Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Assistência ao parto e presença do acompanhante:
um estudo sobre as jovens do Inquérito Nacional
sobre Parto e Nascimento – “Nascer no Brasil”**

Raquel de Jesus Siqueira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristiane da Silva Cabral.

São Paulo
2017

**Assistência ao parto e presença do acompanhante:
um estudo sobre as jovens do Inquérito Nacional
sobre Parto e Nascimento – “Nascer no Brasil”**

Raquel de Jesus Siqueira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane da Silva Cabral.

Versão corrigida

São Paulo

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

de Jesus Siqueira, Raquel

- Assistência ao parto e presença do acompanhante: um estudo sobre as jovens do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento - "Nascer no Brasil" / Raquel de Jesus Siqueira; orientadora Cristiane da Silva Cabral. -- São Paulo, 2017.
186 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.

1. assistência ao parto. 2. reprodução na juventude. 3. presença acompanhante. 4. saúde da mulher. 5. saúde pública. I. da Silva Cabral, Cristiane, orient. II. Título.

Dedico este estudo...

À toda minha família, principalmente ao meu eterno incentivador aos estudos – meu pai amado, a quem devo esta conquista, fruto da nossa força e perseverança.

A meu amor, Danilo, pelos momentos de companheirismo, compreensão, incentivo e apoio, principalmente nos momentos mais difíceis.

À todas (os) obstetrizes: pela coragem e luta para uma forma de nascer mais humana; este trabalho é mais uma prova de nossa resiliência diária.

Com amor.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª *Cristiane da Silva Cabral*, a quem admiro como pessoa. Obrigada pela oportunidade, ensinamentos, convivência e solicitude em todos os momentos nesta minha trajetória, que tanto contribuíram para minha formação acadêmica. Orgulho-me de ter sido, uma das primeiras pessoas, orientada por alguém de tamanha sabedoria e humanidade.

À Profª Drª *Carmem Simone Grilo Diniz*, pelos ensinamentos compartilhados durante minha graduação e pós-graduação, por possibilitar o uso do banco de dados do inquérito “Nascer no Brasil” e pela contribuição na ocasião do exame de qualificação, pré-banca e composição da banca da minha defesa.

À Profª Drª *Cláudia Medina Coeli* e à Profª Drª *Ana Luiza Vilela Borges*, por terem aceitado compor a banca da minha defesa e por todas valiosas contribuições para confecção do trabalho em ocasião do exame de pré-banca.

À Profª Drª *Elizabete Franco Cruz* pelos ensinamentos, luta na Obstetrícia e pelas contribuições na ocasião do exame de qualificação.

Às professoras da graduação em Obstetrícia, em especial a *Jacqueline Brigagão*, *Nádia Zanon Narchi* e *Roselane Gonçalves*, pelos ensinamentos compartilhados que serviram de base para esta trajetória e pela acolhida às/aos obstetrites nos momentos mais críticos vivenciados no curso.

Aos meus pais, *Maria Nazaré* e *Aduminilson*, pela educação e formação concedida e ao meu eterno amigo e grande amor, Danilo. Obrigado por sempre acreditarem em mim e por fornecerem apoio para seguir em busca dos meus sonhos.

Às colegas obstetrites *Cláudia Azevedo*, *Mariana Gervásio*, *Glauce Soares*, *Marina Gemma*, *Francine Cavalieri* e o *Marcel Queiroz*, que de alguma forma contribuíram nesta minha trajetória da pós-graduação; meu carinho especial pela ajuda.

À obstetriz *Juliana Ferreira Moura*, amiga querida desde a graduação, pela amizade, o apoio e incentivo durante todos os momentos.

Aos colegas do grupo de pesquisa GEMAS – Gênero Maternidade e Saúde e aos colegas do grupo de pesquisa sobre Juventude, Gênero e Sexualidade, coordenado pela Prof^a Dr^a Cristiane da Silva Cabral, pela ajuda em diversas ocasiões e pelos momentos de reflexão.

Aos funcionários do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade (Carmem e Lígia) e do Departamento de Pós-Graduação, por todas as informações e auxílios fornecidos.

Ao curso de *Obstetrícia* da Escola de Artes, Ciência e Humanidades da USP e à Faculdade de Saúde Pública da USP.

À CAPES, pela bolsa de Mestrado.

Às jovens que participaram da pesquisa “Nascer no Brasil” e que fizeram parte deste trabalho.

Não sabendo que era impossível, ele foi lá e fez.

- Jean Cocteau

RESUMO

Siqueira RJ. Assistência ao parto e presença do acompanhante: um estudo sobre as jovens do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento - "Nascer no Brasil". [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.

Introdução: Estudos sobre a assistência ao parto de mulheres jovens são escassos no país, sobretudo considerando a perspectiva e especificidade das questões envolvidas sobre a reprodução na juventude e das práticas utilizadas com os preceitos da humanização do nascimento na assistência obstétrica voltada para as jovens. Sabe-se que adoção de práticas obstétricas úteis e a presença do acompanhante (suporte contínuo) durante o processo do nascimento traz benefícios aos desfechos maternos e perinatais. Estas práticas são consideradas como bons indicadores para avaliar a qualidade da assistência obstétrica prestada às mulheres.

Objetivos: analisar a assistência obstétrica e a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto das jovens de risco obstétrico habitual entrevistadas no Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento – "Nascer no Brasil", Região Sudeste; analisar a qualidade da assistência ao parto oferecida às jovens, a partir do exame dos dados sobre as práticas obstétricas; caracterizar a assistência ao parto e descrever a presença do acompanhante, segundo os dois grupos etários de jovens.

Métodos: Estudo transversal, a partir dos dados do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento – "Nascer no Brasil" (NNB), com coleta de dados realizada entre os anos de 2011 e 2012. No presente estudo, a amostra foi composta por 1.212 mulheres jovens entrevistadas pelo inquérito NNB, pertencentes aos hospitais da região Sudeste. Os critérios de inclusão neste estudo foram: mulheres de risco obstétrico habitual com até 24 anos de idade. A análise e a comparação dos dados foram realizadas a partir de dois grupos de mulheres: mulheres entre 13 a 18 anos (adolescentes) e as mulheres entre 19 a 24 anos. A associação entre os grupos de jovens e as variáveis estudadas foi realizada pela análise descritiva bivariada. Foi verificada a associação entre os grupos por meio do teste de associação qui-quadrado de Pearson (χ^2), com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Foram encontradas altas prevalências de práticas prejudiciais para a condução do

trabalho de parto e nascimento das jovens mulheres, como a posição de litotomia (93,6%), o uso do cateter venoso periférico (70,9%), restrição de dieta e líquidos (68%), amniotomia (57,1%), ocitocina (53,6%), episiotomia (49,9%) e a manobra de Kristeller (40,9%) e houve baixa utilização das práticas consideradas úteis e adequadas para a atenção ao parto, tais como: medidas não farmacológicas de alívio para dor (39,9%), contato pele-a-pele logo após o nascimento (35,5%), amamentação na sala de parto (21,3%) e posição não-supina (5,7%). Os índices foram capazes de caracterizar a assistência ao parto, demonstrando uma qualidade aquém da desejável. Apenas 25% das jovens tiveram a presença do acompanhante conforme a lei 11.108/05. As jovens de 13 a 18 anos apresentaram prevalência maior de intervenções durante a assistência ao nascimento, apesar de terem sido mais acompanhadas em todos os momentos da internação, em relação as jovens de 19 a 24 anos. **Conclusões:** Constatou-se que o modelo de assistência oferecido às jovens foi marcado pela presença de intervenções desnecessárias e o baixo uso das boas práticas. A presença do acompanhante não teve influência sobre a magnitude de práticas prejudiciais ocorridas no trabalho de parto e parto das jovens.

Descritores: trabalho de parto e parto, jovem, acompanhantes de pacientes, estudos transversais, saúde pública, saúde da mulher.

ABSTRACT

Siqueira RJ. Assistance in childbirth and the companion's presence: a study on the young women of the National Survey on Childbirth and Birth - "Born in Brazil". [Dissertation]. São Paulo: Public Health School, University of São Paulo, 2017.

Background: Studies with regards to childbirth assistance of young women are scarce in our country, especially when considering the perspective and specificity of the issues involved in the reproduction among youth and the practices used with the precepts of the humanization of birth in obstetric care for young women. It is known that the adoption of useful obstetrical practices and the presence of the companion (i.e. continuous support) during the birth process bring benefits to both maternal and perinatal outcomes. Such practices are considered as positive indicators when assessing the quality of obstetric care provided to women. **Objectives:** To analyze obstetric care and the presence of the companion during labour and the delivery of young women at habitual obstetric risk interviewed in the National Birth and Birth Survey - "Born in Brazil"; to analyze the quality of delivery assistance offered to young women, based on the examination of data on obstetrical practices; to characterize delivery assistance and describe the presence of the companion, according to the two age groups of young women. **Methods:** A cross-sectional study based on data collected from the National Birth and Birth Survey - "Born in Brazil" (NNB), with data collection performed between 2011 and 2012. In the present study, the sample consisted of 1.212 young women interviewed by the NNB survey, belonging to hospitals located in the Southeast region. The inclusion criteria in such present study were: low-risk women up to 24 years of age. Data analysis and comparison were performed in two groups of women: women between the ages of 13 and 18 (adolescents) and women between the ages of 19 and 24. The association between the groups of young women and the studied variables was performed by the bivariate descriptive analysis. The association between the heretofore mentioned groups was verified by using the Pearson chi-square association test (χ^2), with a significance level of 5% ($p < 0,05$). **Results:** A high prevalence of harmful practices was observed with regards to the labour and delivery of young women, such as

lithotomy (93,6%), peripheral venous catheter (70,9%), diet and fluid restriction (68,9%), amniotomy (57,1%), oxytocin (53,6%), episiotomy (49,9%) and Kristeller Maneuver (i.e. uterine fundal pressure) (40,9%) and there was a low utilization of the practices considered useful and adequate for the delivery care, such as: non-pharmacological measures of pain relief (39,9%), skin-to-skin contact at birth (i.e. immediate contact between mother and the newborn immediately after birth) (35.5%), breastfeeding in the delivery room (21,3%), and non-supine position (5,7%). The indices were able to characterize delivery care, thus demonstrating a quality which is presented as not desirable. Only 25% of the young women were accompanied by the accompanying person according to law 11.108/05. The young women aged between 13 and 18 presented higher interventions prevalence during birth care, although they were more often followed at all times of hospitalization, when compared to young women aged between 19 to 24 years of age.

Conclusions: It was therefore found that the assistance model offered to young women was marked by the presence of unnecessary interventions and the low use of good practices. The presence of the companion had no influence on the magnitude of harmful practices during labour and the delivery of the young women.

Keywords: labour and delivery, young woman, medical chaperones, cross-sectional studies, public health, women's health.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
MULHERES JOVENS: ASPECTOS SOBRE AS QUESTÕES REPRODUTIVAS NA JUVENTUDE	21
1.2. ASSISTÊNCIA AO PARTO: DO DOMICÍLIO AO HOSPITAL	30
1.3. ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO E PARTO COMO PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA	34
1.4. ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO NO BRASIL: POLÍTICAS PÚBLICAS.....	36
1.5. ELEMENTOS PARA QUALIDADE DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	42
1.6. PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO TRABALHO DE PARTO E NASCIMENTO	47
2. OBJETIVOS.....	57
2.1. OBJETIVO GERAL	57
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	57
3. METODOLOGIA	58
3.1. DESENHO DO ESTUDO	58
3.2. LOCAL DO ESTUDO	58
3.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO	58
3.4. DESENHO AMOSTRAL	60
3.5. COLETA DE DADOS	61
3.6. VARIÁVEIS DO ESTUDO	62
3.7. TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA	69
3.8. ASPECTOS ÉTICOS	70
4. RESULTADOS.....	71
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	71
4.2. ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA PRESTADA AS JOVENS.....	75
4.2.1. Assistência Obstétrica segundo as Recomendações da OMS.....	76

4.2.2. Índices para Análise da Qualidade da Assistência ao Parto	79
4.2.2.1. Índice de Intervenções	80
4.2.2.2. Índice das Boas Práticas Obstétricas	82
4.2.2.3. Índice de Bologna	84
4.3. A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE DURANTE A INTERNAÇÃO PARA O PARTO DAS JOVENS	87
5. DISCUSSÃO	98
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141
8. ANEXOS	164
8.1. ANEXO 1 - CLASSIFICAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DA OMS	164
8.2. ANEXO 2 - APROVAÇÃO ÉTICA DO INQUÉRITO NNB	169
8.3. ANEXO 3 - APROVAÇÃO ÉTICA DO PROJETO DE PESQUISA	170
8.4. ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO NNB	172
9. APÊNDICES	173
9.1. APÊNDICE 1 - SOLICITAÇÃO DO BANCO DE DADOS DO INQUÉRITO NNB	173
9.2. APÊNDICE 2 - TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS DO NNB	184
9.3. APÊNDICE 3 - CURRÍCULO LATTES RESUMIDO DA ALUNA	185
9.4. APÊNDICE 4 - CURRÍCULO LATTES RESUMIDO DA ORIENTADORA	186

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das jovens de risco habitual de acordo com as características sócio-demográficas, segundo faixa etária. Região Sudeste.....	72
Tabela 2. Distribuição das jovens de risco habitual de acordo com as características obstétricas e o profissional que atendeu ao parto, segundo faixa etária. Região Sudeste.....	74
Tabela 3. Distribuição das práticas utilizadas durante trabalho de parto e parto de acordo com a classificação para assistência ao parto da OMS e segundo faixa etária das jovens de risco habitual. Região Sudeste.....	76
Tabela 4. Distribuição das características sobre o acompanhamento durante a internação para o parto, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	88
Tabela 5. Distribuição da presença do acompanhante nos diferentes momentos da internação para o parto, de acordo com as características sócio-demográficas e obstétricas, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	89
Tabela 6. Distribuição da presença de acompanhante no trabalho de parto segundo Índice de Intervenções, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	91
Tabela 7. Distribuição da presença de acompanhante no parto segundo Índice de Intervenções, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	92
Tabela 8. Distribuição da presença de acompanhante no trabalho de parto segundo Índice de Boas Práticas adaptado, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	93
Tabela 9. Distribuição da presença do acompanhante no parto segundo Índice de Boas Práticas adaptado, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	94
Tabela 10. Distribuição da presença do acompanhante no trabalho de parto segundo Índice de Bologna adaptado, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	95
Tabela 11. Distribuição da presença do acompanhante no parto segundo Índice de Bologna adaptado, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	96

