. P. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 6, p. 357-65, 2005.

CENTRO COCHRANE DO BRASIL. 2013. Disponível em: <[http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=13](http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=13)>. Acesso em: 07 fev. 2013.

CHANG M.Y.; WANG S. Y.; CHEN C. H. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. **J. Adv. Nurs.**, v. 38, n. 1, p. 68-73, 2002.

CLUETT, E. R.; BURNS, E. Immersion in water in labour and birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2011, Issue 2. Art. No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111. pub3.

- COCHRANE COLLABORATION. 2011. Disponível em: <<http://www.centrocochranedobrasil.org/>> Acesso em: 10 Jun. 2011.
- D'ORSI, E.; *et al.* Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública.** v. 39, n. 4, p. 645-54, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n4/25539.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2011.
- DANNECKER, C.; *et al.* Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.*, v. 83, n. 4, p. 364-8, 2004.
- DARE, M. R.; *et al.* Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). **Cochrane Database Syst Rev.** 2006;1:CD005302.
- DATASUS (Departamento de Informática do SUS). Informações em Saúde. 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>> Acesso em: 10 Jun. 2012.
- DAVIM, R. M. B.; *et al.* Banho de Chuveiro Como Estratégia Não Farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 3, p. 600-9, 2008. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n3/pdf/v10n3a06.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a06.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2011.
- DESLANDES, S. F. Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas. In: MARCOS A. B. **Humanização da Assistência ao Parto no Serviço Público: reflexões sobre os desafios.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 351p.
- DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública.** v. 22, n. 12, p. 2647-55, Dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/13.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2011.
- DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na Implantação de uma Política de Humanização da Assistência Hospitalar ao Parto. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Dossiê de Humanização do Parto/Rede Nacional Feminista de Saúde,** Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo, p. 8,

2002.

\_\_\_\_\_. Humanização da Assistência ao Parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DINIZ, C. S. G. Assistência ao Parto e Relações de Gênero: elementos para uma releitura médico-social. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo, 1997.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.** v. 19, n. 2, p. 313-26, 2009.

DINIZ, S. G.; CHACAM, A. “The Cute above” and “The Cut Below”: the abuse of cesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. **Reprod. Health Matters.** v. 12, n. 23, p. 100-10, 2004.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M. S.; LEAL, M. C.; Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública.** v. 20, Supl. 1, p. S52-S62, 2004.

ECKERT, K.; TURNBULL, D.; MACLENNAN, A. Immersion in water in the first stage of labor: a randomized controlled trial. **Birth**, v. 28, p. 84-93, 2001.

ERIKSSON, M.; MATTSON, L.; LADFORS, L.; Early or late bath during the first stage of labor: a randomised study of 200 women. **Midwifery.** v. 13, p. 146-8, 1997.

EUROPA. Sínteses da Legislações da EU. Quarta conferência das Nações Unidas sobre as mulheres. 1995. Disponível em: <[http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/equality\\_between\\_men\\_and\\_women/c11903\\_pt.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/equality_between_men_and_women/c11903_pt.htm)>. Acesso em: 19 mai. 2011.

FLYNN, A. M., et al. Ambulation in labour. **BMJ**, v. 2, p. 591-3, 1978.

FOGAÇA, V. D.; SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções obstétricas no trabalho de parto em mulheres submetidas á cesareana. **Cogitare Enferm.** v. 12, n. 3, p. 296-305, Jul/Set. 2007.

FREITAS, C. V.; FERNANDES, L. D. S.; VAZ, M. J. R. Percepção do acompanhante frente ao parto humanizado. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 14, p. 46-50, 2007.

FREITAS, P. F.; SAKAE, T. M.; JACOMINO, M. E. M. L. P. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital

- universitário no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24(5):1051-1061.2008
- FRENEA, S.; *et al.* The effects of prolonged ambulation on labor with epidural analgesia. **Anesthesia & Analgesia**, v. 98, n. 1, p. 224-9, 2004.
- FRUTUOSO, L. D. **Percepções do acompanhante acerca da experiência e dos aspectos organizacionais relacionados à sua permanência no centro obstétrico**. 2011. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- GAYESKI, M. E. **Aplicação de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto**. 2009. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2009.
- GUPTA, J. K.; HOFMEYER, G. J.; SMYTH, R. Position on the Second Stage of Labor for Women Without Epidural Anaesthesia (Cochrane Review). Cochrane Library. 4. Ed. Oxford: Update Software, 2007.
- HATEM, M.; *et al.* Midwife-led versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2008.
- HEMMINK, E.; *et al.* Ambulation vs oxytocin in protracted labour: a pilot study. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.** v. 20, p. 199-208, 1985.
- HODNETT, E. D.; *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, 2011. Disponível em:  
<[http://www.childbirthconnection.org/pdfs/continuous\\_support.pdf](http://www.childbirthconnection.org/pdfs/continuous_support.pdf)>.  
Acesso em: 19 mai. 2011.
- HOGA, L. A. K.; PINTO, C. M. S. Assistência ao Parto com a Presença do acompanhante: Experiências de profissionais. **Invest. Educ. Enferm.** v. 25, n. 1, p. 74-81, 2007.
- IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança); UNICEF. Disponível em:  
<[http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9999.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm)>. Acessado em: 18 de novembro de 2012.
- JORNAL DE BRASÍLIA. **Grávidas ficam sem direito a acompanhante no SUS**. 2013. Disponível em:  
<[http://www.jornaldebrasil.com.br/site/impresao.php?id\\_noticia=446](http://www.jornaldebrasil.com.br/site/impresao.php?id_noticia=446)>

228 &acao=OK>. Acesso em 06 fev. 2013.

KARRAZ, M. A. Ambulatory epidural anaesthesia and the duration of labor. **BJOG**, v. 80, p. 117- 22, 2003.

KHADIVZADEH, T.; KARIMI, A. The effects of post-birth mother-infant skin-to-skin contact on first breastfeeding. **JRNM**, v. 14, n. 3, p. 111-6, 2009.

KLEIN, M. C.; *et al.* Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction and pelvic floor relaxation. **Am. J. Obstet. Gynecol.** v. 171, p. 591-81, 1994.

KOMURA HOGA, L. A.; DE SOUZA PINTO, C. M. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: Experiências de profissionais. **Invest. Educ. Enferm**, v. 25, n. 1, Mar. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072007000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 Jan. 2013.

KUBLI, M., *et al.* An evaluation of isotonic “sport drinks” during labor. **Anesth. Analg.**, v. 94, n. 2, p. 404-8, 2002.

LAGO, T. D. G; LIMA, L. P. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 152-70.

LAWRENCE, A.; *et al.* Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, 2009.

LEAL, M. C. **Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento** (projeto). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

LEAL, M. C.; *et al.* Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reprod. Health**. v. 9, n. 15 [8f]. Disponível em: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/15>. Acesso em: 19 mai. 2011.

LEAL, V. S.; *et al.* Factors associated with the decline in stunting among children and adolescents in Pernambuco, Northeastern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 234-41, fev. 2012. doi.org/10.1590/S0034-89102012005000015

LOVOLD, A.; STANTON, C. **Use of oxytoin and misoprostol for**

- induction or augmentation of labor in low – resource settings:** a working paper review for the POPPHI project, PATH. Washington DC: Department of Population, Family and Reproductive Health, 2008.
- LOZANO, R. et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. **Lancet**. v. 378, n. 9797, p. 1139-65, Sept. 2011. doi:10.1016/S0140-6736(11)61337-8
- MADI, B. C.; *et al.* Effects of female relative support in labor: a randomized controlled trial. **Birth**, v. 26, n. 1, p. 4-8, 1999.
- MARTINS, A. P. V. **Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. Coleção História e Saúde.
- MCKAY, S.; MAHAN, C. Modifying the stomach contents of labouring women: Why, how, with what success, and at what risks? How can aspiration of vomitus in obstetrics best be prevented? **Birth**, v. 15, n. 4, p. 213-21, 1988.
- MELO, V. H. *Evolução Histórica da Obstetrícia. A marginalidade social das partearas e da mulher [dissertação]*. UFMG. 1983.
- MISAGO, C.; *et al.* From ‘culture of dehumanization of childbirth’ to ‘childbirth as a transformative experience’: changes in five municipalities in north-east Brazil. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 75, Suppl 1, p. 67-72, 2001
- MOORE, E. R.; *et al.* Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database Syst Rev**, Issue 5. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3., 2012.
- MORHASON-BELLO, I. O.; *et al.* Assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in Ibadan, south-west Nigeria: a randomised controlled trial. **Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 49, n. 2, p. 145-50, 2009.
- MORHASON-BELLO, I. O.; *et al.* Social support during childbirth as a catalyst for early breastfeeding initiation for first-time Nigerian mothers. **Int. Breastfeed. J.**, v. 4, n. 1, p. 16, 2009.
- MOTTA, C. C. L.; CREPALDI, M. A. O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. **Paidéia** (Ribeirão Preto), v. 15, n. 30, p.105-18, 2005.

MOURA, F. M. J. S. P.; *et al.* Perception of parturients about the normal delivery in a maternity. **Rev. Enferm. UFPI**, v. 1, n. 3, p. 194-200, Sep-Dec. 2012.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de Atenção ao Parto e os Desafios para Humanização do Cuidado em Dois Hospitais Vinculados ao Sistema Único de Saúde em Município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p.1859-68, Ago. 2008.

NAGEOTTE, M.; *et al.* A prospective randomized study of intrapartum epidural vs combination intrathecal/epidural anesthesia with or without ambulation. **Am. J. Obstet. Gynecol.** v. 176, n. 1 Pt 2, S221997.

NASSIF, A. A. **O Acompanhante na Maternidade: concepções dos profissionais de saúde.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Univeridade Federal de Santa Catarina, Florianópolis /SC, 2009.

O'SULLIVAN, G.; *et al.* Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. **BMJ**, v. 338, b784, 2009. DOI:10.1136/bmj.b784

OHLSSON, G.; *et al.* Warm tub bathing during labor: maternal and neonatal effects. **Acta. Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 80, p. 311-4, 2001.

OLIVEIRA, M. I. C.; *et al.* Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999 - 2001. **Rev. Saúde Pública.** v. 42, n. 5, p. 895-902, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6234.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2011.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Assistência ao Parto Normal: um guia prático.** Saúde materna e neonatal/Unidade de maternidade segura. Genebra: OMS; 1996.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003. Cap.19, p. 567-86.

PENN, Z. Indications for caesarean section. **Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.** v. 15, n. 1, p. 1-15, 2001.

PERDOMINI, F. R. I. **A participação do pai como acompanhante da mulher no processo de nascimento.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. [manuscrito].

PORFÍRIO, A. B.; PROGANTI, J. M.; SOUZA, D. O. M. As Práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 2, p. 331-6, 2010.

RAMNERO, A.; HANSON, U.; KIHLOGREN, M. Acupuncture treatment during labour - a randomised controlled trial. **BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology**, v. 109, n. 6, p. 637-44, 2002.

RAMOS, F. R. S.; *et al.* The discourse of ethics in nursing education: Experience and reflections of Brazilian teachers – Case study. **Nurse Educ. Today.**, PII: S0260-6917, n. 12, p. 00408-X, 11 Jan 2013. DOI: 10.1016/j.nedt.2012.12.011.

REDSHAW, M.; HEIKKILA, K. **Delivered with care**: a national survey of women's experience of maternity care 2010. University of Oxford, 2010.

REIVEZ, L.; GAITÁN, H. G.; UERVO, L. G. Enemas during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 4, 2007.

RODRIGUEZ, A.; *et al.* Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third or fourth-degree lacerations in nulliparous women. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 198, n. 3, p. 285.e1-285.e4, 2008.

RUSH, J.; *et al.* The effects of whirlpool baths in labor: a randomized controlled trial. **Birth**; v. 23, p. 136-43, 1996.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Instrução Normativa n. 001/2009/SES, de 06 de abril de 2009 (SC). Estabelece diretrizes para os serviços de saúde efetivar a inserção do acompanhante de livre escolha da mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato. Florianópolis: **DOE**, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 12 ago 2009, n. 18.667.

SANTOS, M.; BURSZTYN, I. **Saúde e arquitetura**: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares. Rio de Janeiro: Ed. Senac Rio, 2004.

SCHEEPERS, H. C. J.; *et al.* A double-blind, randomised, placebo controlled study on the influence of carbohydrate solution intake during labour. **BJOG**. v. 109, p. 178-81, 2002.

SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções no Parto de Mulheres Atendidas em um Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar. **REME Rev. Min. Enferm.** v. 10, n. 3, p. 240-6, jul. /set. 2006.

SCRUTTON, M. J.; et al. Eating in labour: a randomised controlled trial assessing the risks and benefits. **Anaesthesia**, v. 54, n. 4, p. 329-34, 1999.

SILVA, L. M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev. Bras. Enferm.** v. 64, n. 1, p. 60-5, 2011.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub2.

SLEEP, J.; et al. West Berkshire perineal management trial. **BMJ**, v. 289, p. 587-90, 1984.

SMITH C. A.; et al. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2012, Issue 2. Art. No.: CD009290. DOI: 10.1002/14651858.CD009290.pub2.

SMITH, C. A.; COLLINS, C. T. CROWTHER, C. A.;. Relaxation techniques for pain management in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2011, Issue 12. Art. No.: CD009514. DOI: 10.1002/14651858.CD009514.

SMITH, C. A.; *et al.* Acupuncture or acupressure for pain management in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2011, Issue 7. Art. No.: CD00.9232. DOI: 10.1002/14651858.CD009232.

SMITH, R. M. D.; ALLDRED, S. K.; MARKHAM, C. Amniotomy for Shortening spontaneous labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2008. Issue 4. Art. No.: CD006167. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub2.