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma da população de jovens em cada etapa do estudo.....	59
Figura 2. Identificação das práticas obstétricas utilizadas na composição do Índice de Boas Práticas (IBP), do Índice de Intervenções (II) e do Índice de Bologna (IB)..	68
Gráfico 1. Boxplot da distribuição de idade das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	72
Gráfico 2. Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	78
Gráfico 3. Escores do Índice de Intervenções para os partos das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	81
Gráfico 4. Índice de Intervenções segundo os grupos das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	81
Gráfico 5. Escores do Índice de Boas Práticas para os partos das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	83
Gráfico 6. Índice de Boas práticas segundo grupos etários das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	83
Gráfico 7. Distribuição das variáveis de qualidade do Índice de Bologna, partos normais das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	85
Gráfico 8. Escores do Índice de Bologna para os partos normais das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	86
Gráfico 9. Escores do índice de Bologna segundo grupos etários das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	86
Gráfico 10. Presença de acompanhante no trabalho de parto segundo Índice de Intervenções, de acordo com os grupos das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	92
Gráfico 11. Presença do acompanhante no parto segundo Índice de Intervenções, de acordo com os grupos das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	93
Gráfico 12. Presença do acompanhante no trabalho de parto segundo Índice de Boas práticas adaptado, de acordo com os grupos das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	94

Gráfico 13. Presença do acompanhante no parto segundo Índice de Boas Práticas adaptado, de acordo com os grupos das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	95
--	----

Gráfico 14. Presença do acompanhante no trabalho de parto segundo Índice de Bologna adaptado, de acordo com os grupos das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	96
--	----

Gráfico 15. Presença do acompanhante no parto segundo Índice de Bologna adaptado, de acordo com os grupos das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste.....	97
--	----

SIGLAS UTILIZADAS

ANS	– Agência Nacional de Saúde Suplementar
CO	– Centro Obstétrico
CPN	– Centro de Parto Normal
ECA	– Estatuto da Criança e do Adolescente
IBP	– Índice de Boas Práticas
IB	– Índice de Bologna
IC	– Intervalo de Confiança
II	– Índice de Intervenções
MBE	– Medicina Baseada em Evidências
MS	– Ministério da Saúde
NNB	– Nascer no Brasil
ODM	– Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	– Organização Mundial da Saúde
OPAS	– Organização Pan-Americana da Saúde
OR	– Odds Ratio
PAISM	– Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	– Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	– Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS	– Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
SUS	– Sistema Único de Saúde
PNJ	– Política Nacional de Juventude
TP	– Trabalho de Parto
UNICEF	– United Nations Children's Fund-Fundo das Nações Unidas para a Infância

APRESENTAÇÃO

Ao entrar na graduação de Obstetrícia no ano 2008 pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da USP, tive a oportunidade de participar em atividades de pesquisa. Participei de programas de iniciação científica e de cultura e extensão ao longo da graduação, cujos objetos de estudos estavam relacionados com a área da saúde das mulheres. O meu envolvimento nestes programas despertou o interesse, mais tarde, em ingressar na academia.

Não imaginava que anos depois, após participar de um dos primeiros projetos de cultura e extensão que tratava sobre sexualidade e uso de contraceptivos em estudantes adolescentes, em uma escola fundamental localizada na periferia da zona leste de São Paulo viria se tornar uma aproximação impensável com a população jovem, bem como abrir possibilidades para refletir e trabalhar questões sobre a reprodução na juventude.

Já no final da minha graduação (2012), tive a oportunidade de continuar no universo das pesquisas em saúde. Fui entrevistadora e supervisora de campo em estudos que pautaram aspectos importantes sobre a saúde das mulheres e jovens já no âmbito da saúde coletiva. Dentre estes projetos estão o Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento (Nascer no Brasil) no qual entrevistei mulheres que tiveram o parto assistido nas maternidades que participaram da pesquisa no Estado de São Paulo. Tive um aprendizado imenso com a participação no Nascer no Brasil, principalmente sobre a dinâmica complexa que se trata uma coleta de dados de uma pesquisa nacional. Neste processo de trabalho como entrevistadora, me senti à vontade com o tema e foi um prazer fazer parte deste processo, sabendo da importância e relevância que se tratava esta pesquisa para o campo do saber da área da obstetrícia e saúde das mulheres e bebês, bem como o quão seriam preciosos os resultados deste inquérito, no sentido de retratar pela primeira vez com mais detalhes, a assistência ao parto e nascimento oferecida em nosso país.

Após minha participação no Nascer no Brasil, tive a oportunidade de trabalhar na pesquisa Gênero e Infecção pelo HIV: estudo sobre práticas e decisões relativas à saúde sexual e reprodutiva (GENIH) em mulheres vivendo com HIV no município de São Paulo, com realização no ano de 2013. Neste trabalho tive a oportunidade de

aprender com as mulheres muitos desdobramentos sobre a sua sexualidade e história reprodutiva com a descoberta da soropositividade, algo que nunca tinha ocorrido até o momento. A participação no GENIH foi particularmente especial por ter cohecido uma pessoa talentosa e acolhedora, que possibilitou mais tarde o meu ingresso no curso de mestrado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), a querida Prof^a Cristiane da Silva Cabral.

Em 2014, ingressei no curso de Aprimoramento profissional em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde (IS) da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, no qual passei um ano me debruçando e aprendendo sobre assuntos relevantes da Saúde Pública e Coletiva do Brasil; desde o seu processo sócio-histórico, a criação do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) e as conquistas, os desafios e a complexidade que representa o tema. Também, neste mesmo ano tive a oportunidade de trabalhar em outro inquérito nacional, o Estudo Nacional sobre Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA). Foi particularmente interessante ter a experiência como supervisora de campo neste trabalho, no qual a coleta de dados se deu nas escolas espalhadas em todo Estado de São Paulo. Todos esses estudos me trouxeram distintas experiências de pesquisa e aproximação a objetos instigantes relativos ao campo da Saúde Coletiva.

As atividades desenvolvidas na pesquisa Nascer no Brasil (NNB) e a relevância do tema me instigaram a ingressar no mestrado e trabalhar com uma parte dos resultados inéditos trazido por tal estudo. Seria um modo de continuar minha formação como pesquisadora na área e alinhar um tema de investigação que fizesse me reaproximar, de certo modo, de discussões inicialmente feitas durante minha graduação.

O interesse de estudar a assistência ao parto das jovens partiu das conversas cheias de entusiasmos e incentivos com minha orientadora, Cristiane da Silva Cabral, sobre a importância do tema frente à carência de trabalhos que lidam com as questões envolvidas especificamente sobre a reprodução na juventude. Tendo em vista que eu havia vivenciado toda a dinâmica de produção de dados empíricos para tal pesquisa, optamos por direcionar nosso olhar para as práticas desenvolvidas na atenção ao trabalho de parto e parto oferecidas a esta parcela da população. Além disso, durante todo o meu percurso até o ingresso na pós-graduação estive envolvida em trabalhos com a população juvenil, mesmo sem me dar conta ao certo disto, durante esta trajetória. Foi desafiador abraçar um tema rico

e me apropriar dele, mesmo que esta apropriação não tenha sido de forma tão profunda, mas foi um primeiro passo para minha imersão nesta área temática e, o melhor, atrelando a ela, a minha base de formação na obstetrícia.

Desse modo, estudar as jovens participantes do Nascer no Brasil foi uma oportunidade de conhecimento sobre a atenção ao parto oferecida a estas mulheres e que possibilitou descobrir como se deu a assistência ao parto das mulheres jovens brasileiras. Acreditamos que conhecendo este cenário podemos colaborar para a visibilidade do tema, em relação a suas especificidades e para que melhorias na assistência à saúde das jovens possam vir a ser pautadas e encorajadas.

Assim, este trabalho representa a conclusão do meu mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública oferecido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, área de concentração Saúde, Ciclos de vida e Sociedade. A presente dissertação está dividida em quatro partes principais: o capítulo introdutório traz a contextualização do problema de pesquisa, relevância e justificativa para realização do estudo. Nesta seção, argumento a respeito das questões envolvidas sobre a reprodução na juventude, bem como a importância sobre a atenção humanizada ao parto e nascimento. O capítulo seguinte apresenta os aspectos metodológicos da pesquisa maior e o recorte que é feito pela presente investigação. O capítulo subsequente traz os principais resultados do estudo, seguido da discussão sobre os resultados encontrados. Optou-se por focar nas práticas desenvolvidas durante a assistência ao trabalho de parto e parto a fim de descrever o cenário sobre a assistência oferecida às jovens. A análise foi feita a partir das orientações da OMS e por meio da utilização de índices, sendo um deles o escore de Bologna. Por fim, faço algumas considerações finais, ciente de que são todas ainda bastante iniciais e que carecem de reflexão vindoura da interlocução que ora se inicia.

Raquel de J. Siqueira
Fevereiro 2017.

INTRODUÇÃO

MULHERES JOVENS: ASPECTOS SOBRE AS QUESTÕES REPRODUTIVAS NA JUVENTUDE

Por definição, a juventude é uma construção histórica e social e não simplesmente uma condição etária. Cada época e cultura postulam diferentes maneiras de ser jovem, definidas ou determinadas por condições sociais e culturais específicas, nas quais estão inseridas (ABROMOVAY e CASTRO, 2015). Diferentes significados são dados à palavra juventude, a depender do contexto social, histórico, político, econômico e cultural (BOURDIEU, 1993). Comumente se define juventude como uma transição da infância e adolescência para vida adulta, uma espécie de preparação para que o jovem no futuro desempenhe atividades que se espera de um adulto (SILVA e SILVA, 2011).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde - Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), a juventude compreende a uma categoria sociológica que abrange o período de 15 a 24 anos de idade, no qual os jovens se preparam como sujeitos munidos de direitos e deveres para assumirem o papel de adulto (SILVA e SILVA, 2011).

Existe certa flexibilidade quanto a este período etário, a depender do contexto sócio-político e cultural. No Brasil, a Política Nacional de Juventude (PNJ) considera jovem todo cidadão ou cidadã com idade entre os 15 e 29 anos. Divide essa faixa etária em três subgrupos: os jovens de 15 a 17 anos, considerados de jovens-adolescentes; os jovens de 18 a 24 anos como os jovens-jovens; e os jovens de 25 a 29 anos, como jovens-adultos¹ (CONJUVE, 2006). Os estudos de áreas como a biologia, psicologia e demografia auxiliaram na delimitação e universalização da juventude à uma faixa etária que corresponderia a todos os jovens. Nessa abordagem, a juventude estaria num período que vai do momento em que se atinge

¹ A população que compõe este estudo são as mulheres com idade entre 13 a 24 anos. O termo jovem será utilizado para fazer referência a esse espectro etário. Entretanto, as adolescentes, quando citadas, compreendem as mulheres com idade entre 12 a 18 anos, para manter a definição dada pelo ECA (BRASIL, 1990).

a maturidade fisiológica até a maturidade social. No entanto, os jovens compreendem a milhões de pessoas que trazem questões e especificidades próprias e que usualmente, nestas disciplinas, estão sob a ótica de “problema social” (UNESCO, 2004).

Contribuições das ciências sociais, políticas e da antropologia na análise sobre a juventude auxiliaram na compreensão ampliada dessa fase vital, considerando outras dimensões como o contexto e circunstâncias que os jovens se encontram. Atualmente, há um reconhecimento da não universalização da juventude, pois nem todas as pessoas com a mesma idade percorrem esse período da mesma maneira ou atingem o que se é esperado ao mesmo tempo (UNESCO, 2004; HEILBORN et al., 2006; ABROMOVAY e CASTRO, 2015).

Por consequência, tem-se utilizado, na literatura, a palavra juventude no plural. A expressão “juventudes” representa, assim, o reconhecimento da necessidade de levar em conta que os jovens constituem identidades, singularidades e especificidades de acordo com a realidade de cada um (BOURDIEU, 1983; SILVA e SILVA, 2011).

Parte-se da afirmação de que não há somente uma juventude, mas juventudes que se constituem em um conjunto diversificado com diferentes parcelas de oportunidades, dificuldades, facilidades e poder na nossa sociedade. A juventude por definição é uma construção social, uma produção de uma determinada sociedade, relacionada com formas de ver os jovens, inclusive por estereótipos, momentos históricos, referências diversificadas e situações de classe, gênero, raça, grupo, contexto histórico entre outras. Ressalta-se que o emprego do termo juventudes no plural, antes de patrocinar uma perspectiva fracionada, na qual aparecem modelos de jovens separados, sinaliza a existência de elementos comuns ao conjunto dos jovens (ABROMOVAY e CASTRO, 2015).

Desse modo, a juventude é compreendida não apenas em sua dimensão etária e geracional, entendida somente como uma passagem para a vida adulta, mas sim como um processo. É necessário considerar o sentido da diversidade e das múltiplas possibilidades de como ser jovem pode ser vivido, considerando a pluralidade e as circunstâncias que caracterizam a condição juvenil (HEILBORN e CABRAL, 2006).

Dos elementos considerados para condição juvenil estão: a conquista da condição adulta como meta; a emancipação e autonomia na trajetória; a construção da identidade própria como questão central; as relações entre gerações como marco básico para atingir tais propósitos; e as relações entre jovens para modelar

identidades, ou seja, a interação entre pares como processo de socialização (UNESCO, 2004).

Para alguns autores, como por exemplo, GALLAND (GALLAND, 1995; 1997 apud HEILBORN et al., 2006) é necessário superar a definição de juventude como marco etário e circunscrevê-la pontuando os acontecimentos que surgem nesta fase como demarcadores para transição da vida adulta. O conceito de trajetória biográfica se torna uma forma de operacionalizar uma compreensão dessa transição, uma vez que traz marcos da vivência juvenil. Alguns dos marcos compreendem o término dos estudos; o início da vida profissional; a saída da casa dos pais e o início da vida conjugal (HEILBORN, 2006).

Em outras palavras, o termo juventude abarca diversas dimensões que não se restringem ao debate sobre os limites etários de determinado grupo populacional. Exemplo disso é a falta de consenso em torno das idades e de suas respectivas nomeações, pois elas variam de acordo com as épocas, países e instâncias que os legislam. Procurou-se argumentar, ainda que brevemente nestas páginas iniciais, sobre a divisão arbitrária das idades e a construção de categorias (tal como a de juventude). Infância, juventude, adultez e velhice são categorias ordenadoras do mundo social e encobridoras de heterogeneidades. O recurso linguístico de falar em juventudes no plural busca expressar tanto a divisão arbitrária das idades quanto a diversidade abarcada pelo termo. Nas palavras de Bourdieu (1983): “É por um formidável abuso de linguagem que se pode subsumir no mesmo conceito universos sociais que praticamente não possuem nada de comum” (BOURDIEU, 1983; p. 114).