STEINER, N.; *et al.* Episiotomy: the final cut? **Arch. Ginecol. Obstet.** V. 286, n. 6, p. 1369-73, Dez. 2012. doi: 10.1007/s00404-012-2460-x.

TARNOWSK, K. S.; et al. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, Esp., p. 102-8, 2005.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, Sup. 2, p. 419-27, 2003.

TORRES J.; *et al.* Impacto del apoyo emocional durante el parto en la

disminucion de cesareas y gratificacion del proceso. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.**, v. 64, n. 5, p. 405-12, 1999.

TRANMER, J. E.; et al. The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v. 34, n. 3, p. 319-28, 2005.

VAIDYA, K.; SHARMA, A.; DHUNGEL, S. Effect of early mother-baby close contact over the duration of exclusive breastfeeding. *Nepal Med. Coll. J.*, v. 7, p. 138-40, 2005.

VICTORA, C. G.; et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*. v. 377, p. 32-46, May 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4.

VILLALON, H. U.; ALVAREZ, P. C. Short term effects of early skinto- skin contact (kangaroo care) on breastfeeding in healthy full-term newborns [Efecto a corto plazo del contacto precoz piel a piel sobre la lactancia materna en recién nacidos de término sanos]. **Rev. Chil. Pediatr.**, v. 64, n. 2, p. 124-8, 1993.

WHO (World Health Organization). Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva. WHO, 2004. Disponível em: [http://www.who.int/reproductivehealth/publicationiis/2004/skilled\\_attendant.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publicationiis/2004/skilled_attendant.pdf). Acesso em: 19 mai. 2011.

\_\_\_\_\_. WHO reproductive health library: report of an intercountry workshop Hat Yai, Songkhla, Thailand, 27-29 August 2003. New Delhi: WHO, May 2004. Disponível em: [http://209.61.208.233/LinkFiles/Meetings\\_HLT-48.pdf](http://209.61.208.233/LinkFiles/Meetings_HLT-48.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2011.

\_\_\_\_\_. Appropriate technology for birth. **Lancet**. v. 2, n. 8452, p.436-7, 1985.

\_\_\_\_\_; et al. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2010**. Geneva: WHO, 2012.

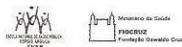
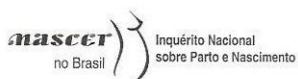
WOODWARD, J.; KELLY, S. M.; A pilot study for a randomized controlled trial of waterbirth versus land birth. **BJOG.**, v. 111, p. 537-45, 2004.

ZHENG, Q. L.; ZHANG, X. M. Analysis of 39 cases of maternal deaths caused by incorrect use of oxytocin. **Zhonghua fu chan ke za zhi**, v. 29, n. 5, p. 276-7, 316-7, 1994.

## **ANEXOS**



## ANEXO A – QUESTIONÁRIO PARA A ENTREVISTA HOSPITALAR



### “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”

Questionário Hospitalar – Puérpera

**2011**

Estado 

- 11 Rondônia
- 14 Roraima
- 16 Amapá
- 12 Acre
- 13 Amazonas
- 15 Pará
- 17 Tocantins
- 21 Maranhão
- 22 Piauí
- 23 Ceará
- 24 Rio Grande Norte
- 25 Paraíba
- 26 Pernambuco
- 27 Alagoas
- 28 Sergipe
- 29 Bahia
- 31 Minas Gerais
- 35 São Paulo
- 32 Espírito Santo
- 33 Rio de Janeiro
- 51 Mato Grosso
- 50 Mato Grosso Sul
- 52 Goiás
- 53 Distrito Federal
- 41 Paraná
- 42 Santa Catarina
- 43 Rio Grande do Sul

Cidade: \_\_\_\_\_

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador : \_\_\_\_\_

Tipo de Questionário:  Puérpera  ProntuárioNúmero da Mãe (entrevistada)

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada \_\_\_\_\_

Você está sendo convidada a participar da pesquisa "Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento", de responsabilidade de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz e de outras instituições de pesquisa.

O estudo pretende identificar os tipos de parto realizados, os motivos para realização de cada um e avaliar o atendimento à mulher durante o pré-natal e o parto e aos recém-nascidos.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e de como foi sua assistência desde o pré-natal além de consultar algumas informações em seu prontuário. Esta entrevista terá uma duração em torno de 30 minutos e as respostas serão registradas em um formulário eletrônico. Daqui a 45 a 60 dias entraremos em contato com você por telefone para saber como você e seu bebê estão ou visitá-la em seu domicílio, caso necessário.

Tudo que você falar ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com o serviço de saúde.

Declarou ter sido informada e concordou em participar, como voluntária, desta pesquisa (passar para o Bloco I da entrevista)

Não aceitou participar da pesquisa (solicitar autorização para preenchimento do quadro "Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa")

Coordenação geral: Dra Maria do Carmo Leal

Para esclarecimentos, entrar em contato com Dra. Silvana Granado ou Dra. Mariza Theme.

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - sala 808 - Mangunhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 Tel: (21) 2598-2621.

Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - sala 314

Mangunhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210.

Telefax: (21) 2598-2863 - e-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br) - <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

O horário de atendimento ao público do CEP/ENSP é de 14:00 às 17:00 horas.

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

Nome e telefone do coordenador estadual: \_\_\_\_\_

**Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa:**

1. Motivo da Recusa: \_\_\_\_\_
2. Idade da entrevistada (mãe):   anos (preencher com 99 caso ela não queira responder)
3. Escolaridade da mãe: Série do Ensino
  1. Fundamental
  2. Médio
  3. Superior
  9. Não quis dar a informação
4. Raça ou cor (opinião do entrevistador):
  1. Branca
  2. Preta
  3. Parda (morena/mulata)
  4. Amarela
  5. Indígena
5. Tipo de parto
  1. Normal
  2. Cesariana
  9. Não quis dar a informação
6. O seu parto foi pago pelo:
  1. SUS
  2. Plano de saúde
  3. Particular
7. Nome completo da Entrevistada (mãe): \_\_\_\_\_



### QUESTIONÁRIO HOSPITALAR - PUÉRPERA

QUESTIONÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Para todo questionário, preencher com dígitos 8 para não se aplica e com dígitos 9 para não sabe informar.

#### I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. Horário de início da entrevista         :	2. Data Entrevista         /         /
3. Data do parto         /         /	
4. N° do prontuário da mãe	
5. Tipo de gestação 1. Única 2. Gemelar (dois) 3. Gemelar (três) 4. Gemelar (quatro)	<input type="checkbox"/>
6. 1º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
7. Nome do 1º Recém-nascido _____	
8. 2º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
9. Nome do 2º Recém-nascido _____	
10. 3º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
11. Nome do 3º Recém-nascido _____	
12. 4º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal 9. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
13. Nome do 4º Recém-nascido _____	

## II. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

"Vou fazer algumas perguntas sobre você."

14. Qual é o seu nome completo (mãe)? _____	
15. Qual é o nome completo da sua mãe? _____	
16. Qual é a data do seu nascimento?              /       /	
17. Qual a sua idade?	
18. A sua cor da pele é... (ter as alternativas)	
1. Branca    2. Preta    3. Parda/morena/mulata    4. Amarela/oriental    5. Indígena	
19. <b>Entrevistador:</b> Sob o seu ponto de vista qual a cor da pele, raça ou etnia da puérpera?	
1. Branca    2. Preta    3. Parda/morena/mulata    4. Amarela/oriental    5. Indígena	
20. Qual o seu endereço (Rua, bairro, município): _____ _____ _____	
21. Ponto de referência: _____ _____ _____	
22. Telefones para contato (com DDD):	
23. Residencial:	
24. Celular:	
25. Telefone de familiar ou companheiro:	
26. Nome do familiar ou companheiro: _____	
27. Telefone de outro parente ou vizinho:	
28. Nome de outro parente ou vizinho: _____	





42. Quantos?		<input type="text"/>
43. Antes da gravidez do(a) <b>(nome do bebê)</b> , algum filho nasceu morto com 5 meses ou mais de gestação ou pesando mais de meio quilo?	0. Não <b>(vá para 45)</b> 1. Sim	<input type="text"/>
44. Quantos?		<input type="text"/>
45. Antes da gravidez do(a) <b>(nome do bebê)</b> , algum filho nasceu com peso menor que dois quilos e meio?	0. Não <b>(vá para 47)</b> 1. Sim	<input type="text"/>
46. Quantos?		<input type="text"/>
47. Antes da gravidez do(a) <b>(nome do bebê)</b> , algum filho nasceu prematuro (antes do tempo)?	0. Não <b>(vá para 49)</b> 1. Sim	<input type="text"/>
48. Quantos?		<input type="text"/>
49. Nas outras vezes em que ficou grávida você teve: <b>(ler as opções)</b> <b>(preencher 9 para "não sabe se teve este problema/não soube informar")</b>		
50. Cerclagem/costurou o colo do útero para segurar o bebê?	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
51. Eclâmpsia/convulsão?	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
52. Problema de pressão alta que precisou fazer o parto antes do tempo?	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
53. Ruptura Uterina/ Útero rompeu?	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
54. Diabetes/ açúcar alto no sangue?	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
55. Você já fez alguma cirurgia no útero (por exemplo, para retirar mioma, micro cesárea para interromper gravidez, para corrigir infertilidade, para tratar perfuração pós-aborto, ou por outra causa?)	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>

#### IV. PRÉ-NATAL

*"Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a gravidez do **(nome do bebê)**."*

56. Quando ficou grávida, você: <b>(ler as opções)</b>	
1. Quería engravidar naquele momento	
2. Quería esperar mais tempo	<input type="text"/>

3. Não queria engravidar		
57. Como você se sentiu quando soube que estava grávida do (a) (nome do bebê)? (ler as opções)      1. Satisfeita    2. Mais ou menos satisfeita    3. Insatisfeita		<input type="checkbox"/>
58. Você tentou interromper esta gravidez usando alguma medicação ou algum outro método?      0. Não (vá para 60)    1. Sim		<input type="checkbox"/>
59. Em que mês de gestação você estava?		<input type="checkbox"/>
60. Qual a data da sua última menstruação (antes do parto)? (Se não souber informar dia, mês ou ano, passar para a questão 62. Quando não souber informar o dia, colocar 99).		<input type="text"/>
61. Você tem certeza dessa data?      0. Não    1. Sim		<input type="checkbox"/>
62. Você fez pré-natal na gravidez do (a) (nome do bebê)?      0. Não    1. Sim (vá para 65)		<input type="checkbox"/>
63. Por que você não fez o pré-natal? (Não ler as opções)		
01. Não sabia que estava grávida		<input type="checkbox"/>
02. Não queria essa gravidez		<input type="checkbox"/>
03. Não achou importante		<input type="checkbox"/>
04. Não sabia que precisava		<input type="checkbox"/>
05. Não tinha dinheiro		<input type="checkbox"/>
06. Não tinha quem a acompanhasse		<input type="checkbox"/>
07. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso		<input type="checkbox"/>
08. Não conseguiu consulta		<input type="checkbox"/>
09. O atendimento era demorado		<input type="checkbox"/>
10. Não podia ir nos horários de atendimento		<input type="checkbox"/>
11. O profissional era homem		<input type="checkbox"/>
12. Não gostava dos profissionais do serviço		<input type="checkbox"/>
13. Dificuldade de transporte		<input type="checkbox"/>
14. Outro motivo (responda a 64)	(Ao final dessa questão vá para a 84)	<input type="checkbox"/>

64. Que outro motivo? _____		(vá para 84)
65. Com quantas semanas ou meses de gravidez você começou o pré-natal? <i>(Se souber informar semanas, não registrar meses. Se início do pré-natal até 4 meses ou 16 semanas vá para 70).</i>	66. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> semanas	67. <input type="text"/> <input type="text"/> meses
68. Por que não começou o pré-natal mais cedo? <b>(Não ler as opções)</b>		
1. Dificuldade de acesso (tentou, mas não conseguiu consulta antes)		<input type="checkbox"/>
2. Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse)		<input type="checkbox"/>
3. Dificuldade financeira (não tinha dinheiro para o transporte)		<input type="checkbox"/>
4. Questões pessoais (não tinha certeza se queria manter esta gravidez, não acha importante iniciar o pré-natal cedo)		<input type="checkbox"/>
5. Dificuldades relacionadas ao trabalho/escola (falta de tempo para ir às consultas)		<input type="checkbox"/>
6. Não sabia que estava grávida		<input type="checkbox"/>
7. Outro (responda 69)		<input type="checkbox"/>
69. Outro? Defina o porque! _____		
70. Quantas consultas de pré-natal com médico, enfermeira ou parteira você fez durante a gravidez do (a) <b>(nome do bebê)</b> ? <i>(caso a gestante tenha mudado de unidade ou tenha freqüentado pré-natal em mais de um serviço, considerar o total de consultas)</i>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
71. Na gravidez do (a) <b>(nome do bebê)</b> você recebeu um cartão de pré-natal/cartão da gestante? 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
72. Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal da gravidez do (a) <b>(nome do bebê)</b> ? <b>(Ler as opções. Só colocar dois serviços se o número de consultas for igual nos dois)</b>		
1. No serviço público		<input type="checkbox"/>
2. No serviço particular ou de plano de saúde <b>(vá para 74)</b>		
3. Nos dois		