As questões de saúde dos jovens permeiam estes marcos. No que concerne às mulheres jovens e à reprodução na juventude, o que se percebe é que a gravidez na adolescência ganha grande destaque. Há tempos se concebe a juventude como uma geração responsável por transmissão de valores ou até mesmo por rupturas de padrões. A juventude é usualmente analisada sob a ótica de “problema social”, sobretudo quando se afasta das expectativas sociais depositadas sobre essa condição (ABRAMO, 1997; HEILBORN et al., 2002). Esta perspectiva está subjacente à temática da gravidez na adolescência, quando esta é colocada como acontecimento indesejável. Desse modo, o evento ganha destaque e aclamação da sociedade por confrontar o ideário social ou as expectativas depositadas sobre a juventude (HEILBORN, 2006).

Nos países latino-americanos, inclusive no Brasil, a aproximação entre juventude e reprodução está colocada sob a ótica de “problema social”. No debate sobre gravidez na adolescência, o evento é qualificado como “precoces” e indesejado (RODRIGUES et al., 2008; SPINDOLA et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2010, MARTINS et al., 2011; SANTOS et al., 2014a). Este discurso está sob a justificativa de que a adolescência é caracterizada por momento de instabilidade, incertezas, imaturidade e crises, de modo que se torna incompatível com a representação dominante da parentalidade (HEILBORN e CABRAL, 2006, HEILBORN, 2012).

A questão da gravidez na adolescência no Brasil destacou-se com o advento da queda de fecundidade total das últimas décadas, porém sem uma redução significativa nas mulheres jovens. Em fins dos anos de 1990 e início dos anos 2000, observou-se um rejuvenescimento da fecundidade no país (BERQUÓ et al., 2012). Este rejuvenescimento, junto com as transformações sociais advindas das expectativas sociais para as adolescentes e jovens, como por exemplo, maior duração da escolaridade e a emancipação das mulheres, corroboraram para uma inquietação pública sobre a gravidez na adolescência, tornando-a um problema social e que é encarado como algo que deve ser controlado ou prevenido (BRANDÃO, 2006; CABRAL, 2009). Muito se discutiu, por exemplo, sobre a precocidade da vida sexual que levaria também a um início precoce da vida reprodutiva, aumentando o número de filhos e diminuindo o espaçamento entre os nascimentos (HELBORN e CABRAL 2006; CABRAL, 2009; BERQUÓ et al., 2012).

Existem expectativas quanto às trajetórias das jovens, nas quais a gravidez nesta etapa da vida não seria pertinente, pois atrapalharia o percurso “natural” na passagem para vida adulta. A gravidez seria um determinante para a interrupção dos estudos, a não inserção no mercado de trabalho e união conjugal precoce, tornando-se um acontecimento perturbador para o desenvolvimento de uma juventude aceitável para as jovens e adolescentes (CABRAL, 2003; HEILBORN, 2006). Os estudos com essa concepção de “problema”, ora colocam esses desfechos como consequência negativa da gravidez na adolescência, ora como antecessores e fatores de risco para o seu desenvolvimento (VALDÉS et al., 2002; BRANDÃO, 2006; OVIEDO e GRACIA, 2011).

Nota-se, na literatura, a presença de duas abordagens e enfoques distintos sobre o evento (BRANDÃO, 2006; REYES e GONZÁLEZ, 2014). Uma abordagem trata o fenômeno da gravidez na adolescência como problema social e de saúde

pública, concepção advinda de áreas como a medicina, demografia, epidemiologia e psicologia social. Os estudos produzidos por estas disciplinas tratam a gravidez sob o enfoque de risco e possuem um caráter normativo, que em geral partem do pressuposto que a sua ocorrência na adolescência é indesejável e que trariam consequências negativas para mães e bebês (REIS, 1993; CABRAL, 2003; BRANDÃO, 2006). Para BRANDÃO (2006), esses estudos compartilham uma concepção genérica sobre adolescência e juventude, tornando-a universal para todas as jovens. Esta concepção é encontrada em investigações descritivas e estatísticas sobre o evento. São os estudos sociodemográficos, epidemiológicos e psicossociais que geralmente assumem um discurso alarmista e moralista, buscando estabelecer relações de causalidade entre as práticas sexuais das jovens adolescentes e os desfechos indesejados, bem como características socioeconômicas e psicológicas (RODRIGUES et al., 2008; SPINDOLA et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2010, MARTINS et al., 2011; SANTOS et al., 2014a).

Além disso, outros resultados indesejados de uma fecundidade precoce estariam voltados para a saúde das jovens e seus bebês. Entre as consequências ruins para o bebê estaria a mortalidade infantil causada pelo baixo peso ao nascer, justificada pela “incapacidade fisiológica” da gestante e sua “imaturidade psíquica” para cuidar e criar uma criança. Já quanto às implicações para a mãe estaria a mortalidade materna, bem como morbidades específicas (BRANDÃO, 2006; REYES e GONZÁLEZ, 2014). Esses estudos apontam ainda uma alta incidência de complicações ao binômio (mãe e bebê) quando as adolescentes possuem idade menor que 16 anos, comparadas com as demais mulheres de outras faixas etárias (OVIEDO e GRACIA, 2011; VALDÉS et al., 2002). Estes resultados são provenientes da contribuição de estudos da área das ciências médicas e a associação de idade precoce e danos à saúde das adolescentes e bebês são frequentes.

Outra abordagem ao tema possui o enfoque sociocultural, com contribuição das ciências sociais. Nesta, a gravidez na adolescência passa a ser um problema sociológico, em que deve ser considerado o contexto social e cultural para compreensão do evento. Passa-se a problematizar os riscos considerados pelas outras áreas, como a idade precoce e consequências negativas, como abandono dos estudos e perpetuação da pobreza entre as gerações (BRANDÃO, 2006).

Ao qualificar a gravidez como “precoce”, principalmente aquela com idade menor que 16 anos, devem ser considerados outros parâmetros além do biomédico, como as condições de vida, os comportamentos de riscos, o acesso à serviços de saúde, entre outros. O risco pode estar associado aos aspectos referentes a vida das adolescentes e não ao fato de estar gestando (REYES e GONZÁLEZ, 2014). Assim, considerar as condições socioeconômicas e culturais desfavoráveis às quais as jovens estão inseridas são determinantes importantes para analisar os casos de mortalidade e morbidade materno-infantil e não só a precocidade da reprodução (LUKER, 1996 apud BRANDÃO, 2006; STERN e GARCIA, 1999 apud BRANDÃO, 2006; REYES e GONZÁLEZ, 2014).

Nesta abordagem sociocultural, a idade precoce sozinha não poderia ser vista como fator de risco para morbidade e mortalidade das mães adolescentes e seus recém-nascidos (RN). Argumenta-se que condições socioeconômicas e culturais desfavoráveis estariam associadas ao não desenvolvimento de uma gravidez e parto saudáveis. Condições prévias de saúde, nutrição das adolescentes e a assistência ao pré-natal e parto são fatores determinantes para esses desfechos negativos. Além disso, a proporção de gravidezes ocorridas em menores de 16 anos, faixa etária considerada como tendo maiores riscos para saúde do binômio, é pequena, porém não menos importante, mas que não deve levar à universalização do risco a todas as jovens. Assim, a mortalidade e morbidade materna-infantil associada à gravidez na adolescência seria consequência da desigualdade social e da pobreza, e não apenas da idade em si (BRANDÃO, 2006; REYES e GONZÁLEZ, 2014).

O argumento segundo o qual a gravidez na adolescência seria um fator para perpetuação da pobreza entre as gerações traz subjacente uma outra concepção, a saber, a da gravidez ser um impedimento na continuidade dos estudos e, como consequência, menor qualificação profissional, de modo que traria instabilidade no emprego e acarretaria na impossibilidade de oferecer uma vida adequada aos filhos. Segundo BRANDÃO (2006), este argumento é contestado pelo fato de que em países de baixa renda a maior proporção de gravidezes precoces ocorre depois que as jovens já tinham abandonado os estudos (ALMEIDA e AQUINO, 2011). O fato de a gravidez precoce estar associada à pobreza não significa que ela determine e a propague. Não cabe generalizar tal desfecho a todas as jovens, devendo ressaltar a importância dos contextos envolvidos (REYES e GONZÁLEZ, 2014).

Segundo STERN e GARCIA (Stern e Garcia, 1999 apud BRANDÃO, 2006), a postura normativa rejeita a reprodução precoce e faz crítica severa aos jovens pais, sendo considerados como desviantes. Os estudos com esta postura normativa, além de considerar tal comportamento dos jovens pais como desviante, também responsabilizam as famílias dos jovens como incapazes de educar os filhos corretamente. Esta postura seria uma tentativa da difusão de valores tradicionais pertencentes a classes médias urbanas, na qual a idealização estaria na composição de uma família nuclear, sem a interrupção ou a aceleração de fases para transição da vida adulta. Dessa maneira, justifica-se a necessidade de intervenção para controlar os jovens tidos como imaturos, incapazes e irresponsáveis para tomar decisões quanto a sua sexualidade e reprodução, sendo o mais correto evitar a gravidez, cabendo aos adultos esta responsabilidade. Neste contexto, o Estado por vezes é aclamado para intervir (CABRAL; HEILBORN; BRANDÃO, 2007).

Em contraposição à concepção hegemônica quanto a gravidez na adolescência como problema social, é importante a construção de um olhar que contemple os diferentes aspectos deste evento e sua pluralidade de significados. Segundo BRANDÃO (2006), o enfoque socioconstrutivista da sexualidade e reprodução deve ser considerado, dialogando com outras interfaces disciplinares como a antropologia, a sociologia, a psicologia interpretativa, os estudos sobre gênero e sexualidade:

(...) as metodologias qualitativas contribuem para evidenciar as dimensões socioculturais da sexualidade adolescente: a subjetividade dos atores, as relações de gênero, as redes sociais etc. A gravidez na adolescência é considerada não apenas por suas implicações sanitárias e demográficas, mas como sintetizadora de símbolos e significados atinente à sexualidade, à maternidade, à identidade de gênero, às relações sociais (BRANDÃO, 2006, p.71).

O enfoque de risco sobre a gravidez na adolescência está pautado e presente em documentos oficiais, como protocolos e manuais, do Ministério da Saúde (MS), OPAS e OMS. Esses documentos oficiais consideram a gravidez na adolescência como não planejada, indesejada, decorrente da falta de conhecimento sobre métodos contraceptivos e inadequação familiar (MS, 2013a).

Contudo, segundo CABRAL (2009), atualmente, trabalhos latino-americanos e do Brasil buscam o rompimento dessa ótica hegemônica, da gravidez na

adolescência como um evento de risco médico-biológico e evento não esperado. Os trabalhos ressaltam diferenças quanto a essas normas e aos discursos das adolescentes na atribuição dos significados dado à gravidez e à maternidade em suas vidas. Há uma pluralidade de contextos e significados dados a maternidade e à gravidez pelas adolescentes. Em determinados casos, a adolescente possui o desejo de engravidar e ser mãe constitui seu projeto de vida face aos poucos projetos possíveis, contrariando assim a visão de tais documentos (CABRAL, 2009; BERQUÓ et al., 2012).

Os questionamentos envoltos à juventude e o evento da gravidez na adolescência inquietam diversas áreas disciplinares, e polarizam a discussão sobre o tema. As padronizações e naturalização acerca destes eventos podem prejudicar uma análise e interpretação adequadas sobre os significados e representações que os cercam nos diferentes contextos. Segundo BERQUÓ et al. (2012), a literatura nacional é rica e possui uma produção de grande volume de estudos sobre os padrões de comportamento sexual e reprodutivo na juventude. Porém, há carência de estudos com abrangência nacional ou de inquéritos domiciliares.

Somente dois estudos de abrangência populacional possibilitou uma aproximação com questões acerca da reprodução juvenil. A *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006)* foi um inquérito de âmbito nacional, que teve como objetivo central caracterizar a população feminina em idade fértil (15 a 49 anos) e as crianças menores de cinco anos segundo fatores demográficos, socioeconômicos e culturais (MELLER e SCHAFER, 2011). Destaca-se por permitir uma aproximação com a temática da reprodução, visto que trouxe alguns elementos que nos possibilitou avaliar o contexto em que as mulheres brasileiras tiveram seus filhos no período analisado (MS, 2008). Porém, o foco do inquérito não foi a juventude e o estudo não deu ênfase nos aspectos da assistência ao parto prestada às mulheres.

Além da PNDS, outro estudo importante realizado no país com elementos sobre a reprodução na juventude foi a pesquisa *Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil – (GRAVAD, 2002)*.² Esse estudo centrou-se sobre a população jovem, mas nada investigou sobre a assistência ao parto, por exemplo.

² A pesquisa GRAVAD - "Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil" foi uma investigação multidisciplinar sobre o fenômeno gravidez na

Essa lacuna precisa ser suprida. No atual cenário brasileiro de saúde das jovens, a contribuição da fecundidade específica do grupo de mulheres de 15 a 24 anos na fecundidade total foi de 53% no ano de 2006, segundo dados da PNDS (BERQUÓ et al., 2012); tradicionalmente, as taxas de fecundidade mais elevadas são encontradas em mulheres entre 20 a 24 anos. Dados do DATASUS corroboram esta tendência, uma vez que a proporção de nascimentos foi maior (43%) neste grupo etário (15 a 24) em relação às demais mulheres em idade reprodutiva no ano de 2014, apesar da redução ao compararmos com dados do ano de 2006. Deste total, 18% dos nascimentos realizados no SUS foram de mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos e 25% no grupo de 20 a 24 anos (DATASUS, 2014).

Existe uma carência de estudos, sobretudo quanto aos aspectos relacionados à assistência ao parto prestada, considerando especificamente as mulheres jovens. A literatura é rica sobre o interesse de investigar a atenção humanizada e integral nos serviços brasileiros, com o objetivo de avaliar as práticas durante a atenção ao parto (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2008; MANZINI et al., 2009; AGUIAR, 2012; SOUSA, 2013), principalmente se estão de acordo com a política de humanização do parto e nascimento. Porém, de modo geral, quando os estudos exploram a assistência, consideram todas as mulheres na fase reprodutiva, sem levar em conta as especificidades da população investigada, segundo diferentes momentos do curso de vida.

Dois estudos recentes foram encontrados com interesse de investigar sobre as práticas adotadas na assistência ao parto de mulheres jovens.³ Um foi realizado em um hospital escola no sul do país e avaliou, a partir do relato de trabalhadores, as práticas obstétricas desenvolvidas em um centro obstétrico de um hospital universitário. Os autores mostraram que as práticas adotadas para assistir as adolescentes foram consideradas adequadas, ao passo que outras eram inadequadas e ressaltaram a necessidade da utilização de procedimentos embasados nas evidências científicas e inseridos na proposta de humanização do parto para garantir melhores resultados à mãe e bebê (BUSANELLO et al., 2011).

adolescência. Houve duas etapas: a primeira quantitativa realizada em 2002, com entrevistas de 4.634 jovens dos sexos masculino e feminino com idades entre 18 a 24 anos, em três capitais brasileiras (Salvador, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul). Foi realizada por três centros de pesquisa: o Programa de Estudos “Gênero, Sexualidade e Saúde” do Instituto de Medicina Social-UERJ, o Programa de Estudos “Gênero, Mulher e Saúde” do Instituto de Saúde Coletiva-UFBA e o Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde-UFRGS (HEILBORN et al., 2006).

³ Em ambos estudos, o foco da análise foi as adolescentes.

Um segundo estudo avaliou os resultados maternos e neonatais das adolescentes em um centro de parto normal (CPN) na região sudeste do país, com resultados mais favoráveis⁴, apesar de apresentar relação positiva entre a idade das adolescentes com baixo peso do recém-nascido (SANTOS et al., 2014b).

Ainda ao que se refere às adolescentes, são encontrados diversos trabalhos com abordagem qualitativa, interessados sobre as perspectivas e vivência das adolescentes, profissionais e acompanhantes quanto à atenção prestada ao parto (OLIVEIRA, 2002; MACCALLUM e REIS, 2006; GOMES et al., 2011, MELO et al., 2011).

Apesar das contribuições dos trabalhos já realizados com a população jovem, na literatura não existem estudos que abordam especificamente a assistência ao parto das mulheres até os 24 anos de idade, sobretudo considerando a perspectiva das práticas utilizadas com os preceitos da humanização do nascimento e das evidências científicas para a assistência obstétrica. Os trabalhos existentes abordam somente as adolescentes (10 a 19 anos)⁵ ou consideram todas as mulheres em fase reprodutiva, sem cotejar especificidades da condição juvenil.

1.2. ASSISTÊNCIA AO PARTO: DO DOMICÍLIO AO HOSPITAL

Parto e nascimento são ritos de passagem que estão repletos de representações sociais e culturais (DAVIS-FLOYD, 1992). Historicamente, no início do século XX, o parto era atendido predominantemente no domicílio e assistidos por mulheres (parteiras, aparadeiras, curiosas, dentre outras denominações) na presença dos familiares (BRENES, 1991; RATTNER, 2009). As mulheres eram acompanhadas pela família e assistidas por uma mulher de confiança que oferecia um cuidado ao parto respeitando a sua fisiologia (BRENES, 1991; OSAVA, 1997). A

⁴ O estudo mostrou resultados maternos e neonatais favoráveis para as adolescentes saudáveis (10 a 19 anos, população adolescente considerada neste estudo) atendidas no CPN, com a realização de boas práticas assistenciais voltadas para o parto.

⁵ A OMS estabelece a faixa etária entre 10 a 19 anos como período que compreende a adolescência (MS, 2013a). Observa-se esta delimitação nos trabalhos voltados para a gravidez na adolescência, sobretudo os estudos voltados para os aspectos clínicos desta condição.

parteira, além de prestar cuidados relacionados ao parto, também oferecia apoio físico e conforto emocional, com pouca ou nenhuma intervenção durante a assistência (BEZERRA e CARDOSO, 2006).

A presença de acompanhantes no cenário do parto facilitava e auxiliava a vivência desse processo para a parturiente. Geralmente eram as mulheres que exerciam este apoio, pois o trabalho com os cuidados do parto era considerado uma prática eminentemente feminina e tradicionalmente realizada por mulheres (OSAVA, 1997).

No século XX, após a Segunda Guerra Mundial, em nome da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, o nascimento saiu do âmbito domiciliar e passou para o hospitalar, caracterizando a institucionalização do parto e, conseqüentemente, a sua medicalização (TANAKA, 1995; BRUGGEMANN et al., 2005a).

O movimento de industrialização dos países e o desenvolvimento e apropriação da medicina na assistência ao parto contribuíram para esta mudança de local do parto (TANAKA, 1995; RATTNER, 2009). Concomitante, houve uma redução nas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, porém o respeito à fisiologia do nascimento passou a ser visto como vulnerável em função do risco iminente de intercorrências. O parto tornou-se um evento patológico que requiritava cuidados médicos e intervenções (RATTNER, 2009; AGUIAR, 2012).

O movimento intensamente fomentado nos países industrializados da institucionalização do parto foi um fator determinante para afastar a família e amigos do processo de nascimento. A estrutura física e as práticas hospitalares foram pensadas para atender às necessidades dos profissionais e não das parturientes (DINIZ, 2001; BRUGGEMANN et al., 2005a; DINIZ et al., 2012). A maioria das mulheres passou a ter seus bebês sem a companhia de qualquer pessoa familiar, uma vez que a presença do acompanhante geralmente era proibida nos partos que aconteciam nos hospitais (HODNETT et al., 2013). Em um dos livros clássicos brasileiros sobre as práticas obstétricas, o autor corrobora e orienta o afastamento dos familiares da cena do parto: “Os familiares nervosos e as pessoas que, em grande número, vão às Maternidades como acompanhantes, devem ser afastados” (REZENDE, 1991, p.233). Essa recomendação no decorrer das últimas décadas foi observada na maioria dos países e virou regra, inclusive no Brasil, fazendo parte da formação de médicos e enfermeiros (DINIZ et al., 2014).

O parto institucionalizado contribuiu ainda para a hegemonia médica na área da obstetrícia, propiciando a criação de escolas de medicina e de enfermagem. A formação destes profissionais foi atrelada com manejos de uma série de técnicas no intuito de intervir, monitorar e controlar a gravidez e o nascimento. O foco e o domínio das técnicas no nascimento abriram possibilidades para maiores intervenções e auxiliou para a criação de normas e procedimentos que vieram a se tornar rotineiros (KITZINGER, 1996; DINIZ, 2001; RNFSDR, 2002; DINIZ e DUARTE, 2004).

O corpo da mulher passou a ser “tutelado” pelos profissionais e pela instituição, tornando-se “propriedade” de ambos. As mulheres tornaram-se passivas e impedidas da presença de um acompanhante de seu convívio familiar ou de empatia para apoiá-las e confortá-las. Elas eram internadas e colocadas em salas coletivas de pré-parto e parto, muitas vezes sem o mínimo de privacidade e submetidas a uma assistência pautada em normas e intervenções de rotina. Quanto ao parto, este passou ser embasado num modelo assistencial centrado na figura do médico, com a assistência caracterizada pelo uso excessivo da tecnologia, de intervenções e pela impessoalidade nos cuidados prestados. A medicalização do nascimento e a visão do corpo-máquina defeituoso acompanhados pela institucionalização possibilitaram tornar comum o uso de técnicas e práticas com o objetivo de monitorar e controlar o processo de parturição. O uso de tecnologias no parto foi legitimado como o saber apropriado, de modo que demandava maior uso de intervenção médica (DINIZ; CHACHAM, 2002; DESLANDES; DIAS, 2006).

Este cenário ficou conhecido como modelo tecnocrático ou intervencionista da assistência (KITZINGER, 1996; DAVIS-FLOYD, 2001; DINIZ, 2001; RATTNER, 2009). O acompanhamento antes prestado pelos familiares ou pela parteira foi desvalorizado e eliminado pela obstetrícia. Observou-se também aumento no número de cesarianas em função da valorização e emprego do uso de mais tecnologias neste processo. Contudo, vem-se argumentando que este modelo intervencionista causa maiores riscos à saúde das mulheres e bebês (DINIZ, 2009; SANTOS et al., 2012; SOUZA; PILEGGI, 2014). As mulheres se tornaram “coadjuvantes” do processo de nascimento sem quase direito algum (KITZINGER, 1996; DINIZ, 2001).

O descontentamento das mulheres em função da apropriação de seus corpos pela obstetrícia encorajou mundialmente a luta do movimento feminista em prol do

direito a uma atenção ao parto mais humana e menos intervencionista (RNFSDR, 2002; RATTNER, 2009; SANTOS et al., 2012, DINIZ et al., 2014). Essa luta fundamentou-se em diversos trabalhos, como das ciências sociais, com a contribuição de antropólogos e do movimento de mulheres, que questionavam os procedimentos rotineiros desnecessários e danosos aos quais mães e bebês eram submetidos na assistência. Estes estudos compuseram o que hoje conhecemos como a “*antropologia do parto*” (DINIZ, 2001). Com a contribuição de antropólogas como Davis-Floyd e estudiosos das ciências sociais, que analisaram os cenários, as práticas e o significado das práticas e a vivência do nascimento em diferentes modelos assistenciais, constituiu-se um discurso sobre os três possíveis modelos de assistência ao nascimento. O tecnocrático, como já descrito, centrado no uso de tecnologia e da medicalização do corpo feminino; o humanista, que privilegia o cuidado e o bem-estar da mãe e do bebê, fazendo uso da tecnologia apropriada e buscando ser o menos invasivo possível, com acompanhamento contínuo e respeito à autonomia e escolhas da mulher; e o holístico, que busca ser centrado na mulher que incorpora a individualização do cuidado e no qual o parto é visto como evento espiritual, além de biológico, social, cultural e sexual (DAVIS-FLOYD e ST. JOHN, 1998; DAVIS, 2001; RATTNER, 2009).

O modelo tecnocrático tem sido hegemônico no Brasil. Nele, o respeito à fisiologia do nascimento foi deixado de lado e o uso de práticas simples, como a presença de um familiar, deixaram de possuir significado na atenção. O uso de tecnologias e intervenções tornaram-se cada vez mais prevalentes, configurando-se como sinônimos de uma atenção qualificada. Uma resultante disso nos parece ser as elevadas taxas de cesarianas que o contexto brasileiro apresenta.

As preocupações sobre a desumanização da assistência ao nascimento reportada pela vivência das mulheres, principalmente em países em desenvolvimento, levaram a denúncias sobre o uso abusivo e inapropriado das práticas obstétricas comumente utilizadas nos corpos das mulheres durante o atendimento e a reivindicações para o retorno do suporte contínuo, *one-to-one* (um para uma mulher), durante o parto (KLAUS, 2002). O movimento das mulheres pelo protagonismo na assistência ao nascimento estimulou o interesse de pesquisadores para o desenvolvimento de estudos clínicos na obstetrícia. O propósito era subsidiar as condutas realizadas durante o cuidado, uma vez que a vivência empírica e os relatos de mulheres denunciavam abusos na prática. Outro propósito foi o retorno do

suporte físico e emocional oferecido às mulheres no trabalho de parto e parto, já que a vivência empírica e histórica mostrava benefícios do apoio para a saúde das mães e bebês. Argumenta-se que esse apoio é indispensável para um parto com menos intervenções e uma experiência positiva sobre o nascimento para as mulheres (SOUZA et al., 2012; HODNETT et al., 2013).

1.3. ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO E PARTO COMO PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

A Medicina Baseada em Evidência (MBE) surge do reconhecimento de que a maioria das práticas e condutas médicas não era pautada por estudos de qualidade sobre a eficácia e a segurança dos procedimentos realizados. Um dos propósitos da MBE seria a compilação e sintetização de estudos de boa qualidade metodológica para respaldar as práticas utilizadas na assistência ao paciente (SACKETT et al., 1996; DINIZ e DUARTE, 2004; AGUIAR, 2012).

Ao que se refere a assistência ao parto, a adoção acrítica de práticas de intervenções inúteis, inadequadas e/ou desnecessárias eram frequentes e se quer avaliadas. Assim, grupos de pesquisadores começaram a discutir sobre as condutas prestadas durante o atendimento ao parto, com o objetivo de estabelecer algumas normas ou orientações de boas práticas para condução do trabalho de parto sem complicações (ENKIN, 2005; BRUGGERMANN et al., 2005a).

No final dos anos 70, na Europa, foi criado um comitê de pesquisadores para estudar os procedimentos ou práticas na assistência para reduzir o uso de intervenções desnecessárias nos cuidados maternos e neonatais (DINIZ, 2001). Inicia-se, então, uma sistematização crítica sobre o modelo assistencial hegemônico utilizado no nascimento e diversos grupos de pesquisadores passam a estudar, organizar e sistematizar os resultados dos estudos quanto às práticas assistenciais na gravidez, parto e pós-parto. A OMS reconheceu o esforço e estimulou este tema de investigação no mundo todo (WHO, 1985). A participação da sociedade civil,

principalmente do movimento e ativismo de mulheres, especialistas e usuários dos serviços de saúde contribuíram também para esse esforço (DINIZ, 2001).

Em 1985, ocorreu uma reunião da OMS - região europeia e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em Fortaleza, Brasil, onde fez-se uma série de recomendações, em um relatório, sobre condutas consideradas apropriadas e inapropriadas para o trabalho de parto e parto. Este seria o primeiro manifesto internacional da corrente dos estudos até então realizados (WHO, 1985).

Como resultado da compilação e revisão crítica dos estudos realizados na obstetrícia e neonatologia, em 1989 foi publicado o primeiro “*Guia para o cuidado efetivo na gravidez e parto*”. Este documento consistia em uma síntese das evidências sobre a saúde materna e neonatal, e passou a ser difundido mundialmente em meados dos anos 90 com a colaboração da OMS (DINIZ, 2001; ENKIN, 2005; AGUIAR, 2012).

Foi somente em 1996 que a OMS divulgou um relatório com a versão completa e atualizada dos estudos realizados da Iniciativa *Cochrane*, sistematizando todos os estudos com rigor metodológico (ensaios controlados randomizados) para orientar as práticas no cuidado da assistência ao parto normal. Neste relatório, estabeleceu-se a classificação das práticas obstétricas de rotina em quatro categorias: **A** - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; **B** - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; **C** - Práticas que não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação e que, devem ser utilizadas com cautela, enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto, e **D** - Práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas, provocando mais dano do que benefício (Anexo 1).

Essas “*Recomendações da OMS*”, como ficaram conhecidas, visam a manutenção e realização das práticas que são benéficas e a abolição daquelas que são comprovadamente danosas. Além disso, devem ser periodicamente revisadas e atualizadas pelo conhecimento científico vigente (OMS, 1996). Nessa perspectiva, a MBE ganha destaque.

A MBE fundamenta-se na crítica ao conhecimento e na valorização do melhor parâmetro disponível a ser oferecido ao paciente. Seus preceitos estão calcados em estudos consistentes, preferencialmente as pesquisas clínicas. Um dos objetivos da MBE é reduzir as incertezas e as condutas casuais da prática clínica, ao tornar as tomadas de decisões médicas mais seguras e custo-efetivas. Desse modo, propõe-

se a minimizar os erros e aumentar a qualidade da assistência fornecida ao paciente (GOMES, 2001).

As evidências tidas como mais fortes são as que advêm de revisões sistemáticas, estudos de meta-análises e ensaios clínicos. Estes estudos são socializados e disponibilizados por meio de bancos de dados, como por exemplo, o da Colaboração *Cochrane*, que busca sistematizar a produção científica por meio de revisões, priorizando as de estudos clínicos randomizados.