73. Em que tipo serviço foram feitas essas consultas?	
1. PSF/Posto PSF	<input type="checkbox"/>
2. Posto de Saúde/Policlínica/Ambulatório	<input type="checkbox"/>
3. Ambulatório do hospital	<input type="checkbox"/>
74. Qual profissional de saúde atendeu você durante a maior parte das consultas do pré-natal da gravidez do (a) <b>(nome do bebê)</b> ?	<input type="checkbox"/>
1. Médico 2. Enfermeiro 3. Parteira 4. Outro 9. Não sabe informar	
75. Você foi acompanhada, durante o pré-natal da gravidez do (a) <b>(nome do bebê)</b> pelo mesmo profissional? <b>(ler as opções)</b>	<input type="checkbox"/>
0. Não 1. Sim, a maior parte do tempo 2. Sim, c tempo todo	
76. Você fez algum exame de ultrassonografia nesta gravidez?	<input type="checkbox"/>
0. Não <b>(vá para 78)</b> 1. Sim	
77. Quantas ultrassonografias (USG) você realizou durante a gravidez?	<input type="text"/>
78. Durante o pré-natal do (a) <b>(nome do bebê)</b> , você foi informada sobre: <b>(ler as opções)</b>	
79. Como começa o trabalho de parto? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
80. Sinais de risco na gravidez que devem fazer você procurar um serviço de saúde? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
81. Sobre coisas que você poderia fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê (ex: andar,tomar banho, posições para o parto, formas de diminuir a dor, etc)? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
82. Amamentar na primeira hora de vida? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
83. Pelo o que você entendeu no pré-natal, você diria que, para uma gestação sem complicações: <b>(ler as opções)</b>	<input type="checkbox"/>
1. O parto normal é mais seguro para a mãe	
2. A cesárea é mais segura para a mãe	
3. Tanto o parto normal quanto a cesárea são seguros para a mãe	
4. Não ficou esclarecida	
84. Durante a gravidez do(a) <b>(nome do bebê)</b> , algum profissional de saúde disse que você tinha algum dos	

seguintes problemas: (ler as opções)				
85.	O colo do útero não segurava o bebê	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
86.	Problemas no crescimento do bebê na sua barriga	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
87.	Pouco líquido amniótico	0. Não	1. Sim (vá para 89)	<input type="checkbox"/>
88.	Muito líquido amniótico	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
89.	Problema de sangue Rh negativo	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
90.	Placenta baixa/prévia	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
91.	Descolamento de placenta após o 7º mês de gravidez	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
92.	Perda de líquido amniótico porque bolsa rompeu antes da hora	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
93.	Diabetes/açúcar alto no sangue por causa da gravidez	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
94.	Pressão alta por causa da gravidez	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
95.	Eclâmpsia/Convulsões	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
96.	Ameaça de parto prematuro	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
97.	Sinais de sofrimento no bebê	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
98.	Sífilis	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
99.	Infecção urinária/cistite	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
100.	Infecção pelo HIV/AIDS	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
101.	Toxoplasmose (que precisou tratar)	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
102.	Exame de cultura positivo para streptococo na vagina	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
103.	Outras doenças infecciosas	0. Não (vá para 105)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
104.	Outras doenças infecciosas? Quais? _____			
105.	Outros problemas?	0. Não (vá para 107)	1. Sim	<input type="checkbox"/>

106. Outros problemas? Quais _____			
<b>(Caso tenha respondido "não" para todas as opções acima, vá para 110)</b>			
107. Você foi considerada gestante de risco?	0. Não (vá para 110)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
108. Você foi encaminhada para outro serviço por ter uma gravidez de risco?	0. Não (vá para 110)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
109. Você conseguiu ser atendida neste serviço? (ler as opções)			<input type="checkbox"/>
0. Não 1. Sim, com dificuldade 2. Sim, sem dificuldade			
110. Durante a gravidez do (a) (nome do bebê) você foi internada alguma vez?	0. Não (vá para 113)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
111. Por qual motivo? (não ler as opções)			<input type="checkbox"/>
01. Hipertensão/pré-eclâmpsia			<input type="checkbox"/>
02. Sangramento			<input type="checkbox"/>
03. Ameaça de parto prematuro			<input type="checkbox"/>
04. Vômitos excessivos			<input type="checkbox"/>
05. Diabetes			<input type="checkbox"/>
06. Perda de líquido			<input type="checkbox"/>
07. Infecção urinária			<input type="checkbox"/>
08. Pouco líquido/muito líquido			<input type="checkbox"/>
09. Outros (responda a 112)			<input type="checkbox"/>
112. Outro? Qual motivo? _____			
_____			
113. Durante a gestação do (a) (nome do bebê), você foi orientada sobre qual hospital/ maternidade/casa de parto procurar para ter o parto? 0. Não (vá para o Bloco V) 1. Sim			<input type="checkbox"/>
114. Você fez o parto no serviço de saúde que foi indicado?			<input type="checkbox"/>
0. Não 1. Sim (vá para o Bloco V)			

115. Por que não?	
1. Não tinha vaga    2. Era longe ou de difícil acesso    3. Não gosto do serviço	<input type="checkbox"/>
4. Outros (responda a 116)	<input type="checkbox"/>
116. Defina o porquê _____	
_____	

## V - DECISÃO SOBRE O TIPO DE PARTO

117. No começo da gravidez do (a) (nome do bebê), que tipo de parto você queria ter?	
1. Parto normal	<input type="checkbox"/>
2. Parto cesárea	
3. Não tinha preferência alguma (vá para 120)	
118. O que você acha que pôde ter influenciado a sua preferência, no começo da gravidez, em relação ao tipo de parto? (Não ler as opções)	
01. Histórias de parto de sua família e/ou de suas amigas	<input type="checkbox"/>
02. A preferência de seu marido pelo tipo de parto	<input type="checkbox"/>
03. O medo da dor do parto normal	<input type="checkbox"/>
04. O medo do parto normal alterar sua vagina	<input type="checkbox"/>
05. Queria ligar as trompas	<input type="checkbox"/>
06. O medo da cesariana	<input type="checkbox"/>
07. O medo da anestesia	<input type="checkbox"/>
08. Para agendar a data do parto	<input type="checkbox"/>
09. Ter um profissional conhecido na hora do parto	<input type="checkbox"/>
10. Experiência anterior positiva com parto normal	<input type="checkbox"/>
11. Experiência anterior negativa com parto normal	<input type="checkbox"/>
12. Experiência anterior positiva com cesariana	<input type="checkbox"/>
13. Experiência anterior negativa com cesariana	<input type="checkbox"/>
14. Informação na internet	<input type="checkbox"/>

15. Informação em jornal e revista	□ □ □
16. Informação na televisão	□ □ □
17. Informação em grupos de gestante	□ □ □
18. Parto normal é melhor que cesariana	□ □ □
19. Melhor recuperação no parto normal	□ □ □
20. Outros (responda a 119)	□ □ □
119. Outros – Quais? _____ _____	
120. No final da gravidez do(a) (nome do bebê), próximo da data do parto, já havia decisão sobre o tipo de parto realizado?  0. Não (vá para o bloco VI)    1. Sim, parto normal    2. Sim, parto cesárea	□ □
121. De quem foi esta decisão? (ler as opções)  1. Sua    2. Do médico    3. Conjunta    4. Outra pessoa (responda a 122)	□ □
122. Outra pessoa? Quem? _____	

#### VI. ADMISSÃO NA MATERNIDADE

*“Agora, vou lhe perguntar sobre o que aconteceu desde que chegou ao primeiro serviço que procurou até ser internada. Vamos chamar esta fase de “admissão”.*

123. O que fez você achar que estava na hora de procurar atendimento para o parto do(a) (nome do bebê)? (Não ler as opções) (Caso a mulher informe que foi à consulta ou telefonou para o médico e ele mandou ela vir para a maternidade, perguntar qual foi a razão e assinalar abaixo)	
01. Porque entrou em trabalho de parto	□ □ □
02. A bolsa rompeu	□ □ □
03. Teve o sinal/perda de tampão mucoso	□ □ □
04. Estava com dores/contrações	□ □ □
05. A data para fazer minha cesariana estava marcada	□ □ □
06. Fui encaminhada pelo pré-natal ou PSF	□ □ □

07. A indução do parto em casa não funcionou	<input type="text"/>
08. Estava passando mal (pressão alta, sangramento, etc...)	<input type="text"/>
09. O bebê estava passando do tempo	<input type="text"/>
10. O bebê não estava mexendo	<input type="text"/>
11. O bebê estava em sofrimento	<input type="text"/>
12. Outra (responda a 124)	<input type="text"/>
124. Outra? Qual? _____	
125. Antes de ser internada neste hospital/maternidade você procurou atendimento em outro hospital/maternidade?	<input type="text"/>
0. Não (vá para 129) 1. Sim	
126. Se sim, quantos?	<input type="text"/>
127. Por que não foi internada no outro hospital/maternidade?	<input type="text"/>
1. Não havia vaga 2. Não estava em trabalho de parto	<input type="text"/>
3. Foi referenciada para outro hospital por situação de risco	<input type="text"/>
4. Hospital sem médico plantonista/hospital sem condição de atender	
5. Não foi informada 6. Outro? (responda a 128)	
128. Outro? Descreva o motivo _____	
129. Como você veio para esta maternidade ? (ler as opções)	
1. A pé 2. Carro particular 3. Ônibus/Trem/Van	<input type="text"/>
4. Táxi 5. Ambulância 6. Outros (responda a 130)	
130. Outros? Defina como veio! _____	
131. Quanto tempo se passou desde que você saiu de casa até chegar neste hospital/maternidade/casa de parto onde fez o parto?	<input type="text"/> horas
(se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas. Preencher com 00 para as que já estavam internadas)	<input type="text"/> minutos
132. Depois que chegou nesse hospital/maternidade/casa de parto, quanto tempo demorou para ser atendida?	<input type="text"/> horas

(se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas. Preencher com 00 para as que já estavam internadas)	<input type="text"/> minutos
133. Fizeram exame de toque vaginal quando você foi internada? 0. Não (vá para 135) 1. Sim	<input type="text"/>
134. Quantos centímetros de dilatação você tinha na hora da internação? 000. Não tinha dilatação	<input type="text"/> cm
135. Ouviram o coração do bebê na hora da admissão? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>

### VII. TRABALHO DE PARTO

(Leia a explicação abaixo caso a resposta da mãe na questão 136 seja diferente de NÃO)

"Agora vou lhe fazer algumas perguntas referentes ao período desde que você internou até a hora do parto. Vamos chamar esta fase de "trabalho de parto no hospital!."

136. Você entrou em trabalho de parto? 0. Não (vá para 151) 1. Sim (espontâneo ou induzido) 2. Não, apesar de ter sido induzido	<input type="text"/>
137. Foram oferecidos líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o trabalho de parto? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
138. Você solicitou algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto? 0. Não (vá para 140) 1. Sim	<input type="text"/>
139. Seu pedido foi atendido? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
140. Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado soro na veia? 0. Não (vá para 143) 1. Sim	<input type="text"/>
141. Foi posto no soro um medicamento para aumentar as contrações (ocitocina)? 0. Não (vá para 143) 1. Sim 9. Não soube informar (vá para 143)	<input type="text"/>
142. Depois que colocaram a medicação no soro as contrações (dores) aumentaram? 1. Não percebeu diferença 2. As dores aumentaram um pouco	<input type="text"/>

3. As dores aumentaram muito	
143. Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado algum remédio em sua vagina para induzir/acelerar o parto? <b>0. Não (vá para 145) 1. Sim 9. Não soube informar (vá para 145)</b>	<input type="checkbox"/>
144. Depois que colocaram o remédio, as contrações (dores) aumentaram? <b>1. Não percebeu diferença 2. As dores aumentaram um pouco 3. As dores aumentaram muito.</b>	<input type="checkbox"/>
145. Romperam a bolsa depois que você chegou aqui no hospital? <b>(ler as opções)</b> <b>1. Não, rompeu antes da internação 2. Não, rompeu sozinha durante a internação 3. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
146. Qual era a cor do líquido? <b>1. Claro 2. Esverdeado/Amarronzado 3. Com sangue 4. Amarelado/purulento 9. Não soube informar</b>	<input type="checkbox"/>
147. Você pôde ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto? <b>(ler as opções)</b> <b>0. Não, não era permitido 1. Não, porque não quis 2. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
148. Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? <b>(ler as opções)</b> <b>0. Não 1. Banheira 2. Chuveiro 3. Bola 4. Massagem 5. Banquinho para posição de cócoras 6. Cavalinho 7. Outro (responda a 149)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
149. Qual? _____	
150. Depois que você chegou nesta maternidade, fizeram um exame chamado de cardiocotografia (exame feito através de duas fitas que ficam em volta da sua barriga para	

ver a contração e o batimento do coração do seu bebê)?		
0. Não		
1. Sim, na hora que internei		
2. Sim, em alguns momentos do trabalho de parto		<input type="checkbox"/>
3. Sim, durante todo o trabalho de parto		
9. Não soube informar		
151. Você teve acompanhante durante sua internação?		
0. Não 1. Sim (vá para 154)		<input type="checkbox"/>
152. Se não, por quê? <b>(Não ler as opções)</b>		
01. A maternidade não permitia qualquer acompanhante		<input type="checkbox"/>
02. Não permitia homens		<input type="checkbox"/>
03. Só permitia para adolescente		<input type="checkbox"/>
04. Só permitia acompanhante maior de idade		<input type="checkbox"/>
05. Eu não sabia que podia		<input type="checkbox"/>
06. Eu não queria		<input type="checkbox"/>
07. Não tinha quem ficasse comigo		<input type="checkbox"/>
08. Tinha que pagar para ficar com acompanhante		<input type="checkbox"/>
09. Só podia acompanhante na sala de parto		<input type="checkbox"/>
10. Outros. <b>(responda a 153)</b>		<input type="checkbox"/>
<b>(Ao final dessa questão, vá para o bloco VIII)</b>		
153. Outros? Defina! _____		
<b>(vá para o bloco VIII)</b>		
154. Seu acompanhante ficou com você: <b>(ler as opções)</b>		
155. Durante o atendimento na admissão (antes de internar)?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
156. Todo o tempo do trabalho de parto (antes de nascer) no hospital?		
0. Não 1. Sim 2. Não entrei em trabalho de parto		<input type="checkbox"/>
157. Durante o parto (na hora de nascer mesmo)?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
158. No pós-parto imediato (no centro obstétrico/recuperação)?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