Segundo SACKETT et al. (1996), os estudos acerca da MBE têm alcançado uma crescente propagação, atingindo inclusive a mídia leiga. Algumas críticas são realizadas ao movimento da MBE, como a possibilidade deste se estabelecer como uma ferramenta que visa reduzir custos assistenciais e suprimir a liberdade clínica, principalmente do profissional médico. SACKETT et al. (1996) pontuam que a MBE não pretende se constituir em uma verdade soberana ou detentora de um saber absoluto; citam que a própria ciência tem buscado pautar as chamadas ‘incertezas’ que demonstram as limitações das pesquisas. Todavia, pesquisadores têm colocado que as evidências de comparações de estudos bem controlados são o que há de melhor disponível, uma vez que podem também mostrar as práticas inúteis e prejudiciais (ENKIN et al., 2005). Além disso, trata-se de uma estratégia com vistas a garantir principalmente a segurança e o bem-estar dos indivíduos, fornecendo-lhes um respaldo sobre o cuidado efetivo.

No caso especificamente da atenção ao parto, esta abordagem pode avaliar e/ou reavaliar as práticas às quais mulheres e bebês são submetidas neste processo. Mesmo após décadas e com um número expressivo de pesquisas desenvolvidas sobre o nascimento, ainda assim percebe-se dificuldades na incorporação de práticas baseadas nas evidências científicas atuais. Uma constatação disto é a alta taxa de cesarianas e a persistência de práticas desnecessárias na atenção, como no caso brasileiro (BERER, 2008; LEAL et al.; 2014).

1.4. ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO NO BRASIL: POLÍTICAS PÚBLICAS

Como descrito anteriormente, a partir do século XX, o desenvolvimento do conhecimento científico provocou mudanças no processo de parturição: o parto, antes assistido na esfera familiar e domiciliar, passou a ser assistido em hospitais. Os índices de mortalidade materna e neonatal reduziram, tornando os hospitais o lugar de referência para cuidado às mulheres naquele momento (RNFSDR, 2002; RATTNER, 2009).

No entanto, a concepção de risco no processo de parturição e no atendimento ao parto nos hospitais configurou o predomínio do modelo biomédico hospitalocêntrico, tornando o parto um evento patológico e altamente medicalizado, conformando-se ao modelo tecnocrático centrado no uso da tecnologia e com práticas intervencionistas (OMS, 1996; DAVIS-FLOYD, 2001).

A assistência ao parto é um direito básico das mulheres. Historicamente, nota-se uma preocupação dos governos e órgãos mundiais de saúde (OMS; OPAS) em desenvolver estratégias, ações, programas e políticas públicas para promoção de assistência à gestação, parto e pós-parto. O objetivo é garantir acesso e assistência às mulheres e recém-nascidos, a fim de melhorar os indicadores de morbidade e mortalidade materna e infantil.

Observamos essa preocupação do governo brasileiro, de garantir qualidade na atenção às mulheres no ciclo-gravídico puerperal, com os programas de saúde materno-infantil. Para OSIS (1998), o enfoque central dos vários programas de saúde materno-infantil priorizava intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de modo a assegurar a saúde física dos filhos para as necessidades da reprodução social. Antes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1984 pelo MS, o atendimento à saúde das mulheres era voltado somente para as questões reprodutivas, sendo a mulher grávida e o atendimento ao nascimento os focos centrais dos programas de saúde. Com o PAISM surgiu uma nova abordagem para a saúde das mulheres. Esta política propôs uma integralidade da atenção, abordando questões relativas aos direitos sexuais e reprodutivos, inclusive o direito das mulheres ao planejamento familiar, algo inédito na época na política brasileira (OSIS, 1998).

O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) tinha como preceito básico a integralidade na atenção as mulheres. O PAISM tornou-se a primeira referência de política pública do MS para assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal, mesmo não utilizando o termo humanização em seus

documentos. O programa previa ações no intuito de qualificar os níveis de saúde da população feminina, incorporando os princípios de equidade, descentralização dos serviços e a inclusão de conceitos como da integralidade e autonomia feminina em relação aos seus corpos, inclusive durante a assistência ao parto (MS, 1984). A participação dos movimentos sociais, principalmente de mulheres, na formulação e conjuntura desta política foi importante, sobretudo nos aspectos de saúde reprodutiva. Antes do PAISM, a assistência e o atendimento à mulher restringiam-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica (MS, 1984).

Com o advento da Medicina Baseada em Evidência (MBE), as práticas obstétricas foram criticamente avaliadas com o objetivo de sintetizar as evidências acerca dos procedimentos e medidas que deveriam ser adotadas na atenção à saúde materna e perinatal. Em 1996, a OMS divulgou mundialmente um guia prático para o cuidado efetivo à assistência ao parto normal (OMS, 1996). Neste guia, as práticas são classificadas de acordo com as melhores evidências existentes e trouxe uma categorização acerca dos benefícios e malefícios das práticas obstétricas comumente utilizadas no cuidado.⁶

No Brasil, as práticas adotadas, num modelo que se caracterizava como intervencionista, foram fortemente debatidas e confrontadas pelo movimento da humanização do parto e nascimento. O MS, na tentativa de mudança desse modelo de atenção, ainda presente nos dias atuais, criou em 1996 o Projeto Maternidade Segura, fazendo uso do termo humanização em sua proposta. O objetivo do programa foi de qualificar a assistência à mulher e ao recém-nascido, credenciando maternidades que ofereciam integralidade ao cuidado. O intuito dessa iniciativa foi o de também combater a mortalidade materna (MS, 1995).

A atenção integral sob a perspectiva da política de humanização do programa Maternidade Segura sugeria ações que as instituições deveriam adotar, sendo elas previstas em oito passos: garantir informação acerca da saúde reprodutiva e dos direitos da mulher; garantir a assistência durante a gravidez, parto e pós-parto e acesso ao planejamento familiar; incentivar o parto normal⁷ e humanizado; ter

⁶ Importante salientar que a concepção do que sejam as “melhores evidências” também pode ser considerada uma construção sócio-histórica, tendo em vista a dinâmica do processo de construção de conhecimento.

⁷ A OMS define o termo parto normal como: “de início espontâneo, de baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce

rotinas escritas para normatizar a assistência; treinar a equipe de saúde para implementar as rotinas; ter estrutura adequada para atenção materna e perinatal; possuir arquivos e sistema de informação e avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal (MS, 1995).

Na busca pela construção de uma política humanizada e qualificada para as mulheres, outras ações estratégicas foram realizadas. O MS, em 1998, criou o Prêmio Galba de Araújo para maternidades humanizadas. Os critérios para obter o prêmio foram baseados nas recomendações da OMS (1996) que deveriam ser implementadas como, por exemplo, a garantia da presença de acompanhantes no pré-parto, parto e pós-parto, a assistência aos partos de baixo risco por profissionais não médicos e o controle das taxas de cesarianas (DINIZ, 2005). Em 1999, o MS propôs ainda a implementação de Casas de Parto, com a preconização da realização de partos naturais e assistidos por enfermeiras obstétricas (MS, 1999).

No ano 2000, o MS lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), tendo como principal objetivo assegurar a melhoria da cobertura e da qualidade da assistência ao ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva dos direitos humanos. O PHPN trouxe uma proposta ampla de humanização dos serviços de atenção ao nascimento e possuiu como estratégias a reorganização da assistência, vinculando todos os níveis de atenção e serviços que vão desde o pré-natal ao puerpério. Amplia-se o acesso das mulheres à saúde, garantindo a qualidade através da preconização da realização de um conjunto de procedimentos básicos como, por exemplo, número mínimo de consultas de pré-natal e isoimunização a todas as gestantes (MS, 2001).

O PHPN também estabeleceu que os serviços de saúde acolhessem a mulher, seus familiares e recém-nascidos, incorporando atitudes éticas e solidárias

espontaneamente, em posição cefálica entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho estão em boas condições” (OMS, 1996, p.9). Entretanto, na literatura nacional encontramos múltiplos significados que vão além do conceito definido pela OMS. O termo parto normal pode representar desde um parto vaginal espontâneo sem complicações e intervenções (“parto natural”) até um parto vaginal induzido, com o uso de anestesia, uso de fórceps ou de episiotomia. Outro sinônimo encontrado para o parto espontâneo/natural é o termo “parto fisiológico”, que também se define como o parto que transcorre sem complicações e intervenção no processo de nascimento. O Centro de Informação do National Health Service (NHS), sistema de saúde público na Inglaterra, o equivalente ao Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, adotou uma definição de trabalho de parto e nascimento normais, utilizando o termo “parto normal” a todo parto com as seguintes características: “sem indução, sem a utilização de instrumentos, sem o uso de anestesia geral, raquidiana ou epidural antes ou durante o parto e sem a realização de cesariana” (NCT, 2007). A adoção desta definição pelo NHS tem como principal objetivo o registro uniforme para fins estatísticos do termo para permitir que sejam feitas comparações para as mulheres semelhantes usando diferentes serviços e modelos de atenção.

por parte dos profissionais de saúde e organizando o serviço de modo que propiciasse ambiente acolhedor, abandonando o isolamento da mulher durante o processo de parturição. Recomendou a adoção de medidas e práticas benéficas para o acompanhamento do nascimento, a fim de evitar intervenções desnecessárias que acarretam maiores riscos para mulher e bebê (MS, 2000).⁸

Para que essas práticas sejam de fato aplicadas e garantidas às mulheres, o MS considera necessário o comprometimento dos gestores com as propostas das políticas, além do envolvimento dos serviços e profissionais de saúde para mudança do modelo, com organização da assistência voltada às necessidades das mulheres e de seus familiares (MS, 2000). Apesar de tais recomendações, o que se observa ainda nos dias atuais é a dificuldade da execução de tais propostas.

Lançada no ano de 2004, pelo MS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) apresenta os princípios e diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões que são ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres. Esta política tem como um dos objetivos gerais ampliar a atenção humanizada à saúde das mulheres e toma como base o enfoque de gênero, os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais (MS, 2004a).

A PNAISM consolidou os avanços do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984, além de redefinir a agenda relativa à saúde da mulher, ampliando o leque de ações até então focadas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal. Inclui outros aspectos relevantes da saúde da população feminina, tais como a assistência às doenças ginecológicas prevalentes, a prevenção, a detecção e o tratamento do câncer de colo uterino e de mama, a assistência ao climatério, a assistência à mulher vítima de violência doméstica e sexual, os direitos sexuais e reprodutivos e a promoção da atenção à saúde de segmentos específicos da população feminina (MS, 2004a).

Em 2005, foi aprovada a Lei 11.108/2005 que reforça os princípios para humanização da atenção à assistência ao parto e garante às parturientes um acompanhante de sua escolha durante todo o nascimento no âmbito do SUS, incluindo as mulheres assistidas nas instituições privadas (BRASIL, 2005). No ano de 2011, o governo brasileiro instituiu a Rede Cegonha, que se configura numa

⁸ As práticas benéficas recomendadas do PHPN são as mesmas sugeridas pela OMS (OMS, 1996).

estratégia do MS para implementar uma rede de cuidados com o objetivo de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao nascimento e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (MS, 2011).

Apesar desse conjunto de políticas do MS do Brasil voltados para humanização da assistência integral e humanizada à mulher, com o intuito de combater intervenções desnecessárias e reduzir as altas taxas de cesarianas no país, ainda não se alcançou os objetivos propostos por tais políticas. Muitos desafios persistem para a implantação das políticas nas diferentes esferas de assistência e a mudança do modelo de atenção ao parto no país.

Em 2015, o MS e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), diante das dificuldades e do insucesso de conseguir uma atenção qualificada e humanizada e do enfrentamento da epidemia de cesáreas desnecessárias pelo setor privado (mulheres atendidas por planos de saúde)⁹, passou a exigir o preenchimento do partograma (gráfico utilizado para condução e avaliação da evolução do trabalho de parto) pelos médicos, bem como a oferta e preenchimento do cartão de pré-natal da gestante. O texto da Resolução:

Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar (RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 368 DE 06/01/2015).

Essa medida é mais uma tentativa de mudança de paradigma da atenção ao parto. Mesmo com as contribuições dessas estratégias do governo e legalidade de suas políticas, há desafios quanto a implantação, a execução e a avaliação na prática, durante o dia-a-dia dos serviços. Nota-se a necessidade de outras ações além da criação de políticas para a sua efetividade.

Recentemente foram elaboradas as 'Diretrizes para Atenção ao Parto Normal' pela Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias no SUS (CONITEC). Este documento proposto pelo MS teve na sua elaboração a participação da sociedade civil através de uma consulta pública. O objetivo foi fornecer aos profissionais de

⁹ Segundo dados do Inquérito Nacional sobre Parto e nascimento (Nascer no Brasil), as taxas de cesarianas chegam a mais de 80% nas instituições privadas.

saúde, gestores e mulheres documento atualizado sobre as práticas com respaldo científico que buscam fomentar cuidado de qualidade. Incentivos são feitos para incluir as mulheres em todos os processos de tomada de decisão junto aos profissionais de saúde durante todo o processo de cuidado do nascimento (MS; CONITEC, 2016).

A atenção ao parto nas mulheres jovens segue as premissas das políticas e programas nacionais de humanização ao parto e nascimento (MS, 2000; MS, 2004). A PNAISM preconiza atenção qualificada e humanizada ao ciclo gravídico-puerperal para as mulheres de todas as faixas etárias, incluindo as adolescentes e jovens (MS, 2004a). O ECA, apesar de não ter tópicos específicos sobre a saúde reprodutiva das adolescentes, prevê ações que lhes possibilitem um atendimento adequado ao ciclo gravídico puerperal. Prevê ainda o direito a ter um acompanhante durante a internação e a vinculação entre os profissionais e os serviços de saúde que prestarão atendimento ao pré-natal e parto das adolescentes (BRASIL, 1990). Em outras palavras, toda jovem adolescente, com até 18 anos de idade, tem o direito ao acompanhante garantido também por esta lei.

1.5. ELEMENTOS PARA QUALIDADE DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Uma das temáticas mais discutidas atualmente sobre a saúde da mulher e direitos reprodutivos tem sido a avaliação do cuidado ofertado às mulheres durante a internação para o parto, no sentido de ter ações para melhorar a qualidade da saúde das mulheres neste período, evitando desfechos desfavoráveis, como mortes maternas e neonatais evitáveis. Para isso, é necessário integrar a busca por bons resultados com o bem-estar da mulher e do recém-nascido, garantindo e respeitando os direitos constituídos.

A prática do profissional de saúde na atenção ao nascimento é um dos elementos fundamentais para assegurar bons resultados maternos e perinatais. O

cuidado com a técnica apropriada atrelada a uma assistência institucional ao parto possui capacidade de reduzir morbimortalidades materna e perinatal (WHO, 2002).