159. Durante a internação após o parto (ficou junto no quarto/enfermaria)?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
160. Quem foi o seu acompanhante? ( <i>marque mais de um se for o caso</i> )		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Companheiro ou pai da criança 2. Amiga 3. Mãe 4. Irmã 5. Doula		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Outra pessoa? ( <i>responda a 161</i> )		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
161. Quem? _____		
162. Esse acompanhante era a pessoa que você havia escolhido para ficar com você?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
163. Como foi a experiência de ter um acompanhante no trabalho de parto aqui no hospital? ( <i>ler as opções</i> )		<input type="checkbox"/>
1. Ajuda muito a mulher a ficar mais tranqüila e ter um parto melhor		
2. Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranqüila e ter um parto melhor		
3. Nem ajuda nem atrapalha a ter um parto melhor		
4. Deixa a mulher mais nervosa, não ajuda a ter um parto melhor		

## VIII. PARTO

*"Agora vou lhe fazer algumas perguntas referentes ao parto (hora do nascimento mesmo)."*

164. Com quantos semanas/meses de gestação o (a) ( <b>nome do bebê</b> ) nasceu? ( <b>Se souber informar semanas, não marcar meses. Se maior que 37 semanas ou 9 meses passar para a questão 171</b> )	165. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Semanas
	166. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses
167. Durante a gravidez do (a) ( <b>nome do bebê</b> ) você tomou alguma injeção para amadurecer o pulmão do bebê?	<input type="checkbox"/>
0. Não ( <i>vá para 171</i> )	<input type="checkbox"/>
1. Sim durante o pré-natal	<input type="checkbox"/>
2. Sim, na maternidade durante internação anterior	<input type="checkbox"/>
3. Sim, na maternidade nesta internação	

168. Você se lembra com quantos semanas/meses de gravidez tomou esta injeção? (se souber informar em semanas, não marcar meses) 00. Não Sim, quantos meses/ semanas	169. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas 170. <input type="text"/> <input type="text"/> Meses
171. O profissional de saúde que atendeu o parto do (a) (nome do bebê) foi o mesmo que acompanhou o pré-natal? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
172. Qual foi o tipo de parto que você teve? (ler as opções) 1. Parto normal 2. Parto a fórceps 3. Parto cesáreo (vá para 181) (se gemelar, marcar o tipo de parto de todos os bebês)	1º <input type="text"/> 2º <input type="text"/> 3º <input type="text"/> 4º <input type="text"/>
173. Quem fez seu parto? 1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) 3. Parteira 4. Estudante 5. O profissional de saúde não se apresentou 6. Pariu sozinha 7. Outro? (responda a 174)	<input type="text"/>
174. Outro? Quem? _____	
175. Você foi para outra sala na hora de ter o bebê? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
176. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê? 1. Deitada de costas com as pernas levantadas 2. Deitada de lado 3. Sentada / reclinada 4. Na banheira 5. De quatro apoios 6. De cócoras 7. De pé	<input type="text"/>
177. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê? (manobra de Kristeller). 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
178. Você sabe como ficou o seu perineo (vagina) depois do parto? (ler as opções) 1. Não rompeu, não cortou e não deu pontos	<input type="text"/>

<p>2. Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos</p> <p>3. Não levei pontos, mas não sei se rompeu</p> <p>4. Rompeu e deram pontos</p> <p>5. Cortaram e deram pontos</p> <p>6. Levei pontos, mas não sei se rompeu ou se o médico cortou</p> <p>(Se resposta 1, 2 ou 3, vá para 180)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>179. Foi feita anestesia no local antes do corte ou antes dos pontos?</p> <p>0. Não 1. Sim, antes do corte 2. Sim, antes dos pontos 9. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p>180. Foi aplicada anestesia nas costas em algum momento do trabalho de parto ou parto?</p> <p>0. Não 1. Sim, no trabalho de parto 2. Sim, no parto 9. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p>181. Na hora do parto qual a posição do(a) (nome do bebê) na sua barriga?</p> <p>1. De cabeça para baixo 2. Sentado 3. Outra posição</p> <p>(se gemelar, marcar a posição de todos os bebês)</p>	<p>1º <input type="checkbox"/></p> <p>182. 2º <input type="checkbox"/></p> <p>183. 3º <input type="checkbox"/></p> <p>184. 4º <input type="checkbox"/></p>

<i>Só para quem teve cesárea</i>	
<p>185. Em que momento foi decidido que seu parto seria cesariana? (ler as opções)</p> <p>1. No pré-natal 2. Durante internação como gestante 3. Na admissão</p> <p>4. No pré-parto 5. Já na sala de parto</p>	<input type="checkbox"/>
<p>186. Qual foi a razão da cesariana? (não ler as opções)</p> <p>01. Queria fazer cesárea</p> <p>02. Queria ligar as trompas</p> <p>03. O bebê tinha circular de cordão (enrolado no cordão)</p> <p>04. Já tinha <u>uma</u> cesárea anterior</p> <p>05. Você já tinha <u>duas ou mais</u> cesáreas anteriores</p> <p>06. O bebê estava sentado</p> <p>07. O bebê estava atravessado</p> <p>08. O bebê era grande/ não tinha passagem/não teve dilatação/bebê não desceu/não</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

encaixou	<input type="checkbox"/>
09. Havia pouco líquido amniótico/ placenta velha	<input type="checkbox"/>
10. Você não queria sentir a dor do parto normal	<input type="checkbox"/>
11. O bebê estava crescendo pouco ou parou de crescer	<input type="checkbox"/>
12. O bebê entrou em sofrimento	<input type="checkbox"/>
13. Passou da hora/do tempo (pós-maturidade)	<input type="checkbox"/>
14. A bolsa rompeu	<input type="checkbox"/>
15. Grávida de gêmeos (dois ou mais)	<input type="checkbox"/>
16. Pressão alta	<input type="checkbox"/>
17. Hemorragia	<input type="checkbox"/>
18. Diabetes	<input type="checkbox"/>
19. Medo de falta de vaga para internação	<input type="checkbox"/>
20. Medo da violência na cidade	<input type="checkbox"/>
21. Morte fetal	<input type="checkbox"/>
22. Cirurgia ginecológica anterior (plástica perineal, miomectomia, microcesárea)	<input type="checkbox"/>
23. Placenta baixa (prévia)	<input type="checkbox"/>
24. Falha de indução/a indução não funcionou	<input type="checkbox"/>
25. Outra razão não citada ( <b>responda a 187</b> )	<input type="checkbox"/>
187. Que razão? _____	

**IX. INFORMAÇÕES DO BEBÊ – Atenção! Não aplicar para natimortos**

**(EM CASO DE GEMELAR, OS BLOCOS “INFORMAÇÕES DO BEBÊ” E “ALEITAMENTO MATERNO” DEVERÃO SER REPETIDOS)**

*“Agora vou fazer perguntas sobre o (nome do bebê).”*

188. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?  0. Não    1. Sim    9. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
189. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: <b>(ler as opções)</b>  1. Colocou para mamar    2. Ficou com o bebê no colo 3. Apenas viu o bebê    4. Não teve contato com o bebê	<input type="checkbox"/>

190. O bebê veio para o quarto junto com você?	0. Não	1. Sim (vá para 197)	<input type="checkbox"/>
191. Por quê?			
1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido			
2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico	<input type="checkbox"/>		
3. Outro motivo (responda a 192)			
192. Outro motivo? Qual? _____			
193. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto?			194. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dias
(Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)			195. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> horas
			196. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minutos
197. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções) (preencher 9 para "não sabe se teve este problema/não soube informar)			
198. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
199. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
200. Precisou de oxigênio após o nascimento	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
201. O bebê ficou amarelo (icterícia)	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
202. Tomou banho de luz	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
203. Foi transferido para outro hospital	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
204. Teve infecção	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
205. Outros	0. Não (vá para 207)	1.Sim	<input type="checkbox"/>
206. Outros? Quais? _____			

**X – ALEITAMENTO MATERNO (ATENÇÃO! EM CASO DE ÓBITO, NÃO APLICAR ESTE BLOCO. VÁ PARA O BLOCO XI SE GRAVIDEZ GEMELAR E NO CASO DE GRAVIDEZ ÚNICA, VÁ PARA O BLOCO XVII)**

Atenção entrevistador: **NÃO** fazer as perguntas deste bloco para mulheres que perderam seu bebê.

"Agora vou fazer perguntas sobre a alimentação do (nome do bebê)."

207. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

0. Não (vá para 213) 1. Sim 8. Não se aplica		
208. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 215)		<input type="checkbox"/>
209. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos) (Ao final desta questão, vá para 215)		210. <input type="text"/> dias 211. <input type="text"/> horas 212. <input type="text"/> minutos
213. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê?  1. Mãe HIV+ 2. Mãe HTLV+ 3. Bebê prematuro 4. Bebê doente e não pode mamar 5. Leite não desceu/ pouco leite 6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar 7. Outros (responda a 214)		<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
214. Outros? Quais? _____		
215. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito?  0. Não (se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII) 1. Sim 8. Não se aplica (se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII) 9. Não sei (se gemelar, vá para o bloco XI, se única, vá para o bloco XVII)		<input type="checkbox"/>
216. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções)  1. Bebê prematuro 2. Bebê doente 3. Leite não havia descido/estava com pouco leite 4. Rotina hospitalar		<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>

5. Eu estava com soro na veia e não tinha posição para amamentar	<input type="checkbox"/>
6. Foi prescrito pelo pediatra	
7. Outros ( <b>responda a 217</b> )	
9. Não soube informar	
217. Outros: _____	
218. Como o leite foi dado ao seu bebê?	
1. Na mamadeira/chuquinha    2. No copinho	<input type="checkbox"/>
3. Na sonda/gavagem/seringa    4. Outros ( <b>responda a 219</b> )    9. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
219. Outros? Quais? _____	

#### XI. INFORMAÇÕES DO BEBÊ – SEGUNDO GEMELAR (*Atenção! Não aplicar para natimortos*)

*"Agora vou fazer perguntas sobre o (nome do bebê)."*

220. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?  0. Não    1. Sim    9. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
221. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: ( <b>ler opções</b> )  1. Colocou para mamar    2. Ficou com o bebê no colo 3. Apenas viu o bebê    4. Não teve contato com o bebê	<input type="checkbox"/>
222. O bebê veio para o quarto/enfermaria junto com você?    0. Não    1. Sim ( <b>vá para 229</b> )	<input type="checkbox"/>
223. Por quê?  1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido 2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico 3. Outro motivo ( <b>responda a 224</b> )	<input type="checkbox"/>
224. Outro motivo? Qual? _____	
225. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto?	226. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dias

(Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)		227. <input type="text"/> horas
		228. <input type="text"/> minutos
229. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções) (preencher 9 para "não sabe se teve este problema/não soube informar)		
230. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue	0. Não	1. Sim <input type="text"/>
231. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).	0. Não	1. Sim <input type="text"/>
232. Usou oxigênio após o nascimento	0. Não	1. Sim <input type="text"/>
233. O bebê ficou amarelo (icterícia)	0. Não	1. Sim <input type="text"/>
234. Tomou banho de luz	0. Não	1. Sim <input type="text"/>
235. Foi transferido para outro hospital	0. Não	1. Sim <input type="text"/>
236. Teve infecção	0. Não	1. Sim <input type="text"/>
237. Outros	0. Não (vá para 239)	1. Sim <input type="text"/>
238. Outros? Quais? _____		

#### XII – ALEITAMENTO MATERNO – SEGUNDO GEMELAR

(ATENÇÃO! EM CASO DE ÓBITO, NÃO APLICAR ESTE BLOCO. VÁ PARA O BLOCO XIII SE GRAVIDEZ DE MAIS DE 2 E NO CASO DE GRAVIDEZ DE 2 BEBÊS, VÁ PARA O BLOCO XVII)

Atenção entrevistador: **NÃO** fazer as perguntas deste bloco para mulheres que perderam seu bebê.

"Agora vou fazer perguntas sobre a alimentação do (nome do bebê)."

239. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?	0. Não (vá para 245)	1. Sim	8. Não se aplica	<input type="text"/>
240. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto?	0. Não	1. Sim (vá para 247)		<input type="text"/>
241. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos) (Ao final desta questão, vá para 247)				242. <input type="text"/> dias 243. <input type="text"/> horas 244. <input type="text"/> minutos
245. Por que ainda não deu o peito ao seu bebê?	1. Mãe HIV+			<input type="text"/>

<p>2. Mãe HTLV+</p> <p>3. Bebê prematuro</p> <p>4. Bebê doente e não pode mamar</p> <p>5. Leite não desceu/ pouco leite</p> <p>6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar</p> <p>7. Outros (responda a 246)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>246. Outros? Quais? _____</p> <p>_____</p>	
<p>247. (Aqui) no hospital, o/a (<b>nome do bebê</b>) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito?</p> <p>0. Não (caso gravidez de 3 gemelares ou mais, vá para o bloco XIII, caso seja gravidez de 2 gemelares, vá para o bloco XVII)</p> <p>1. Sim</p> <p>8. Não se aplica (caso gravidez de 3 gemelares ou mais, vá para o bloco XIII, caso seja gravidez de 2 gemelares, vá para o bloco XVII)</p> <p>9. Não sei (caso gravidez de 3 gemelares ou mais, vá para o bloco XIII, caso seja gravidez de 2 gemelares, vá para o bloco XVII)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>248. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções)</p> <p>1. Bebê prematuro</p> <p>2. Bebê doente</p> <p>3. Leite não havia descido/estava com pouco leite</p> <p>4. Rotina hospitalar</p> <p>5. Eu estava com soro na veia e não tinha posição para amamentar</p> <p>6. Foi prescrito pelo pediatra</p> <p>7. Outros (responda 249)</p> <p>9. Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>249. Outros: _____</p> <p>_____</p>	

250. Como o leite foi dado ao seu bebê?	
1. Na mamadeira/chuquinha    2. No copinho	<input type="checkbox"/>
3. Na sonda/gavagem/seringa    4. Outros (responda a 251)    9. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
251. Outros? Quais? _____	

### XIII. INFORMAÇÕES DO BEBÊ – TERCEIRO GEMELAR (Atenção! Não aplicar para natimortos)

"Agora vou fazer perguntas sobre o (nome do bebê)."

252. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?	
0. Não    1. Sim    9. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
253. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: (ler opções)	
1. Colocou para mamar    2. Ficou com o bebê no colo	<input type="checkbox"/>
3. Apenas viu o bebê    4. Não teve contato com o bebê	
254. O bebê veio para o quarto/enfermária junto com você?    0. Não    1. Sim (vá para 261)	<input type="checkbox"/>
255. Por quê?	
1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido	
2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico	<input type="checkbox"/>
3. Outro motivo (responda a 256)	
256. Outro motivo? Qual? _____	
257. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto?	258. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dias
(Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)	259. <input type="text"/> <input type="text"/> horas
	260. <input type="text"/> <input type="text"/> minutos
261. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? (ler as opções) (preencher 9 para "não sabe se teve este problema/não soube informar)	
262. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue	0. Não    1. Sim <input type="checkbox"/>
263. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).	0. Não    1. Sim <input type="checkbox"/>
264. Usou oxigênio após o nascimento	0. Não    1. Sim <input type="checkbox"/>

265. O bebê ficou amarelo (icterícia)	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
266. Tomou banho de luz	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
267. Foi transferido para outro hospital	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
268. Teve infecção	0. Não	1.Sim	<input type="checkbox"/>
269. Outros	0. Não (vá para 271)	1.Sim	<input type="checkbox"/>
270. Outros? Quais? _____			

#### XIV – ALEITAMENTO MATERNO – TERCEIRO GEMELAR

(ATENÇÃO! EM CASO DE ÓBITO, NÃO APLICAR ESTE BLOCO. VÁ PARA O BLOCO XV SE GRAVIDEZ DE MAIS DE 3 E NO CASO DE GRAVIDEZ DE 3 BEBÊS, VÁ PARA O BLOCO XVII)

Atenção entrevistador: **NÃO** fazer as perguntas deste bloco para mulheres que perderam seu bebê.

"Agora vou fazer perguntas sobre a alimentação do (nome do bebê)."

271. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?		<input type="checkbox"/>
0. Não (vá para 277) 1. Sim 8. Não se aplica		
272. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 279)		<input type="checkbox"/>
273. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos) (Ao final desta questão, vá para 279)	274. <input type="text"/> dias	
	275. <input type="text"/> horas	
	276. <input type="text"/> minutos	
277. Por quê ainda não deu o peito ao seu bebê?		
1. Mãe HIV+	<input type="checkbox"/>	
2. Mãe HTLV+	<input type="checkbox"/>	
3. Bebê prematuro	<input type="checkbox"/>	
4. Bebê doente e não pode mamar	<input type="checkbox"/>	
5. Leite não desceu/ pouco leite	<input type="checkbox"/>	
6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar	<input type="checkbox"/>	
7. Outros (responda a 278)		



**XV. INFORMAÇÕES DO BEBÊ – QUARTO GEMELAR (Atenção! Não aplicar para natimortos)**

"Agora vou fazer perguntas sobre o (nome do bebê)."

284. O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?  0. Não 1.Sim 9. Não soube informar	<input type="checkbox"/>
285. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: <b>(ler opções)</b>  1. Colocou para mamar 2. Ficou com o bebê no colo 3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê	<input type="checkbox"/>
286. O bebê veio para o quarto/enfermaria junto com você? 0. Não 1. Sim <b>(vá para 293)</b>	<input type="checkbox"/>
287. Por quê?  1. Foi para o berçário/incubadora/berço aquecido 2. Foi para a UI/UTI/berçário patológico 3. Outro motivo <b>(responda a 288)</b>	<input type="checkbox"/>
288. Outro motivo? Qual? _____	
289. Quanto tempo depois do parto seu bebê pôde ficar com você no seu quarto?  <b>(Preencher com 77 nos casos em que o bebê ainda está na UI/UTI)</b>	290. <input type="text"/> dias 291. <input type="text"/> horas 292. <input type="text"/> minutos
293. O seu bebê teve algum destes problemas ou necessidades? <b>(ler as opções) (preencher 9 para "não sabe se teve este problema/não soube informar)</b>	
294. Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue	0. Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
295. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco).	0. Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
296. Usou oxigênio após o nascimento	0. Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
297. O bebê ficou amarelo (icterícia)	0. Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
298. Tomou banho de luz	0. Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
299. Foi transferido para outro hospital	0. Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
300. Teve infecção	0. Não 1.Sim <input type="checkbox"/>
301. Outros	0. Não <b>(vá para 303)</b> 1.Sim <input type="checkbox"/>

302. Outros? Quais? \_\_\_\_\_

#### XVI – ALEITAMENTO MATERNO – QUARTO GEMELAR

(ATENÇÃO! EM CASO DE ÓBITO, VÁ PARA O BLOCO XVII)

Atenção entrevistador: **NÃO** fazer as perguntas deste bloco para mulheres que perderam seu bebê.

"Agora vou fazer perguntas sobre a alimentação do (nome do bebê)."

303. Você já ofereceu o peito para o seu bebê?		<input type="checkbox"/>
0. Não (vá para 309) 1. Sim 8. Não se aplica		
304. Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto? 0. Não 1. Sim (vá para 311)		<input type="checkbox"/>
305. Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez? (mais ou menos) (Ao final desta questão, vá para 311)	306. <input type="text"/> dias	
	307. <input type="text"/> horas	
	308. <input type="text"/> minutos	
309. Por que ainda não deu o peito ao seu bebê?		
1. Mãe HIV+		<input type="checkbox"/>
2. Mãe HTLV+		<input type="checkbox"/>
3. Bebê prematuro		<input type="checkbox"/>
4. Bebê doente e não pode mamar		<input type="checkbox"/>
5. Leite não desceu/ pouco leite		<input type="checkbox"/>
6. Estou com soro na veia e não tenho posição para amamentar		<input type="checkbox"/>
7. Outros (responda a 310)		<input type="checkbox"/>
310. Outros? Quais? _____		
_____		
311. (Aqui) no hospital, o/a (nome do bebê) recebeu outro leite ou líquido que não o do seu peito?		<input type="checkbox"/>
0. Não (vá para o bloco XVII) 1. Sim		
8. Não se aplica (vá para o bloco XVII) 9. Não sei (vá para o bloco XVII)		

312. Por quê recebeu outro leite ou líquido? (Não ler opções)	
1. Bebê prematuro	<input type="checkbox"/>
2. Bebê doente	<input type="checkbox"/>
3. Leite não havia descido/estava com pouco leite	<input type="checkbox"/>
4. Rotina hospitalar	<input type="checkbox"/>
5. Eu estava com soro na veia e não tinha posição para amamentar	<input type="checkbox"/>
6. Foi prescrito pelo pediatra	
7. Outros (responda a 313)	
9. Não soube informar	
313. Outros: _____	
314. Como o leite foi dado ao seu bebê?	
1. Na mamadeira/chuquinha	2. No copinho <input type="checkbox"/>
3. Na sonda/gavagem/seringa	4. Outros (responda a 315) <input type="checkbox"/>
9. Não soube informar	
315. Outros? Quais? _____	

## XVII. DADOS FAMILIARES

"Vou fazer algumas perguntas sobre o seu nível educacional e sua família."

316. Você sabe ler e escrever?	0. Não    1. Sim	<input type="checkbox"/>
317. Qual o último grau que você cursou?		<input type="checkbox"/>
0. Nenhum (vá para 319)    1. Ensino Fundamental (1º grau)		
2. Ensino Médio (2º grau)    3. Ensino Superior (3º grau)		
318. Última série/ano que você concluiu com aprovação na escola?		<input type="checkbox"/>
319. Qual é o seu estado civil? (ler as opções)		<input type="checkbox"/>
1. Solteira    2. Casada no papel    3. União estável/vive com companheiro		
4. Separada    5. Viúva		
320. Você tem algum trabalho que ganhe dinheiro?	0. Não (vá para 323)    1. Sim	<input type="checkbox"/>
321. Em relação a sua situação de trabalho, você: (ler as opções)		<input type="checkbox"/>
01. Trabalha com carteira assinada		
02. Trabalha sem carteira assinada		
03. Servidora pública (municipal, estadual, federal ou militar)		
04. Empregadora		
05. Autônoma		
06. Cooperativada		
07. Outro (responda a 322)		
322. Outro? Qual?	<input type="text"/>	
323. Quem é o (a) chefe da família?		<input type="checkbox"/>
1. Você (a própria mulher) (vá para o bloco XVIII)    2. O companheiro		
3. Mãe    4. Pai    5. Outra pessoa da família (responda a 324)		
6. Outra pessoa que não reside na casa (responda a 324)		
324. Que pessoa?	<input type="text"/>	

325. Qual foi o último grau de escolaridade que o(a) chefe da família cursou?  0. Nenhum (vá para 329) 1. Ensino Fundamental (1º grau) (vá para 326)  2. Ensino Médio (2º grau) (vá para 327) 3. Ensino Superior (3º grau) (vá para 328)  9. Não soube informar	<input type="text"/>
326. Última série do ensino fundamental que o(a) chefe da família concluiu na escola?	<input type="text"/>
327. Última série do ensino médio que o(a) chefe da família concluiu na escola?	<input type="text"/>
328. Último ano do ensino superior que o(a) chefe da família concluiu?	<input type="text"/>

### XVIII. IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

*"Agora, vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua casa."*

329. Quantas pessoas moram na mesma casa, incluindo você? ( <i>não contar o RN</i> )	<input type="text"/>
330. Quantos quartos e salas têm na sua casa?	<input type="text"/>
331. Você tem banheiro em casa de uso exclusivo da sua família?  0. Não (vá para a 333) 1. Sim	<input type="text"/>
332. Quantos banheiros da sua casa ( <i>dentro ou fora</i> ) têm vaso sanitário?	<input type="text"/>
333. <i>Agora, vou lhe fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não ter na sua casa.</i>	
334. Na sua casa tem rádio?  0. Não (vá para 336) 1. Sim	<input type="text"/>
335. Quantos?  1. Um 2. Dois 3. Três 4. Mais de Três	<input type="text"/>
336. Na sua casa tem geladeira  0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
337. Na sua casa tem freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex)  0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
338. Na sua casa tem DVD ou vídeo cassete?  0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
339. Na sua casa tem máquina de lavar roupa? ( <i>não incluir tanquinho</i> ) 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
340. Na sua casa tem televisão em cores?  0. Não (vá para 342) 1. Sim	<input type="text"/>
341. Quantos?  1. Um 2. Dois 3. Três 4. Mais de Três	<input type="text"/>
342. Na sua casa tem moto?  0. Não 1. Sim	<input type="text"/>

343. Na sua casa tem carro particular?	0. Não (vá para 345)	1. Sim	<input type="checkbox"/>		
344. Quantos?	1. Um	2. Dois	3. Três	4. Mais de Três	<input type="checkbox"/>
345. Na sua casa tem empregada mensalista? (5 dias ou mais por semana)	0. Não (vá para 347)	1. Sim	<input type="checkbox"/>		
346. Quantas?	1. Uma	2. Mais de uma	<input type="checkbox"/>		

#### XIX. HÁBITOS MATERNOS

"Agora vou perguntar um pouco sobre alguns hábitos e coisas que você costuma fazer no seu dia-a-dia."

347. Você fumava antes da gravidez do (nome do bebê)?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
348. Você fumou nos primeiros cinco meses da gravidez do (nome do bebê)?	0. Não (vá para 351)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
349. Você fumava todo dia?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
350. Quantos cigarros você fumava por dia? (um maço contém aproximadamente 20 cigarros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
351. Você fumou após o quinto mês da gravidez do (nome do bebê)?	0. Não (vá para 354)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
352. Você fumava todo dia?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
353. Quantos cigarros você fumava por dia? (um maço contém aproximadamente 20 cigarros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
354. Durante a gravidez, você bebeu chopp, cerveja ou alguma outra bebida alcoólica? 0. Não (confirme: "nem de vez em quando?") 1. Sim <b>Se entrevistada for completamente abstinência, pular para o bloco XX</b>			<input type="checkbox"/>
355. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
356. Seu (ex) companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>

357. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?  0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
358. Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada?  0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
359. Quantas doses você precisa beber para se sentir "alta", ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito "normal"?  <i>(Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha)</i>	<input type="text"/>

## XX. ANTECEDENTES PESSOAIS

"Agora vou lhe fazer perguntas sobre alguns problemas de saúde."

360. Você apresentava alguma dessas doenças antes da gravidez que tenha sido confirmada por médico? (ler as opções)		
361. Doença do coração	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
362. Pressão alta <b>fora da gestação</b> , tendo sido prescrito remédio para uso continuado	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
363. Anemia grave, <b>fora da gestação</b> , ou outra doença no sangue	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
364. Asma/bronquite	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
365. Lupus ou esclerodermia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
366. Hipertireoidismo	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
367. Diabetes/açúcar alto no sangue, fora da gestação, confirmado por médico especialista	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
368. Doença renal/nos rins confirmada por médico especialista que precisa de tratamento	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
369. Epilepsia/convulsão, antes da gestação	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

370. AVC/derrame	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
371. Doença do fígado confirmada por médico especialista que precisa de tratamento	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
372. Doença mental, que necessita de acompanhamento com especialista	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
373. Outros	0. Não (vá para 375)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
374. Outros? Quais? _____			

## XXI – PLANO DE SAÚDE

*“Agora vou fazer algumas perguntas sobre plano de saúde”*

375. Você tem direito a algum plano de saúde, particular, de empresa ou órgão público? (ler as opções)		<input type="checkbox"/>
0. Não (vá para o bloco XXII)		
1. Sim, apenas um		
2. Sim, mais de um		
376. Há quanto tempo, sem interrupção, tem direito a este plano de saúde?		<input type="checkbox"/>
1. Até 6 meses	2. Mais de 6 meses até 1 ano	
3. Mais de 1 ano até 2 anos	4. Mais de 2 anos	9. Não soube informar
377. Esse plano é individual ou familiar?	1. Individual (vá para 379)	2. Familiar
378. Se familiar, quantas pessoas tem direito a esse plano?		<input type="checkbox"/>
379. Quem paga a mensalidade deste plano?		<input type="checkbox"/>
1. Somente a empresa/empregador (vá para 381)		
2. O titular através do trabalho		
3. O titular diretamente ao plano		
9. Não soube informar (vá para 381)		

<p>380. Qual o valor da mensalidade do seu plano de saúde? (<b>considerar o plano principal caso gestante tenha mais de um</b>)</p> <p>01. Até 30 reais</p> <p>02. Mais de 30 reais até 50 reais</p> <p>03. Mais de 50 reais até 100 reais</p> <p>04. Mais de 100 reais até 200 reais</p> <p>05. Mais de 200 reais até 300 reais</p> <p>06. Mais de 300 reais até 500 reais</p> <p>07. Mais de 500 reais</p> <p>99. Não soube informar</p>	<p>□ □ □</p>
<p>381. Além da mensalidade, este plano de saúde cobra algum valor pelos atendimentos a que tem direito?      0. Não    1. Sim    9. Não soube informar</p>	<p>□</p>
<p>382. Este plano de saúde dá direito à consulta médica?</p> <p>0. Não    1. Sim    9. Não soube informar</p>	<p>□</p>
<p>383. Este plano de saúde dá direito a internações hospitalares?</p> <p>0. Não    1. Sim    9. Não soube informar</p>	<p>□</p>
<p>384. Este plano de saúde dá direito a assistência ao parto?</p> <p>0. Não    1. Sim    9. Não soube informar</p>	<p>□</p>
<p>385. Este plano de saúde dá direito a exames complementares?</p> <p>0. Não    1. Sim    9. Não soube informar</p>	<p>□</p>
<p>386. A assistência à sua atual gravidez/parto foi coberta pelo plano de saúde? (<b>ler as opções</b>)</p> <p>1. Sim totalmente</p> <p>2. Sim, para as consultas de pré-natal</p> <p>3. Sim, para o parto</p> <p>4. Sim, para os exames</p> <p>5. Não (<b>responda a 387</b>)</p>	<p>□</p> <p>□</p>

9. Não soube informar	
387. Por quê? _____	

## XXII. INFORMAÇÕES BIOMÉTRICAS

*"Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu peso e altura"*

388. Qual era o seu peso antes de ficar grávida? (anotar em Kg)	_ _ _ _  Kg
389. Qual foi seu peso na última consulta de pré-natal? (anotar em Kg)	_ _ _ _  Kg
390. Em que data foi pesada pela última vez no pré-natal?	_ _ / _ _ / _ _
391. Qual é a sua altura? (anotar em cm)	_ _ _  cm

## XXIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

392. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?	0. Não (vá para 394)	1. Sim	_
393. O que deseja dizer?			
394. Horário do término:  _ _ : _ _			
395. Fotografou o cartão da gestante?	0. Não	1. Sim	_

**Agradeça a participação na entrevista e lembre que entraremos em contato por telefone para fazer perguntas sobre ela e seu bebê.**





32. Doença hepática crônica	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
33. Doença psiquiátrica	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
34. Outros	0. Não (vá para 36) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
35. Quais? _____		
<b>36. Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação):</b>		
37. Incompetência istmo-cervical (IIC)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
38. Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
39. Oligodramnia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
40. Polidramnia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
41. Isoimunização RH	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
42. Placenta prévia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
43. Descolamento prematuro de placenta (DPP)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
44. Amniorexe prematura	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
45. Diabetes gestacional	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
46. Síndromes hipertensivas (HA crônica, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
47. Eclâmpsia/Convulsões	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
48. Ameaça de parto prematuro	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
49. Sofrimento fetal	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
50. Sífilis	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
51. Infecção urinária	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

52. Infecção pelo HIV	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
53. Toxoplasmose (que precisou tratar)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
54. Exame de cultura para streptococo na vagina e/ou ânus positivo	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
55. Malformação congênita	0. Não (vá para 57) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
56. Qual? _____		
57. Outros problemas	0. Não (vá para 59) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
58. Qual? _____		
59. Cirurgia uterina anterior (miomectomia, microcesarea, outras cirurgias do corpo uterino)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
<b>4. Dados da Internação</b>		
60. Data da última menstruação (DUM):		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
61. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM:		<input type="text"/> <input type="text"/> semanas
62. Idade gestacional na admissão calculada por USG:		<input type="text"/> <input type="text"/> semanas
63. Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo:		<input type="text"/> <input type="text"/> semanas
64. Apresentação do bebê:		
65. Primeiro bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação		<input type="checkbox"/>
66. Segundo bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação		<input type="checkbox"/>
67. Terceiro bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação		<input type="checkbox"/>
68. Quarto bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação		<input type="checkbox"/>
69. Nível de consciência da mulher na admissão: 1. Lúcida 2. Torporosa (confusão mental) 3. Em coma 9. Sem informação		<input type="checkbox"/>
70. Ocorrência de convulsões antes da internação:	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

71. Há registro de pressão arterial na admissão	0. Não (vá para 74) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
72. Primeira verificação: sist (em mmhg)		sist <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmhg
73. Primeira verificação: diast (em mmhg)		diast <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmhg
74. Há registro de temperatura axilar na admissão:	0. Não (vá para 76) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
75. Valor em °C		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> °C
76. Sangramento vaginal após internação e antes do parto: 0. Não 1. Sim, pequeno 2. Sim, moderado 3. Sim, intenso 4. Sim, sem especificação		<input type="checkbox"/>
77. Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes da internação: 1. Não 2. Sim, líquido claro sem grumos 3. Sim, líquido claro com grumos 4. Sim, líquido com mecônio 5. Sim, líquido sanguinolento 6. Sim, líquido purulento/ fétido 7. Sim, sem especificação		<input type="checkbox"/>
78. Dilatação do colo do útero no momento da admissão: (consultar instrutivo)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
79. Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> contrações
80. Batimento Cardíaco Fetal (BCF) na admissão (ou primeiro exame): 0. Ausente (vá para 82) 1. Presente		<input type="checkbox"/>
81. Qual a freqüência?		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bpm
82. Realizada cardiotocografia (CTG): (Permite mais de 1 opção) 0. Não (vá para 84) 1. Sim, antes de vir para maternidade 2. Sim, na admissão/internação 3. Sim, no trabalho de parto		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
83. Algum resultado da CTG alterado:	0. Não 1. Sim 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>
84. Realizado Dopplerfluxometria Fetal: 0. Não (vá para 86) 1. Sim, antes de vir para maternidade 2. Sim, na admissão/internação		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

85. Algum Doppler alterado:	0. Não 1. Sim 9. Sem informação	<input type="checkbox"/>
86. Prescrição de corticóide antes do parto:		<input type="checkbox"/>
0. Não 1. Sim, antes da internação 2. Sim, na admissão/internação		<input type="checkbox"/>
87. Motivo da internação:		<input type="checkbox"/>
1. Internação por trabalho de parto		
2. Internação para indução do trabalho de parto		
3. Internação para cesárea eletiva sem trabalho de parto (responda 88 e vá para 130)		
4. Internação como gestante, por complicação clínico-obstétrica		
5. Outro motivo		
88. Diagnóstico na internação: Permite mais de 1 opção		
1. Trabalho de parto		<input type="checkbox"/>
2. Trabalho de parto prematuro/ameaça de trabalho de parto		<input type="checkbox"/>
3. Amniorrexe prematura (Ruptura das membranas ovulares /Bolsa rota)		<input type="checkbox"/>
4. Gestação múltipla (2 ou + fetos)		<input type="checkbox"/>
5. Gestação prolongada/pós-maturidade		<input type="checkbox"/>
6. Sofrimento fetal (agudo/crônico)- Crescimento restrito (CIUR)		<input type="checkbox"/>
7. Polidramnia / Oligodramnia		<input type="checkbox"/>
8. Descolamento prematuro da placenta / DPP		<input type="checkbox"/>
9. Hemorragia vaginal		<input type="checkbox"/>
10. Eclâmpsia /convulsão		<input type="checkbox"/>
11. Hipertensão na gestação (qualquer tipo)		<input type="checkbox"/>
12. Apresentação pélvica ou outra apresentação anômala (côrnica/transversa)		<input type="checkbox"/>
13. Iteratividade (cesáreas anteriores)		<input type="checkbox"/>
14. Diabetes gestacional		<input type="checkbox"/>
15. Infecção pelo HIV		<input type="checkbox"/>
16. Óbito fetal		<input type="checkbox"/>
17. Sem diagnóstico clínico-obstétrico informado		<input type="checkbox"/>
18. Outro diagnóstico (responda a 89)		<input type="checkbox"/>
19. Intercorrência clínica (vá para 90)		<input type="checkbox"/>
89. Outro diagnóstico. Qual? _____		
90. Intercorrência clínica. Qual? _____		
91. Houve indicação de parto cesáreo no momento da admissão/internação:	0. Não 1. Sim (vá para 130)	<input type="checkbox"/>
5. Assistência ao trabalho de parto		

92. Data da admissão/internação no pré-parto:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/>
93. Hora da admissão/internação no pré-parto:	<input type="text"/> h <input type="text"/> min
94. Trabalho de Parto: 1. Espontâneo (vá para 96) 2. Induzido sem sucesso (responda a questão 95 e depois vá para 130) 3. Induzido com sucesso 4. Não entrou em trabalho de parto (vá para 130)	<input type="text"/>
95. Medicações/método utilizados para indução do parto: (ver folha de prescrição) 1. Ocitocina 2. Misoprostol 3. Outras	<input type="text"/> <input type="text"/>
96. O acompanhante estava presente: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação	<input type="text"/>
97. Prescrição de dieta no trabalho de parto: 0. Dieta zero 1. Dieta líquida 2. Outro tipo de dieta 9. Sem informação	<input type="text"/>
98. Prescrição de repouso no leito no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
99. Prescrição de hidratação venosa no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim (vá para 101)	<input type="text"/>
100. Colocação de acesso venoso no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
101. Prescrição de antibióticos no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
102. Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade: 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
103. Enteroclise/enema (lavagem intestinal) antes do parto: 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
104. Profissional que acompanhou o trabalho de parto: 1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetiz 3. Enfermeiro (a) 4. Parteira tradicional 5. Auxiliar/técnico de enfermagem 6. Estudante 7. Outro 9. Sem informação	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
105. Presença de partograma no prontuário: 0. Não (vá para 110) 1. Sim	<input type="text"/>
106. Registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma: 0. Não (vá para 108) 1. Sim	<input type="text"/>
107. Quantos? (centímetros)	<input type="text"/> cm
108. Registro do número de toques no partograma: 0. Não (vá para 110) 1. Sim	<input type="text"/>
109. Quantos?	<input type="text"/>

110. Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto: <b>0. Não (vá para 116) 1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
<b>111. Prescrição da ocitocina (anotar primeira prescrição antes do parto):</b>	
112. Número de ampolas de SUI/500 ml soro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
113. Nº de gotas/mim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
114. Velocidade de infusão ml/hora	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
115. Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm
116. Prescrição de analgésicos durante o trabalho de parto: 1. Não 2. Sim, opióides ( <b>dolantina, meperidina ou petidina</b> ) 3. Sim, outras ( <b>buscopam, dipirona, hioscina, outros</b> )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>117. Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor:</b>	
118. Banho de chuveiro <b>0. Não 1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
119. Banho de banheira <b>0. Não 1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
120. Massagem <b>0. Não 1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
121. Bola <b>0. Não 1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
121.1. Banquinho <b>0. Não 1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
122. Cavalinho <b>0. Não 1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
123. Outros <b>0. Não (vá para 125) 1. Sim</b>	<input type="checkbox"/>
124. Qual: _____	
125. Utilização de analgesia durante o trabalho de parto: <b>0. Não 1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui(combinação) 4. Geral</b>	<input type="checkbox"/>
126. Ruptura de membranas durante o trabalho de parto /parto: <b>0. Não, ruptura antes da internação (vá para 129)</b> 1. Sim, ruptura espontânea 2. Sim, ruptura artificial (feita pelos profissionais) 3. Sim, sem informação do tipo de ruptura	<input type="checkbox"/>