As políticas de saúde brasileiras buscam garantir a qualidade do atendimento ofertado às mulheres e bebês. Por exemplo, o PHPN possui como um de seus objetivos a promoção da qualidade e a capacidade da assistência obstétrica e neonatal, assim como melhoria de sua organização (MS, 2000). A atual Rede Cegonha também possui tais objetivos (MS, 2011). Com a Constituição de 1988, no Brasil, instituiu-se que as secretarias estaduais e municipais fossem responsáveis pelo planejamento sistemático de suas ações, o que normalmente requer de avaliações periódicas (ALVES; SILVA, 2000; RATTNER, 1996; MANZINI, 2007). O desenvolvimento de avaliações possibilita aos gestores uma análise crítica sobre os serviços de saúde oferecidos à população.

A OMS, desde 1985, definiu avaliação como um processo de determinação qualitativa e quantitativa, utilizando-se de métodos específicos e adequados para o que se deseja avaliar. Pode-se avaliar qualquer intervenção/procedimento, um sistema de saúde ou uma atividade assistencial, devendo haver comparação dos resultados encontrados com as normas ou parâmetros ideais, estabelecidos por consensos ou verificados em grupos controles (ALVES; SILVA, 2000; MANZINI, 2007).

Para estimar a qualidade dos serviços de saúde, as pesquisas de avaliação em saúde têm considerado um modelo teórico proposto por Donabedian (1988). Neste modelo, são consideradas três abordagens para avaliação da qualidade: os aspectos relacionados à estrutura, aos processos e aos resultados. Os aspectos sobre a 'estrutura' dizem respeito às informações sobre os recursos físicos, materiais (por exemplo: equipamentos e medicações) e humanos. Os processos envolvem as normas e os procedimentos (práticas) desenvolvidos no cuidado ao paciente pela atuação dos profissionais de saúde e inclui o aspecto relacional estabelecido nesta interação, no momento que foi ofertado o cuidado. Já em relação aos resultados, este se refere ao efeito que as ações e procedimentos tiveram sobre a saúde dos pacientes que receberam a assistência – no nosso caso, as jovens mães e seus bebês. DONABEDIAN (1988) propôs ainda sete critérios para a avaliação da qualidade dos serviços, são eles: a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e a equidade (DONABEDIAN apud ALVES; SILVA, 2000). Cabe mencionar que os indicadores tradicionalmente utilizados para

avaliação da assistência materna e perinatal são os óbitos (materno e perinatal), as doenças, incapacidades, desconfortos e insatisfação sobre o atendimento (RATTNER, 1996).

A análise do conjunto dos três aspectos (estrutura, processos e resultados) permite uma avaliação mais ampla do atendimento oferecido ao usuário, por refletirem a qualidade e contribuírem para identificação de problemas. Possibilita, assim, vislumbrar um conjunto de melhorias a serem realizadas por identificação das deficiências, objetivando a eficiência e a otimização dos recursos utilizados (RATTNER, 1996; LICHAND et al.; 2012). Entretanto, nem sempre é possível avaliar as três dimensões propostas por Donabedian (DONABEDIAN, 1988; LANSKY et al., 2006).

Os estudos sobre a qualidade dos processos na atenção ao trabalho de parto e nascimento é iniciativa recente e há poucas investigações realizadas (LANSKY et al., 2014). LICHAND et al. (2012), numa revisão bibliográfica sobre a literatura relacionada aos métodos de qualidade na assistência da saúde da mulher no Brasil, identificou que 5% dos estudos tratam da avaliação da 'estrutura' dos serviços, 52% da avaliação de 'resultados' e 21% de 'processos'. A avaliação da assistência ao parto e aborto foram um dos temas pouco frequentes.

Em se tratando da avaliação da qualidade da assistência à saúde, especificamente ao parto, os estudos têm se debruçado sobre a abordagem de processos. Avalia-se o processo de atendimento através das ações e práticas desenvolvidas no cuidado e busca-se fazer uma comparação com o que há de melhor estabelecido pela literatura como padrão-ouro. Geralmente, trata-se das normas e procedimentos recomendados por órgãos internacionais, como a OMS e OPAS (ALVES; SILVA, 2000; D'ORSI et al., 2005; MANZINI, 2007).

Alguns elementos frequentemente utilizados para identificar a qualidade da assistência ao nascimento dizem respeito basicamente às práticas ou procedimentos desenvolvidos durante o cuidado. Dentre eles, têm-se as práticas recomendadas pelas OMS e a utilização do escore de Bologna (OMS, 1996; CHALMERS, PORTER, 2001).

Conforme assinalado anteriormente, desde o início dos anos 2000, O MS vem direcionando as ações dos serviços e profissionais de saúde à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da mortalidade materna e perinatal (MS, 2001). Este direcionamento teve influência das recomendações da OMS (1996)

encontrada na publicação *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Neste documento, as práticas obstétricas na atenção ao parto normal foram divididas em quatro categorias, como já descritas (Anexo 1). Subjacente à classificação destas práticas está o respeito ao processo fisiológico de nascimento, no qual as intervenções devem ser cautelosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis (MS, 2001; MS, 2014a).

Algumas das práticas tidas como demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas (categoria A) podem ser facilmente aplicadas na assistência ao parto e nascimento, embora nem sempre isso aconteça. Dentre essas, estão: o oferecimento de líquidos para a mulher, a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, o respeito à liberdade de posição e deambulação, o monitoramento da evolução do trabalho de parto com uso do partograma e o suporte contínuo à mulher durante o trabalho de parto e parto (OMS, 1996; MS, 2001; MS, 2014a). Estas práticas são reconhecidas como *as boas práticas* para a atenção ao parto normal de risco habitual¹⁰ (PORTO et al., 2010; LEAL et al., 2014). Outras práticas, classificadas como claramente prejudiciais ou ineficazes (categoria B), permanecem sendo utilizadas em diversos contextos da atenção ao parto, apesar das recomendações da OMS de eliminá-las. Dentre estas práticas estão o uso da tricotomia e enema (OMS, 1996; MS, 2001; MS, 2014a).

As práticas com usos inadequados e que são prejudiciais quando usados de modo indiscriminado são: o uso rotineiro de amniotomia, a episiotomia, posição de litotomia, manobra de Kristeller (pressão no fundo uterino), punção venosa, ocitocina, analgesia e a cesariana (MS, 2001; MS, 2014a; PORTO et al., 2010; LEAL et al., 2014). Estas práticas são descritas como intervenções do trabalho de parto e parto e que normalmente podem ser evitadas e/ou pode haver adoção de uso cauteloso às gestantes de risco obstétrico habitual. Porém, encontra-se comumente descrito na literatura o uso rotineiro de tais intervenções e sem critério clínico, levando a desfechos desfavoráveis à mulher e ao recém-nascido.

Além da categorização da OMS sobre as condutas apropriadas para uma atenção adequada e humanizada, os indicadores de resultados, tais como os coeficientes de mortalidade e sobre a satisfação da mulher, são comumente

¹⁰ O termo “risco habitual” ou “risco obstétrico habitual” vem sendo utilizado como sinônimos e em substituição do termo “baixo risco”. As duas nomenclaturas estão presentes nos documentos oficiais do Ministério da Saúde e se refere às gestantes e parturientes saudáveis que não desenvolveram complicações de saúde neste percurso (MS, 2012a; MS, 2014a).

avaliados nos estudos. As taxas de cesarianas, a interação com os profissionais de saúde e o uso do partograma também têm recebido atenção nas pesquisas. Geralmente os estudos analisam estes indicadores isoladamente.

Atualmente, a OMS recomenda o uso do escore de Bologna para avaliar a efetividade da assistência prestadas às mulheres que tiveram partos normais (CHALMERS, PORTER, 2001). O índice de Bologna (IB) é um indicador robusto que avalia a qualidade da assistência ao nascimento de forma quantitativa e se constitui como a primeira tentativa de pensar conjuntamente os diversos indicadores. Além disso, o objetivo da OMS, ao propor tal indicador, era o de tornar possível uma comparação entre os serviços de atendimento ao parto nos diferentes locais e países. No entanto, esta ferramenta de avaliação tem sido pouco utilizada (CHALMERS, PORTER, 2001).

O índice de Bologna surgiu no ano 2000 a partir de uma reunião sobre a monitorização e avaliação de cuidados perinatais, ocorrida na Itália, na cidade de Bologna. O indicador parte do princípio de que o parto normal, em mulheres de risco habitual, é um evento fisiológico/natural; sua condução, portanto, deve ocorrer com o mínimo de intervenções (CHALMERS, PORTER, 2001). Este índice é composto por cinco indicadores ou medidas de qualidade, são elas: a presença do acompanhante, o uso do partograma, ausência de estímulo no trabalho de parto, posição da mulher não supina para o parto e contato pele-a-pele da mãe com o recém-nascido logo após o parto. Estas medidas fazem parte do conjunto de boas práticas recomendadas pela OMS na categoria A e contemplam aspectos relacionados aos procedimentos técnicos e de apoio à mulher durante a assistência ao trabalho de parto e parto (CHALMERS, PORTER, 2001; SANDIN-BÖJO; KVIST, 2008).

Uma das justificativas para a criação deste indicador é a sua praticidade e a capacidade de descrever o cenário da atenção ao nascimento fazendo uso de poucas medidas. O IB é considerado um indicador pioneiro na avaliação da qualidade da assistência ao parto normal, embora ele ainda seja pouco utilizado (CHALMERS; POTER, 2001).

Todas as boas práticas possuem respaldo científico e prático para averiguar adequação dos cuidados. No que concerne à presença do acompanhante durante o processo de parturição, este pode configurar-se como um bom indicador para analisar a assistência que foi prestada às mulheres. Está presente na literatura o argumento de que ter acompanhante durante o processo de parturição pode se

tornar um fator protetor de intervenções desnecessárias (DINIZ et al., 2014; TESSER et al., 2014). Trata-se de uma prática benéfica a ser analisada, uma vez que pode representar uma medida protetora às mulheres e seus bebês.

1.6. PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO TRABALHO DE PARTO E NASCIMENTO

Neste momento, uma ressalva se faz necessária quanto ao conceito de acompanhante e suporte contínuo no parto. Por vezes, encontramos na literatura o uso das palavras suporte e acompanhante no parto como sinônimos. O conceito de acompanhante tem sido utilizado para descrever indistintamente o suporte ofertado por diferentes pessoas que possuem características muito díspares, podendo ser um profissional (enfermeira, parteira), companheiro, familiar ou amigo/a da parturiente, a doula e/ou mulher leiga designada para tal função.¹¹ O suporte ou apoio no trabalho de parto e parto consiste na presença de uma pessoa devidamente treinada para oferecer as medidas de conforto físico e emocional com o objetivo de ajudar as parturientes durante o processo de nascimento (ENKIN, 2005; HODNETT et al., 2013). Assim, a presença de um acompanhante, mesmo que escolhido pela parturiente, por si só não deveria ser considerado como sinônimo de suporte contínuo, ainda que consideremos que deva ser oferecido a ele condições e apoio para realizar essa atividade.¹²

Os estudos sobre suporte contínuo à mulher ao trabalho de parto e parto também foram alvos da comunidade acadêmica e ocorreram concomitantemente com a emergência da MBE da década de 90. Os ensaios clínicos randomizados analisaram mulheres que tiveram e que não tiveram o apoio dos acompanhantes. O

¹¹ As mulheres com um treinamento prévio para dar apoio à parturiente são conhecidas como doulas (do grego = mulher que serve), mas também costumam ser denominadas na literatura como acompanhantes de trabalho de parto, acompanhantes de parto, assistentes de trabalho de parto ou parto (BRUGGEMANN, 2005b; HODNETT et al., 2013).

¹² Neste estudo não foi possível analisar o suporte contínuo, como segue a definição correta para uso deste termo, entre as mulheres entrevistadas do NNB. Por este motivo realizamos uma *proxy* com a presença do acompanhante, reconhecendo desta maneira as especificidades e diferenças em relação a utilização dos termos (suporte contínuo e presença da pessoa).

intuito foi saber se havia benefício nos desfechos maternos e perinatais quando o suporte do acompanhante era presente. Diversos estudos anteriores apontaram os benefícios emocionais, de saúde e da satisfação materna com a presença e o apoio contínuo do acompanhante no parto (DINIZ et al., 2014, HODNETT et al., 2013).

Os resultados positivos do apoio do acompanhante sobre a saúde materna e neonatal fizeram a OMS realizar a recomendação internacional de que:

O apoio contínuo durante o trabalho tem benefícios clinicamente significativos para as mulheres e crianças e nenhum prejuízo conhecido, e que todas as mulheres devem ter apoio durante o parto e nascimento (OMS, 1996, p.2).

O suporte físico e emocional pode ser realizado por diferentes pessoas, com ou sem treinamento prévio. O apoio pode ser prestado por profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado, como *midwife* (parteira formada) e enfermeira; por outras pessoas escolhidas exclusivamente para a função, como as doulas; ou por pessoas do seu convívio familiar ou meio social (como o/a companheiro/a, a mãe e amigos). O importante é que as parturientes estejam acompanhadas em todos os momentos. As atividades de apoio são entendidas como medidas de conforto físico e emocional, e podem variar de acordo com as necessidades de cada mulher, respeitando sua singularidade e cultura (ENKIN et al., 2005, HODNETT et al., 2013). Além disso, a orientação é que o suporte seja contínuo, ou seja, durante todo o processo do nascimento. Estudos mostram que as mulheres preferem a presença contínua de acompanhantes mais próximos (BRUGGEMANN, 2005b).

As práticas de apoio incluem quatro tipos de suporte. O suporte emocional, com a presença contínua do acompanhante, que pode propiciar confiança, tranquilidade e encorajamento; o informacional, fornecendo informações sobre o andamento do trabalho de parto, dando conselhos e orientações; o físico, oferecendo medidas de conforto como toque reconfortante, massagens, ajudando nos banhos quentes / chuveiros, promovendo a ingestão adequada de líquidos e de saída; e o *advocacy* (intermediação) ajudando articular e negociar os desejos e vontades da mulher com os profissionais e familiares (HODNETT et al., 2013).

Segundo BRUGGEMANN (2005b), a presença do acompanhante no trabalho de parto e parto depende do contexto social do lugar, da política pública do país e de sua legislação e, principalmente, da filosofia ou modelo de assistência ao parto da maternidade. Em alguns locais a presença é permitida e estimulada; já em outros,

ela é proibida ou existe restrições (HOTIMSKY e ALVARENGA, 2002; BRUGGEMANN et al., 2005a)

Diversos estudos qualitativos mostram percepções negativas iniciais dos profissionais de saúde quanto à presença do acompanhante durante o processo de parturição nas maternidades (RATTO, 2001; BRUGGEMANN et al., 2007a; SANTOS et al., 2012). A rejeição dos profissionais está pautada na ideia de que os acompanhantes podem atrapalhar a rotina de trabalho dos serviços (RATTO, 2001; BRUGGEMANN et al., 2007b).