137. Horário do registro de dilatação total: (partograma ou prontuário)	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> min
138. Duração do período expulsivo registrado no prontuário:	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> min
139. Realização de episiotomia:	0. Não 1. Sim <input type="text"/>
140. Ocorrência de laceração vaginal/perineal 0. Não 1. 1º grau 2. 2º grau 3. 3º grau 4. 4º grau 5. Sim, sem especificação	<input type="text"/>
141. Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia ou cicatriz de episiotomia:	0. Não 1. Sim <input type="text"/>
142. Realização de manobra de Kristeller:	0. Não 1. Sim <input type="text"/>
143. Alguma complicação no parto e/ou pós-parto imediato: 0. Não 1. Distócia de ombro 2. Prolapso de cordão 3. Ruptura uterina 4. Período expulsivo prolongado 5. Atonia uterina 6. Placenta retida 7. Outros (responda a 144)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
144. Qual?	
145. Utilização de anestesia: 0. Não 1. Peridural 2. Raquidiana 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral 5. Local 6. Locoregional/nervo pudendo 9. Sem informação (Vá para o bloco "Dados sobre Near Miss Materno", questão 156)	<input type="text"/>
7. Indicação da cesariana	
146. Informações do obstetra: (Ver folha ou relato da cirurgia. Registrar na mesma ordem da folha de descrição cirúrgica)	

<p>147. 1ª Informação do obstetra:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>01. Cesariana anterior/Iteratividade</li> <li>02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)</li> <li>03. Parada de Progressão</li> <li>04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)</li> <li>05. Placenta prévia</li> <li>06. Sofrimento fetal/CIUR</li> <li>07. Infecção pelo HIV</li> <li>08. Apresentação pélvica (sentado)</li> <li>09. Apresentação córmica (atravessado)</li> <li>10. Laqueadura tubária</li> <li>11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia</li> <li>12. Eclâmpsia</li> <li>13. Síndrome HELLP</li> <li>14. Diabetes</li> <li>15. Oligodramnia</li> <li>16. Gemelaridade</li> <li>17. Prematuridade</li> <li>18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</li> <li>19. Macrosomia</li> <li>20. Falha de indução</li> <li>21. Mal formação</li> <li>22. Óbito fetal</li> <li>23. Amniorrexe prematura</li> <li>24. Interocorrências clínicas</li> <li>25. Sem informação no prontuário</li> <li>26. Outra (responda a 148)</li> </ol>	<input type="checkbox"/>
<p>148. Outra. Qual? _____</p>	
<p>149. 2ª Informação do obstetra:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>01. Cesariana anterior/Iteratividade</li> <li>02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)</li> <li>03. Parada de Progressão</li> <li>04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)</li> <li>05. Placenta prévia</li> <li>06. Sofrimento fetal/CIUR</li> <li>07. Infecção pelo HIV</li> <li>08. Apresentação pélvica (sentado)</li> </ol>	<input type="checkbox"/>

<p>09. Apresentação c33rmica (atravessado)</p> <p>10. Laqueadura tub3ria</p> <p>11. Hipertens33o arterial/Pr33-eclampsia</p> <p>12. Eclampsia</p> <p>13. S33ndrome HELLP</p> <p>14. Diabetes</p> <p>15. Oligodramnia</p> <p>16. Gemelaridade</p> <p>17. Prematuridade</p> <p>18. P33s-maturidade/Gravidez prolongada</p> <p>19. Macrosomia</p> <p>20. Falha de indu333o</p> <p>21. Mal forma333o</p> <p>22. 333bito fetal</p> <p>23. Amniorrexe prematura</p> <p>24. Intercorr333ncias cl33nicas</p> <p>25. Sem informa333o no prontu33rio</p> <p>26. Outra (responda a 150)</p>	
<p>150. Outra. Qual?</p>	
<p>151. 333 Informa333o do obstetra:</p> <p>01. Cesariana anterior/Iteratividade</p> <p>02. Despropor333o C33falo P33lvica (DCP)</p> <p>03. Parada de Progress333o</p> <p>04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)</p> <p>05. Placenta pr33via</p> <p>06. Sofrimento fetal/CIUR</p> <p>07. Infec3333o pelo HIV</p> <p>08. Apresenta333o p33lvica (sentado)</p> <p>09. Apresenta333o c33rmica (atravessado)</p> <p>10. Laqueadura tub3ria</p> <p>11. Hipertens333o arterial/Pr33-eclampsia</p> <p>12. Eclampsia</p> <p>13. S33ndrome HELLP</p> <p>14. Diabetes</p> <p>15. Oligodramnia</p> <p>16. Gemelaridade</p>	<p style="text-align: center;">□</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>17. Prematuridade</li> <li>18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</li> <li>19. Macrosomia</li> <li>20. Falha de indução</li> <li>21. Mal formação</li> <li>22. Óbito fetal</li> <li>23. Amniorrexe prematura</li> <li>24. Intercorrências clínicas</li> <li>25. Sem informação no prontuário</li> <li>26. Outra (responda a 152)</li> </ul>	
<p>152. Outra. Qual? _____</p>	
<p>153. 4ª Informação do obstetra:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>01. Cesariana anterior/Iteratividade</li> <li>02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)</li> <li>03. Parada de Progressão</li> <li>04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)</li> <li>05. Placenta prévia</li> <li>06. Sofrimento fetal/CIUR</li> <li>07. Infecção pelo HIV</li> <li>08. Apresentação pélvica (sentado)</li> <li>09. Apresentação córmica (atravessado)</li> <li>10. Laqueadura tubária</li> <li>11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia</li> <li>12. Eclampsia</li> <li>13. Síndrome HELLP</li> <li>14. Diabetes</li> <li>15. Oligodramnia</li> <li>16. Gemelaridade</li> <li>17. Prematuridade</li> <li>18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</li> <li>19. Macrosomia</li> <li>20. Falha de indução</li> <li>21. Mal formação</li> <li>22. Óbito fetal</li> <li>23. Amniorrexe prematura</li> <li>24. Intercorrências clínicas</li> </ul>	<div style="text-align: center; margin-top: 100px;"> <input type="checkbox"/> </div>

25. Sem informação no prontuário		
26. Outra (responda a 154)		
154. Outra. Qual?		
155. Tipo de anestesia:		<input type="checkbox"/>
1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral		
<b>8. Dados sobre Near Miss Materno</b>		
<b>156. Apresentou alguma das seguintes alterações clínicas, em algum momento da internação:</b>		
157. Cianose aguda	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
158. Respiração agônica (gasping)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
159. Frequência respiratória (FR) > 40 ou < 6 ipm	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
160. Choque	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
161. Oligúria não responsiva à hidratação e medicamentos	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
162. Distúrbio de coagulação	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
163. Icterícia na presença de pré-eclâmpsia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
164. Convulsões reentrantes/paralisia total	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
165. AVC	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
166. Perda da consciência maior que 12 horas	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
167. Perda da consciência associada a ausência de pulso	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
<b>168. Apresentou alguma das seguintes alterações laboratoriais, em algum momento da internação:</b>		
169. Saturação de O <sub>2</sub> < 90% por mais de 60 minutos	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
170. PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 200 mmHg	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
171. Creatinina ≥ 3,5 mg/dl	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
172. Bilirrubina > 6 mg/dl	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
173. pH < 7,1	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
174. Lactato/ Ácido láctico > 5	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
175. Trombocitopenia aguda (plaquetas < 50.000)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
176. Perda de consciência associada à presença de glicose e cetoácidos na urina	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
<b>177. Realizou algum dos seguintes tratamentos, em algum momento da internação:</b>		
178. Uso contínuo de drogas vasoativas (dopamina, dobutamina, adrenalina)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
179. Histerectomia pós infecção ou hemorragia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
180. Transfusão ≥ 5 unidades de hemácias	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
181. Diálise por insuficiência renal aguda	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
182. Intubação e ventilação mecânica ≥ 60 minutos não relacionada à anestesia	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
183. Ressuscitação cardiopulmonar	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

Atenção entrevistador! No caso de gemelar, preencher uma ficha para cada recém-nascido.

No caso de natimorto responder só as questões 186, 187, 259, 261, 263 e 265.

9. Dados do recém-nato - 1ª parte	
184. N° do prontuário do recém-nato: (completar com 8 caso não tenha sido internado)	<input type="text"/>
185. Número da Declaração de Nascimento Vivo: (completar com 9 caso não tenha a DN no prontuário)	<input type="text"/>
186. Sexo:	1. Masculino 2. Feminino 3. Indefinido <input type="text"/>
187. Peso ao nascer (em gramas):	<input type="text"/> g
188. Idade gestacional pela DUM:	189. <input type="text"/> <input type="text"/> semanas 190. <input type="text"/> dias
191. Idade gestacional pela USG:	192. <input type="text"/> <input type="text"/> semanas 193. <input type="text"/> dias
194. Idade gestacional pelo Capurro:	195. <input type="text"/> <input type="text"/> semanas 196. <input type="text"/> dias
197. Idade gestacional pelo New Ballard:	198. <input type="text"/> <input type="text"/> semanas 199. <input type="text"/> dias
200. Se parto cesariano, informar as indicações constante na folha ou prontuário do RN:	
201. 1ª informação:	<input type="text"/>
01. Cesariana anterior/Iteratividade 02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP) 03. Parada de Progressão 04. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 06. Sofrimento fetal / CIUR 07. Infecção pelo HIV 08. Apresentação pélvica 09. Apresentação córmica 10. Laqueadura tubária 11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia 12. Eclâmpsia	

<ul style="list-style-type: none"> <li>13. Síndrome HELLP</li> <li>14. Diabetes</li> <li>15. Oligodramnia</li> <li>16. Gemelaridade</li> <li>17. Prematuridade</li> <li>18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</li> <li>19. Macrossomia</li> <li>20. Falha de indução</li> <li>21. Mal formação</li> <li>22. Óbito fetal</li> <li>23. Amniorrexe prematura</li> <li>24. Intercorrência clínicas</li> <li>25. Outra (responda a 202)</li> </ul>	
202. Qual?	
<p>203. 2ª informação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>01. Cesariana anterior/Iteratividade</li> <li>02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)</li> <li>03. Parada de Progressão</li> <li>04. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP)</li> <li>05. Placenta prévia</li> <li>06. Sofrimento fetal / CIUR</li> <li>07. Infecção pelo HIV</li> <li>08. Apresentação pélvica</li> <li>09. Apresentação córmica</li> <li>10. Laqueadura tubária</li> <li>11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia</li> <li>12. Eclampsia</li> <li>13. Síndrome HELLP</li> <li>14. Diabetes</li> <li>15. Oligodramnia</li> <li>16. Gemelaridade</li> <li>17. Prematuridade</li> <li>18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</li> <li>19. Macrossomia</li> <li>20. Falha de indução</li> <li>21. Malformação</li> <li>22. Óbito fetal</li> </ul>	<div style="text-align: center; margin-top: 100px;"> <input type="checkbox"/> </div>

23. Amniorrexe prematura 24. Intercorrências clínicas 25. Outra (responda a 204)	
204. Qual?	
205. 3ª informação: <ol style="list-style-type: none"> <li>01. Cesariana anterior/Iteratividade</li> <li>02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)</li> <li>03. Parada de Progressão</li> <li>04. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP)</li> <li>05. Placenta prévia</li> <li>06. Sofrimento fetal / CIUR</li> <li>07. Infecção pelo HIV</li> <li>08. Apresentação pélvica</li> <li>09. Apresentação córmica</li> <li>010. Laqueadura tubária</li> <li>011. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia</li> <li>012. Eclampsia</li> <li>013. Síndrome HELLP</li> <li>014. Diabetes</li> <li>015. Oligodramnia</li> <li>016. Gemelaridade</li> <li>017. Prematuridade</li> <li>018. Pós-maturidade/Gravidez prolongada</li> <li>019. Macrossomia</li> <li>020. Falha de indução</li> <li>021. Malformação</li> <li>022. Óbito fetal</li> <li>023. Amniorrexe prematura</li> <li>024. Intercorrências clínicas</li> <li>025. Outra (responda a 206)</li> </ol>	
206. Qual?	
207. 4ª informação: <ol style="list-style-type: none"> <li>01. Cesariana anterior/Iteratividade</li> <li>02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)</li> <li>03. Parada de Progressão</li> <li>04. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP)</li> <li>05. Placenta prévia</li> </ol>	

06. Sofrimento fetal / CIUR		
07. Infecção pelo HIV		
08. Apresentação pélvica		
09. Apresentação cômica		
10. Laqueadura tubária		<input type="checkbox"/>
11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia		
12. Eclampsia		
13. Síndrome HELLP		
14. Diabetes		
15. Oligodramnia		
16. Gemelaridade		
17. Prematuridade		
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada		
19. Macrossomia		
20. Falha de indução		
21. Malformação		
22. Óbito fetal		
23. Aminiorrexe prematura		
24. Intercorrências clínicas		
25. Outra (responda a 208)		
208. Qual? _____		
209. Apgar no 1º. Minuto		<input type="text"/>
210. Apgar no 5º. Minuto		<input type="text"/>
<b>10. Dados do recém-nato - 2ª parte</b>		
<b>211. Manobras de reanimação na sala de parto</b>		
212. O <sub>2</sub> inalatório	0. Não    1. Sim	<input type="checkbox"/>
213. Ventilação com ambú + máscara	0. Não    1. Sim	<input type="checkbox"/>
214. Entubação oro-traqueal	0. Não    1. Sim	<input type="checkbox"/>
215. Massagem cardíaca	0. Não    1. Sim	<input type="checkbox"/>
216. Drogas	0. Não    1. Sim	<input type="checkbox"/>
217. Outros	0. Não    1. Sim	<input type="checkbox"/>
218. Qual? _____		