O respeito à escolha da mulher sobre seu acompanhante durante o trabalho de parto e parto está presente na categoria das práticas úteis e que devem ser estimuladas, segundo as recomendações da OMS (OMS, 1996). Apesar dos efeitos do apoio do acompanhante serem positivos, a sua influência nos desfechos maternos e perinatais depende aparentemente de outros fatores, como os contextos culturais e assistenciais, os aspectos comportamentais, a pessoa que promoveu o apoio, bem como a sua duração (BRUGGEMANN, 2005b).

Os primeiros ensaios sobre o suporte contínuo apontavam que o apoio favorecia a diminuição do número de intervenções no parto (a necessidade do uso de ocitocina, da realização de amniotomia, o uso do fórceps e da taxa de cesariana), a utilização de analgesia e outras drogas para alívio da dor, a duração do trabalho de parto e aumentava a satisfação materna quanto a experiência vivida no parto (HODNETT et al., 2005; BRUGGEMANN, 2005b). Os primeiros estudos avaliaram o apoio oferecido por mulheres (doulas, obstetrias, enfermeiras e estudantes), as quais possuíam vínculo com as maternidades, seja de maneira formal (salarizada) ou voluntária. Já o apoio por companheiro/a, familiar ou amigo/a, de escolha da mulher, não foram avaliados nas primeiras revisões (ENKIN et al., 2005; BRUGGEMANN et al., 2007b).

A revisão sistemática mais recente sobre o apoio contínuo no parto (HODNETT et al., 2013) analisou 22 ensaios, envolvendo 15.288 mulheres, com suporte contínuo oferecido como *one-to-one* (um para uma mulher). Mostrou-se que as mulheres que tiveram esta intervenção eram mais propensas a ter parto vaginal espontâneo, com trabalho de parto mais curto, menor utilização de analgesia; tiveram menos parto vaginal instrumental (fórceps), menor uso de analgesia local e de cesariana. As mulheres também tiveram menos propensão a relatar insatisfação com sua experiência ao parto e os recém-nascidos (RN), apresentaram menor *score*

de Apgar baixo no quinto minuto de vida (HODNETT et al., 2013). Ainda nesta revisão, as pessoas que prestaram apoio foram os profissionais de saúde (enfermeiro ou obstetrix), a doula ou educadora de parto, ou um membro da família (companheiro, amigo/a) com pouco ou nenhum treinamento para dar o suporte durante o trabalho de parto e parto (HODNETT et al., 2013).

Atualmente, há uma preocupação dos pesquisadores em avaliar o tipo de provedor de apoio escolhido pela mulher, se pertencente ao seu meio social ou familiar (MADI et al., 1999; CAMPBELL et al., 2006; BRUGGEMANN et al., 2007b; MORHASON-BELLO et al., 2009; YUENYONG et al., 2012). Nos estudos mais recentes, a participação do parceiro ou pai como acompanhante vem sendo avaliada (CAMPBELL 2006 et al.; BRUGGEMANN et al., 2007b; MORHASON-BELLO et al., 2009; YUENYONG et al., 2012). Dos 22 ensaios, metade dos hospitais tinha uma política que permitia o acompanhamento pelo companheiro ou por outros familiares da mulher (HODNETT et al., 2013).

É consenso na literatura que a presença de acompanhante reduz a ansiedade e sentimento de medo das mulheres, melhora o sentimento de segurança da mulher em todo o processo do parto, pois parece aumentar a sua capacidade para se expressar com os profissionais que a assiste. Nesse sentido, o acompanhante pode ajudar as mulheres em defesa de seus desejos e direitos, fazendo com que elas sejam escutadas nos momentos oportunos (DINIZ et al., 2014).

As recomendações da OMS, bem como as evidências científicas, corroboram para que essa prática seja rotineira e não uma exceção, tal como comumente ocorre no Brasil. Porém, a permissão de acompanhantes no parto nas maternidades depende, muitas vezes, de esforços do ativismo do movimento de mulheres e do interesse político para formulação de políticas de saúde pública que visem um cuidado ao parto e nascimento embasado nas evidências científicas. As políticas assistenciais que visam garantir o suporte durante trabalho de parto podem ser de difícil execução por diversos fatores como, por exemplo, a desacreditação de profissionais de saúde sobre a sua importância.

Uma solução encontrada para adoção de acompanhantes no nascimento foi a legalização desse direito para beneficiar todas as mulheres. Por exemplo, o Uruguai, em 2001, criou uma legislação para que todas as mulheres tivessem o direito de escolher um acompanhante no parto. Em 2003, em Buenos Aires, uma legislação sobre humanização do nascimento concedeu às mulheres o direito de ter um

acompanhante contínuo, de sua escolha, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (WHO-OPAS, 2003; BRUGGEMANN, 2005b). Essa conduta serviu como modelo para outros países, como o Brasil.

Grupos organizados de mulheres e ativistas do parto impulsionaram para a mudança do modelo de atenção no nascimento. Esses seguimentos reivindicavam por qualidade da atenção, menores intervenções e o cumprimento do direito respeitado ao que se refere a presença de um acompanhante, tal como recomendava a OMS (OMS, 1996, SANTOS et al., 2012).

No Brasil, os benefícios do acompanhante para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém-nascido mostrado pelas evidências científicas inspiraram a Rede de Humanização do Nascimento (REHUNA) a começar uma campanha pelo direito da parturiente a ter um acompanhante de sua escolha. Essa campanha teve apoio de outras entidades, como a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RNFSDR), e também contribuição da Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiras Obstetras, e da União dos Movimentos Populares de Saúde de São Paulo (BRUGGEMANN et al., 2005a; RNFDS, 2002).

O Ministério da Saúde, em 2001, reconheceu as sugestões da OMS e recomendou a humanização da assistência obstétrica no país. A inserção do acompanhante de escolha da mulher compôs o manual técnico sobre as práticas incentivadas pelo MS (MS, 2001).

Diversos estudos passaram a ser realizados no país, em estados distintos, sobre a experiência da inserção do acompanhante no momento do parto, a satisfação materna em relação ao apoio recebido e sua experiência com o parto (LEÃO e BASTOS, 2001; RATTO, 2001; PINTO et al., 2003; BRUGGEMANN et al., 2007b). Os estudos mostraram resultados positivos e a proposta de que deveria existir uma lei que garantisse esse benefício a todas as mulheres começou a ser elaborada (DOMINGUES et al., 2004; DINIZ et al., 2007). Em 2005, foi sancionada a Lei nacional nº. 11.108, aplicável a todas as mulheres atendidas nos serviços públicos e privados brasileiros, a qual assim dispõe em seu texto:

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 (LEI 11.108 de 07 de ABRIL de 2005).

Essa lei garante o direito das mulheres de terem um acompanhante de sua escolha durante todas as fases de internação para o parto, incluindo os períodos do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

A vigência dessa lei não assegurou a sua implementação imediata e o respeito ao direito das mulheres. Logo após a sua sanção, iniciou-se um processo de reorganização dos serviços de saúde e orientação para os profissionais para adotarem essa prática. A presença do acompanhante, escolhido pela parturiente, para lhe dar apoio no cenário do nascimento, é uma intervenção que nos dias atuais, após 10 anos da sanção da lei, ainda suscita o debate entre os profissionais de saúde e as pessoas escolhidas para desempenharem esse papel (DINIZ et al., 2014).

Em 2011, o governo brasileiro instituiu a Rede Cegonha e o direito ao acompanhamento ao parto também está contido nessa estratégia (MS, 2011). Apesar desse reforço, o ritmo e o contexto da implementação do acompanhante no parto é lento e, até recentemente, pouco se conhecia sobre este assunto, pois não existiam dados nacionais sobre a presença de acompanhantes na cena dos nascimentos (DINIZ et al., 2014).

Recentemente, o Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, realizado no Brasil em 2012, possibilitou conhecer o cenário atual da implantação dessa política no país. O estudo mostrou que a maioria das mulheres não teve o direito de ter o acompanhante de sua escolha no trabalho de parto e parto. Neste inquérito, cerca de um quarto das mulheres não tiveram qualquer acompanhante, menos de uma em cada cinco tiveram acompanhamento contínuo e 55,2% tiveram acompanhante parcialmente (DINIZ et al., 2014). O estudo mostrou ainda que, apesar de avanços quanto a implantação da política do suporte contínuo às mulheres em relação à Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS 2006), há muito a ser melhorado (DINIZ et al., 2014). Portanto, o cenário nacional ainda está longe do cumprimento ao qual a lei se propõe, que é a garantia do suporte em todo o processo de parturição.

Atualmente, o movimento que promove a humanização do parto reivindica a garantia da presença do acompanhante em todos os momentos. Muitas maternidades alegam a falta de ambiência para receber o provedor do apoio e isso se agrava ainda mais quando este é do sexo masculino. Algumas instituições que permitem o acompanhamento exigem que o apoio seja ofertado por uma mulher.

Tendo como objetivo defender o pleno cumprimento da lei 11.108, desde 2006, uma campanha é promovida pelo Instituto Papai e Grupo de Estudos em Gênero e Masculinidades (Gema/UFPE), intitulada como: *‘Pai Não é Visita! Pelo Direito de ser acompanhante!’*. Faz-se clamor aos governos municipais, estaduais e o federal para o compromisso de garantir condições estruturais nas maternidades com o propósito de que o direito ao acompanhante, inclusive do sexo masculino, seja respeitado (INSTITUTO PAPAI e GEMA/UFPE, 2015).

Recentemente, outra medida para garantir às mulheres um apoio durante o processo na atenção ao parto, a Câmara Municipal da Prefeitura da cidade de São Paulo sancionou o projeto de lei 380/2014 no dia 23/12/2016. Esta lei válida para todo município permite a entrada da doula nos estabelecimento de saúde aos quais as mulheres serão assistidas. Garante às gestantes o acompanhamento por uma doula em hospitais públicos da cidade. De acordo com o texto da lei, fica permitida a presença dessa profissional durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, bem como nas consultas e exames de pré-natal nas maternidades, nos hospitais e demais equipamentos da rede municipal de saúde ou unidades privadas contratados pelo município, sempre que houver solicitação da parturiente (BRASIL; SÃO PAULO, 2016).

* * * * *

Apesar das iniciativas do MS com a criação de políticas e programas voltados para humanizar a assistência, o parto no Brasil ainda é bastante medicalizado. O Brasil possui a mais elevada incidência de cesarianas no mundo. Segundo o DATASUS (2011), no ano de 2010, a taxa de cesariana no Brasil foi de 52,3%, e em 2014 chegou a 57,1% (DATASUS, 2014). Dados recém-publicados pelo Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento (Nascer no Brasil) corroboram este número. O estudo demonstrou que 52% dos nascimentos no país ocorreram por cesarianas (LEAL et.al, 2014); valores são ainda mais elevados quando se considera o tipo de financiamento para o parto; setor de saúde suplementar (privado) apresentou taxa de 87,5% (DOMINGUES et al., 2014).¹³ Além das cesarianas, as mulheres são sujeitas a inúmeros outros procedimentos desnecessários e que as evidências

¹³ A OMS recomenda taxas entre 10 a 15% para os casos que apresentarem intercorrências (WHO, 1985; LEAL et al., 2014).

científicas já demonstraram danos às mães e bebês, principalmente com o uso inadequado das intervenções.

Atualmente, o movimento de mulheres, ativistas do parto, profissionais da saúde e academia defendem que a presença do acompanhante age como fator protetor para coibir violências cometidas às mulheres no momento do parto. As violências são entendidas como qualquer intervenção desnecessária e com o agravante de que estas práticas não são consultadas ou consentidas pelas mulheres. O conceito de violência obstétrica alude ao uso desnecessário de procedimentos danosos ao binômio. É definido como o uso abusivo de intervenções ou tecnologias sem o respaldo clínico nos corpos das mulheres:

A expressão “violência obstétrica” (VO) é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos – episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina (quase) de rotina, ausência de acompanhante – dentre os quais destaca-se o excesso de cesarianas, crescente no Brasil há décadas, apesar de algumas iniciativas governamentais a respeito (TESSER et al., 2014).

Vale ressaltar que as jovens adolescentes estariam, teoricamente, protegidas por duas legislações vigentes no país: a Lei 11.108/05 e o ECA. A garantia da presença de um acompanhante em todo o período da internação é um direito afirmado pelo ECA e pelas políticas nacionais de atenção integral à saúde da mulher e do adolescente. Porém, a Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento demonstrou que as adolescentes foram as que menos tiveram o apoio contínuo durante a internação para o parto, em relação às outras mulheres (DINIZ et al., 2014). Outro resultado que chamou a atenção foi a elevada proporção de cesarianas nas adolescentes primíparas (40%), dado a exposição prematura aos efeitos da cesariana (GAMA et al., 2014).

Apesar dos dados sobre a amostra nacional terem mostrado proporção um pouco menor para as adolescentes de risco habitual (10 a 19 anos: 31,7%) em relação às demais mulheres (20 a 34 anos: 47,6%; 35 ou mais: 63,2% - LEAL et al., 2014), estas taxas podem ser consideradas elevadas de um modo geral. Os valores encontrados para as adolescentes refletem o contexto singular da atenção ao parto no Brasil, no qual o parto cirúrgico é a forma preponderante de nascer. O fato do Brasil possuir a maior taxa de cesarianas no mundo denuncia o nosso cenário medicalizado e inadequado da atenção ao parto. O país não conseguiu obter

grandes êxitos em relação aos indicadores de resultados maternos e perinatais, como fora firmado pelo governo brasileiro no compromisso de alcançar a meta 5 dos ‘Objetivos de Desenvolvimento do Milênio’ (ODM). Apesar do Brasil ter alcançado a meta 4 dos ODM (redução da mortalidade infantil), sabe-se que a maior contribuição para a mortalidade infantil é o componente da mortalidade precoce (0 a 6 dias de vida) e grande parte dos óbitos acontece dentro das primeiras 24 horas após o nascimento, indicando uma relação com a atenção ao parto e nascimento. A literatura mostra que as principais causas de óbito precoce são a prematuridade, malformação congênita, asfixia intra-parto, infecções perinatais e fatores maternos, e muitas destas causas possuem proporção considerável de mortes preveníveis por ação dos serviços de saúde (LANSKY et al., 2014).