<b>219. Outros procedimentos realizados na primeira hora após o nascimento:</b>			
220. Aspiração de vias aéreas superiores	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
221. Aspiração gástrica	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
222. Vitamina K (Kanakion)	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
223. Credé (colírio de nitrato de prata)	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
224. Vacina contra hepatite B	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
225. Foi para incubadora	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
226. O bebê foi internado?	0. Não (vá para 256)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
<b>227. Utilização de oxigênio após o nascimento:</b>			
228. Hood ou circulante	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
229. CPAP	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
230. Ventilação mecânica	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
231. Com 28 dias de vida estava em oxigenioterapia (qualquer tipo):	0. Não	1. Sim	8. Não estava mais internado
232. Se bebê nasceu prematuro, com 36 semanas de idade gestacional corrigida ainda estava em oxigenioterapia (de qualquer tipo).			<input type="checkbox"/>
1. RN nasceu a termo			
2. Não			
3. Ainda não atingiu 36 semanas			
4. Sim			
5. Não estava mais internado			
233. Indicação de internação em UTI neonatal:	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
234. Internação em UTI neonatal:	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
235. Utilização de surfactante:	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
236. Hipoglicemia (glicemia menor do que 40) nas primeiras 48h de nascido:	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
237. Uso de antibiótico			<input type="checkbox"/>
1. Não usou			

2. Início até 48h de vida (Sepse precoce)		
3. Início após 48h de vida (Sepse tardia)		
238. Fototerapia nas primeiras 72h de vida:	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
239. Nível máximo de bilirrubina nas primeiras 72h de vida:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dl 2 dígitos e 1 casa decimal
240. Apresentou malformação congênita?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
<b>241. Outros diagnósticos durante a internação:</b>		
242. Taquipnéia transitória	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
243. Doença da membrana hialina	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
244. Síndrome de aspiração meconial	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
245. Hipertensão pulmonar	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
246. Convulsão	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
247. Enterocolite necrotizante	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
248. Toxoplasmose	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
249. Rubéola congênita	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
250. Herpes	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
251. Citomegalovírus	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
252. Sífilis congênita	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
253. Criança exposta ao HIV	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
254. Outros	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
255. Qual ? <input type="text"/>		
256. Uso de aleitamento materno exclusivo:	0. Não 1. Sim (vá para 258)	<input type="checkbox"/>
257. Outros alimentos que recebeu durante a internação:		
1. Água		<input type="checkbox"/>
2. Soro glicosado/ Glicose via oral (chuca com apúcar)		<input type="checkbox"/>
3. Leite humano ordenhado		<input type="checkbox"/>
4. Leite artificial		<input type="checkbox"/>
5. Nutrição Parenteral (NPT)		<input type="checkbox"/>
258. Tipo de saída do hospital onde ocorreu o nascimento:		
0. Continua internado aos 28 dias de vida (vá para 264)		
1. Alta	2. Óbito	3. Transferência para outro hospital (vá para questão 260)
<input type="checkbox"/>		
259. Data da saída: (Se óbito, vá para 261; se alta, vá para 264)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>





## ANEXO D – LISTA DE SELEÇÃO ALEATÓRIA DE PUÉRPERAS

### ANEXO D – Lista de seleção aleatória de puérperas

Lista de Mães Selecionadas - 4 Entrevistas		
Quantidade de Partos Múltiplos	Entrevistas	Substituição
1	1 2 4 5	3 6 9
2	1 2 4 6	3 5
3	1 2 3 5	6 9 4 7
4	1 2 5 7	6 1 2 6
5	1 4 6 8	6 7 1 3 5 3
6	1 3 5 8	10 7 2 5 2 9 8
7	1 2 4 5	8 10 7 6 3 9 11
8	1 5 7 10 11	12 5 4 6 3 8 2 3 8
9	1 4 8 9	12 6 2 13 5 3 7 5 11 10
10	3 5 6 7 7	9 12 2 11 10 14 4 1 8 13
11	2 5 6 14	15 1 9 8 11 12 4 5 7 13 10 3
12	3 5 7 10	15 14 8 12 9 6 11 4 1 13 16 9
13	2 4 13 14	17 4 11 15 11 6 10 9 3 8 5 16 7
14	1 5 10 11	15 4 5 12 14 9 6 2 17 18 3 11 7 16
15	3 5 6 8 9	17 11 8 4 7 16 10 1 2 13 13 12 8 14 18 19
16	2 9 15 19	13 9 19 12 1 11 17 16 14 10 4 6 15 20 8 7
17	2 9 15 19	20 16 5 21 4 6 3 14 12 15 10 1 11 12 7 8 13
18	3 6 9 10	20 19 1 7 18 22 15 16 5 17 21 11 4 14 8 12 12 13
19	4 5 14 19	21 17 6 9 20 15 3 11 13 7 16 15 18 2 22 23 10 1 12
20	3 1 4 17 18	12 13 14 24 13 22 23 6 19 10 18 16 2 10 15 21 11 5 17 8
21	5 16 20 23	26 10 21 22 3 12 8 11 18 20 17 7 8 19 12 24 2 1 14 16 13
22	4 5 12 11	23 3 13 20 10 26 15 1 18 22 16 7 11 24 21 14 13 2 6 19 25 9
23	8 18 20 21	23 11 27 7 10 4 14 1 6 24 15 19 1 7 25 13 17 12 22 16 26 3 5 6 9
24	6 10 17 18	28 25 26 12 2 9 10 7 19 23 3 21 14 4 11 16 5 15 27 24 20 1 22 13
25	1 6 14 14	15 16 25 7 20 10 24 20 18 12 3 2 5 13 23 26 27 29 19 21 8 4 11 22 17
26	2 12 22 24	30 8 13 23 26 29 20 25 17 21 19 16 14 18 4 1 2 1 5 13 11 9 15 10 6 27 28
27	19 17 20 21	31 21 10 17 15 22 26 19 2 28 5 23 11 1 7 8 14 25 4 18 7 16 6 13 24 10 8 3
28	12 19 24 26	21 26 29 18 32 9 20 17 27 23 4 6 11 1 13 30 22 21 3 25 16 5 12 7 8 10 15 14
29	9 13 17 25	32 3 11 20 24 12 4 27 28 1 29 22 26 7 15 19 23 10 2 5 24 33 30 14 11 8 16 6 18
30	3 15 6 10	18 4 17 28 9 8 19 15 16 27 29 25 11 22 32 36 34 30 7 21 24 13 31 12 20 2 1 33 14 23
31	3 11 23 31	33 28 4 35 34 18 27 29 25 17 13 8 6 24 22 10 26 9 12 5 21 30 16 14 20 19 12 1 7 32 15
32	14 17 17 29	32 7 30 5 4 6 22 18 35 24 12 20 7 19 18 33 10 26 18 25 31 15 23 11 17 3 16 36 1 34 13 9
33	11 14 17 32	36 12 15 9 21 13 1 17 37 6 8 5 15 26 33 16 22 29 23 4 35 19 28 2 31 7 30 3 10 34 24 25 20
34	10 18 23 32	36 6 16 38 20 8 2 14 12 33 24 3 29 25 26 17 31 21 11 37 35 8 19 4 27 34 28 5 13 7 1 5 15 10
35	9 23 31 35	36 33 34 11 39 22 20 26 16 13 8 30 15 3 12 4 32 17 37 1 19 25 38 7 6 5 10 24 14 22 18 2 7 11 8
36	2 13 11 22	28 30 13 9 14 18 26 20 33 29 31 1 26 29 35 38 8 27 16 15 23 37 6 17 24 8 19 14 36 12 40 14 21 32 7 30

Lista de Seleção Aleatória de Puérperas - 6 Entrevistas

Quantidade de Partos citados	Entrevistas	Substituição
7	1 3 4 5 6 7 2	
8	2 3 4 5 6 8 3 7	
9	1 2 3 4 6 8 5 7 9	
10	1 3 4 6 7 9 10 2 8 5	
11	1 2 3 4 7 9 8 6 10 11 5	
12	4 5 6 7 8 10 2 9 11 1 12 3	
13	1 4 5 8 10 11 2 12 3 13 9 7 6	
14	5 6 7 10 11 13 2 9 12 4 1 3 8 14	
15	3 4 7 11 12 13 14 6 8 15 5 2 9 1 10	
16	2 4 8 10 11 12 14 16 3 13 6 7 1 9 5 15	
17	2 3 11 13 15 17 12 6 5 4 7 1 9 10 16 6 14	
18	2 5 9 12 14 15 11 10 18 13 4 7 16 8 1 3 17 6	
19	4 6 10 11 13 19 2 8 17 3 12 15 9 16 7 5 18 14 1	
20	3 5 6 9 10 19 17 16 18 2 12 14 4 13 20 1 15 7 11 8	
21	3 4 12 13 18 21 6 10 5 1 14 19 2 20 7 8 17 15 9 11 16	
22	1 2 7 8 10 19 21 20 9 18 15 22 4 12 11 17 5 6 16 3 12 14 13	
23	5 7 10 13 16 18 21 15 17 8 11 1 6 14 19 12 23 3 22 2 20 5 4	
24	3 7 8 12 19 26 1 14 22 17 2 10 16 6 23 9 5 3 4 13 20 11 21 16	
25	1 2 11 14 18 23 15 25 10 22 7 5 24 21 3 17 8 20 19 9 4 12 15 16 6	
26	1 11 17 18 25 26 6 5 19 22 16 15 18 24 4 13 2 12 8 23 9 7 3 21 14 20	
27	5 8 1 15 20 25 23 17 11 24 13 16 7 14 21 26 18 1 10 9 2 27 4 12 19 3 22	
28	6 7 10 20 23 27 1 3 2 7 13 25 8 22 28 4 12 15 11 19 21 5 17 14 10 26 24 3 16	
29	2 1 16 18 23 27 11 24 6 12 14 9 4 8 10 15 19 25 13 20 28 17 21 5 7 22 1 29	
30	9 11 15 17 22 27 20 28 12 16 10 14 6 23 13 1 21 24 6 2 3 16 7 8 29 30 26 14 25 19	
31	3 9 10 16 17 27 23 1 16 6 12 27 11 19 14 7 2 29 24 30 20 15 5 28 31 8 4 21 13 18 25	
32	1 10 13 20 27 26 16 14 31 30 1 12 1 3 20 17 24 18 25 2 7 12 32 9 19 6 11 27 1 14 23 15 29	
33	4 12 14 15 26 28 10 27 23 16 25 6 13 13 20 29 17 18 1 5 24 21 30 7 31 22 19 2 8 4 3 11 32	
34	3 12 22 23 24 32 13 6 27 26 14 19 29 25 18 34 21 1 5 20 33 4 7 15 11 8 2 17 31 30 9 20 16 10	
35	8 13 19 20 33 35 21 11 1 13 26 17 30 34 7 32 27 29 9 32 26 14 10 4 13 6 15 2 16 25 23 24 3 31 22	
36	8 13 20 23 24 33 10 27 11 1 32 19 28 31 6 6 26 4 30 2 25 12 29 36 18 36 34 22 9 7 3 14 16 15 17 21	
37	6 9 18 19 28 34 36 21 8 12 22 32 14 7 12 29 27 30 11 20 10 5 33 26 15 1 35 3 17 13 31 25 16 4 32 23 24	
38	15 18 21 32 36 35 6 30 25 10 33 22 31 19 5 11 24 27 17 26 14 35 9 8 13 1 17 7 23 20 10 4 28 12 29 37 3 34	
39	3 4 15 17 31 32 34 14 25 17 31 23 8 29 28 16 33 1 33 22 19 9 27 35 5 12 2 11 30 36 26 10 20 21 24 13 38 18 6	
40	3 16 21 29 34 36 31 32 2 25 16 10 36 12 20 13 7 24 14 35 28 23 18 22 30 17 4 35 27 11 33 40 37 8 1 9 15 26 19 3	

## ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada \_\_\_\_\_,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento”, de responsabilidade dos pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz e de outras instituições de pesquisa.

O estudo pretende identificar os tipos de parto realizados, os motivos para realização de cada um e avaliar o atendimento à mulher durante o pré-natal e o parto e aos recém nascidos.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e de como foi sua assistência desde o pré-natal além de consultar algumas informações em seu prontuário. Esta entrevista terá uma duração em torno de 30 minutos e as respostas serão registradas em um formulário eletrônico. Daqui a 45 a 60 dias entraremos em contato com você por telefone para saber como você e seu bebê estão ou visitá-la em seu domicílio, caso necessário.

Tudo que você falar ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir da participação, se assim desejar, com qualquer prejuízo na sua relação com o serviço de saúde.

Declarou ter sido informada e concordou em participar, como voluntária, desta pesquisa (passar para o Bloco I da entrevista)

Declarou ter sido informada e concordou em participar, como voluntária, desta pesquisa, sendo a participação autorizada por seu responsável (passar para o Bloco I da entrevista)

Entrevista realizada com respondente próximo

Não aceitou participar da pesquisa (solicitar autorização para preenchimento do quadro “Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa”)

Coordenação geral: Dra Maria do Carmo Leal

Para esclarecimentos, entrar em contato com Dra. Silvana Granado ou Dra. Mariza Thome.

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - sala 908 – Mangunhios - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 Tel: (21) 2598-2621.

Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - sala 314

Mangunhios - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210.

Telefax: (21) 2598-2863 - e-mail: [cap@ensp.fiocruz.br](mailto:cap@ensp.fiocruz.br) - <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

O horário de atendimento ao público do CEP/ENSP é de 14:00 às 17:00 horas.

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

Nome e telefone do coordenador estadual: \_\_\_\_\_

Informações adicionais no caso de recusa da mãe em participar da pesquisa:

1. Motivo da Recusa: \_\_\_\_\_

2. Idade da entrevistada (mãe):   anos (preencher com 99 caso ela não queira responder)

3. Escolaridade da mãe: Série do Ensino

1. Fundamental 2. Média 3. Superior 9. Não quis dar a informação

4. Raça ou cor (opinião do entrevistador):

1. Branca 2. Preta 3. Parda (morena/mulata) 4. Amarela 5. Indígena

5. Tipo de parto 1. Normal 2. Cesariana 9. Não quis dar a informação

6. O seu parto foi pago pelo: 1. SUS 2. Plano de saúde 3. Particular

7. Nome completo da Entrevistada (mãe): \_\_\_\_\_