Apesar das mulheres brasileiras terem acesso, em quase sua totalidade, ao atendimento ao parto nos hospitais (mais de 98%) e serem assistidas por profissionais habilitados (quase 90% por médicos), os resultados sobre a mortalidade neonatal e infantil são insatisfatórios se comparados aos coeficientes de outras localidades do mundo (MS, 2008). No Brasil têm-se o que DINIZ (2009) denomina de “paradoxo perinatal brasileiro”, em que há intensa medicalização do parto e nascimento com manutenção de taxas elevadas de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Estes resultados são possivelmente relacionados à baixa qualidade da assistência obstétrica e utilização de práticas prejudiciais e iatrogênicas¹⁴, que podem repercutir sobre os resultados perinatais (DINIZ, 2009). Neste contexto, para Lansky et al. (2014), a taxa elevada de cesariana no Brasil é um dos exemplos de maior destaque. Aprofundar a compreensão sobre a dimensão das práticas assistenciais na atenção ao parto e nascimento pode contribuir para reflexões sobre as possíveis repercussões sobre a mortalidade neonatal e materna, além de poder subsidiar as ações para intensificar a melhoria destes indicadores.

Nessa perspectiva, se as adolescentes que supostamente são um grupo privilegiado, no sentido de possuírem mais “proteção” ou maior atenção sobre a garantia dos direitos reprodutivos nas leis e políticas de saúde no país como, por

¹⁴ Geração de atos ou pensamentos a partir da prática médica. O termo deriva do grego e significa de origem médica, e pode-se aplicar tanto a efeitos bons ou maus. Segundo Tavares (2007): “Iatrogenia é uma palavra que deriva do grego: o radical iatro (“iatrós”), significa médico, remédio, medicina; geno (“gennáo”), aquele que gera, produz; e “la”, uma qualidade. A iatrogenia poderia, portanto, ser entendida como qualquer atitude do médico. Entretanto, o significado mais aceito é o de que iatrogenia consiste num resultado negativo da prática médica. Nesse sentido, um médico, ainda que disponha dos melhores recursos tecnológicos, diagnósticos e terapêuticos, é passível de cometer iatrogenias” (p. 181).

exemplo, ter direito a um acompanhante no momento de qualquer internação (por serem consideradas um grupo mais “vulnerável” à violação de direitos em relação às outras mulheres) possuem taxas de cesarianas consideradas altas e injustificáveis, isto nos leva a pensar que as mesmas estão igual ou mais suscetíveis a um parto intervencionista e/ou “violento”.

A presença do acompanhante é um bom indicador de segurança da saúde materna e perinatal, bem como de qualidade da assistência prestada às mulheres. Diante do exposto, faz-se necessário investigar como a assistência ao parto na população jovem ocorre no sentido de tentar compreender melhor quais práticas são adotadas e se os direitos são violados. O exame das práticas obstétricas durante a assistência ao parto através das recomendações estabelecidas e do uso de índices permite descrever e analisar a qualidade da assistência ao nascimento oferecido às jovens participantes do inquérito NNB. A presença do acompanhante se comporta como um dos elementos importantes para identificar a boa qualidade da assistência, assim como a adoção das demais boas práticas do cuidado ao parto normal. Nesta perspectiva, a importância deste estudo constitui-se em reconhecer a assistência prestada às jovens, além de buscar suprir uma lacuna na literatura no que concerne aos aspectos reprodutivos desta população, sobretudo os voltados para o cuidado ao trabalho de parto e nascimento destas mulheres.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar a assistência obstétrica e a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto de jovens de risco obstétrico habitual, entrevistadas no Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento – “Nascer no Brasil”, Região Sudeste.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a qualidade da assistência ao parto oferecida às jovens, a partir do exame sobre as práticas obstétricas, obtidos na pesquisa NNB;
- Caracterizar a assistência ao parto segundo dois grupos etários de jovens: as de 13 a 18 anos e as de 19 a 24 anos;
- Descrever a presença do acompanhante, segundo os dois grupos etários de jovens: as de 13 a 18 anos e as de 19 a 24 anos;
- Analisar a influência da presença do acompanhante sobre as práticas obstétricas adotadas na assistência ao trabalho de parto e parto.

3. METODOLOGIA

3.1. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal que utiliza dados provenientes de uma pesquisa maior, intitulada Nacer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento (NNB). O NNB é um estudo quantitativo do tipo transversal de base hospitalar, multicêntrico e de âmbito nacional, realizado entre os anos de 2011 e 2012. O inquérito foi coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRIZ e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Ministério da Ciência e Tecnologia do Brasil, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Ministério da Saúde através do edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTID/DECIT nº 057/2009.

3.2. LOCAL DO ESTUDO

Para a presente dissertação, foram utilizados os dados referentes aos 89 hospitais da Região Sudeste do Brasil, selecionados e participantes do inquérito NNB.

3.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO

No presente estudo, foram analisados os dados das mulheres entrevistadas pelo inquérito NNB, atendidas em hospitais/maternidade da Região Sudeste do país.

Os critérios de inclusão neste estudo foram: mulheres de risco obstétrico habitual com até 24 anos de idade. A classificação de risco habitual se baseou na definição da OMS para trabalho de parto normal de baixo risco. Dessa forma, as jovens foram definidas como mulheres com trabalho de parto de início espontâneo, gravidez única (não gemelar), com idade gestacional entre 37 a 41 semanas completas ao nascer, feto vivo, apresentação cefálica e sem história de diabetes, hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional, obesidade (IMC > 30) e HIV negativa.¹⁵

Das 3.363 mulheres jovens com até 24 anos de idade que compuseram a amostra da região Sudeste, foram excluídas 36 mulheres que relataram ter raça/cor amarela e/ou indígena¹⁶, totalizando 3.327 jovens. Deste total, apenas 1.212 (36,4%) jovens foram classificadas como sendo de risco habitual. Para a análise específica do índice de Bologna (apresentado adiante), foram estudadas 1.008 (86,1%) jovens que tiveram parto vaginal, pois excluíram-se as cesarianas e os partos com fórceps (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma da população de jovens em cada etapa do estudo.

¹⁵ Cabe lembrar, que a definição de risco habitual refere as mulheres saudáveis que não desenvolveram complicações de saúde neste processo. A variável “não entrou em trabalho de parto espontâneo” contribuiu fortemente para a exclusão de muitas mulheres na presente amostra.

¹⁶ Optamos por excluir as mulheres que se declararam amarelas ou indígenas por haver estudos específicos que mostram forte atravessamento por outras questões culturais em seus trabalhos de parto e parto (Yajahuanca, 2015; Yajahuanca et al.; 2015).

3.4. DESENHO AMOSTRAL

A população da pesquisa do NNB caracterizou-se por puérperas. Foram sorteadas 266 instituições em todo o Brasil que tiveram filhos nascidos vivos no ano de 2011 em hospitais com 500 ou mais nascidos vivos em 2007, de acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Em cada unidade, foram sorteadas 90 mulheres de forma randomizada e aleatória. A população do estudo foi composta por 23.940 puérperas em todo o território nacional (VASCONCELLOS et al., 2014). Para o sorteio foram incluídas todas puérperas com recém-nascidos vivos independentemente da idade gestacional e do peso ao nascer, puérperas com natimortos que apresentaram peso maior ou igual a 500g e/ou idade gestacional maior ou igual a 22 semanas.

Os critérios de exclusão aplicados pela pesquisa NNB foram: mulheres que tiveram partos no domicílio, as que apresentaram algum distúrbio mental grave, estrangeiras que não compreendiam o Português, deficientes auditivas (surdas/mudas) e as mulheres que tiveram o direito ao aborto legal assegurado pela justiça (LEAL et al., 2012).

O desenho da amostra foi probabilístico e correspondeu a três estágios. No primeiro, a amostra foi estratificada por macrorregiões geográficas (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul), por localização de município (capital ou demais cidades) e pelo tipo de administração/financiamento do estabelecimento de saúde (público, privado ou misto). Entende-se por misto, hospitais privados e que destinam parte de seus leitos ao setor público, leitos contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (VASCONCELLOS et al., 2014).

No segundo estágio foram selecionados os hospitais em todo o Brasil: a seleção foi realizada com probabilidade proporcional ao tamanho, definido por 500 ou mais nascido vivos no hospital segundo o SINASC 2007. O número de hospitais por estratos foi proporcional à localidade, com variação de 5 a 39. O tamanho da amostra em cada estrato foi calculado com base na proporção de cesarianas no Brasil em 2007 (46,6%), com nível de 5% e poder de teste de 95%, para detectar diferenças de 14% entre hospitais públicos e mistos e hospitais privados. Além disso, um método de amostragem inversa foi utilizado para selecionar o número de

dias (mínimo de sete) necessários para alcançar 90 puérperas entrevistadas em cada hospital. (VASCONCELLOS et al., 2014).

No terceiro estágio da amostra, foram selecionadas e entrevistadas 90 mulheres em cada estabelecimento. A dinâmica da seleção variou de acordo com o fluxo diário de nascimentos de cada unidade hospitalar. Nas maternidades que tiveram menos de 12 nascimentos por dia, todas as puérperas elegíveis ao estudo foram convidadas a participar da pesquisa e entrevistadas, enquanto que nas maternidades com mais de 12 nascimentos por dia, as mulheres foram selecionadas de acordo com uma lista de aleatorização, de modo a captar o fluxo referente ao dia e à noite, de todos os dias da semana, incluindo também os fins de semana e feriados. As mulheres e os recém-nascidos que permaneciam internados foram monitorados pelo estudo num período de 42 dias (mulheres) e 28 dias (recém-nascidos), mesmo os que foram transferidos para outro hospital (LEAL et al., 2012).

3.5. COLETA DE DADOS

A coleta dos dados da pesquisa NNB ocorreu de fevereiro de 2011 a julho de 2012. O inquérito teve uma equipe de coordenadores nacionais, regionais e estaduais; supervisores de campo, entrevistadores e prontuaristas. Estes dois últimos foram treinados anteriormente à coleta e supervisionados durante a coleta dos dados.¹⁷

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram elaborados no formato eletrônico, compostos por questionários estruturados que foram aplicados em diferentes momentos. O primeiro questionário foi aplicado às mulheres com entrevistas realizadas nas primeiras 24 horas após o parto, antes da alta hospitalar e registro fotográfico do cartão de pré-natal. As perguntas eram voltadas para identificação da mulher, nível socioeconômico e escolaridade, condições de vida, histórico de saúde e obstétrico, dados antropométricos, gestação atual, pré-natal,

¹⁷ A autora do presente estudo participou da coleta de dados do inquérito NNB no Estado de São Paulo. A autora realizou o treinamento para ser entrevistadora e prontuarista do inquérito e teve participação na etapa de coleta de dados como entrevistadora.

doenças e uso de medicações na gestação, informações sobre o parto e o pós-parto e assistência oferecida à mulher e ao recém-nascido.

O segundo questionário foi aplicado em um segundo momento com coleta de dados do prontuário da parturiente e de seu recém-nascido, após a alta hospitalar de ambos. Caso a mulher permanecesse internada por mais de 42 dias e/ou recém-nascido por mais de 28 dias, seus dados eram coletados não considerando o período de tempo adicional. Os dados coletados deste segundo questionário referem-se ao pré-natal, admissão hospitalar, informações sobre trabalho de parto e parto, medicações e intervenções realizadas e os resultados da assistência ao parto e do bebê (LEAL et al., 2012).

Ainda, outras duas entrevistas foram realizadas; uma com a puérpera por telefone entre 45 e 60 dias após o parto, com informações sobre re-hospitalização, complicações puerperais, satisfação com a assistência prestada e reavaliação da escolha da via de parto, informações sobre aleitamento materno, imunização, morbidades e morte. E, por fim, uma entrevista com o diretor do hospital, realizada pelo supervisor de campo, com perguntas voltadas para estrutura física e o corpo de profissionais do hospital.

3.6. VARIÁVEIS DO ESTUDO

Tendo em vista a hipótese de que a assistência obstétrica difere segundo os grupos etários, foi realizada uma análise estratificada por idade para descrever a assistência ao parto, tanto através dos elementos que compõem as Recomendações da OMS (já arroladas na primeira parte desta dissertação), quanto de variáveis compostas utilizadas neste estudo.

As variáveis utilizadas neste estudo são oriundas dos dados coletados pelo NNB, a partir das informações dadas na entrevista com a puérpera, do prontuário hospitalar e do cartão de pré-natal. As variáveis compreendem as de caracterização da população (sociodemográficas e clínico-obstétricas), das práticas assistenciais prestadas no trabalho de parto e parto e sobre presença do acompanhante.

Listamos abaixo as variáveis utilizadas segundo estes grandes grupos e suas respectivas categorizações. Adiante, encontra-se um quadro-síntese que sumariza as variáveis utilizadas em cada índice composto.

- Variáveis sociodemográficas:
 - ✓ Idade materna, em anos, classificada como: 13 a 18 anos ou 19 a 24 anos.
 - ✓ Cor da pele ou etnia, classificada como: preta, parda/morena/mulata ou branca.
 - ✓ Escolaridade, em anos, classificada como: até 7 anos, de 8 a 11 anos e 12 ou mais anos.
 - ✓ Classe econômica, classificada como: A e B, C ou D e E. Para a definição desta variável, adotou-se a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2014), que estima a classe econômica a partir da posse de bens e grau de instrução do(a) chefe de família.
 - ✓ Situação conjugal, classificada como: com ou sem companheiro.
 - ✓ Estado civil, classificada como: solteira, casada no papel, união estável/vive com companheiro ou separada/viúva.
 - ✓ Trabalho remunerado, classificada como: não ou sim.
 - ✓ Chefe da família, classificada como: própria jovem, companheiro, pais ou outra pessoa.
 - ✓ Fonte de pagamento, classificada como: público ou privado.
- Variáveis relativas às características obstétricas:
 - ✓ Aborto anterior, classificada como: não ou sim.
 - ✓ Número de cesárea anterior, classificada como: não ou sim.
 - ✓ Paridade, classificada como: primípara ou multipara.
 - ✓ Número de consultas de pré-natal, classificada como: ≤ 3 consultas, 4 a 6 consultas ou 7 e mais consultas.

- ✓ Desejo da gravidez, classificada como: queria engravidar no momento, queria esperar mais tempo ou não queria engravidar.
 - ✓ Motivo da internação, classificada como: trabalho de parto, indução, cesárea eletiva, complicação clínico-obstétrica ou outro.
 - ✓ Dilatação cervical na admissão, classificada como: 0 a 3 cm, 4 a 6 cm, 7 a 10 cm.
 - ✓ Estados das membranas e líquido amniótico, classificada como: bolsa rota íntegra, bolsa rota com: líquido claro sem grumos, claro com grumos, com mecônio, sanguinolento, purulento/fétido ou sem especificação.
 - ✓ Tipo de parto, classificada como: vaginal, fórceps/vácuo extrator ou cesariana.
 - ✓ Profissional que atendeu o parto, classificada como: médico, obstetriz/enfermeira ou outros (parteira, estudantes, auxiliares e técnicos de enfermagem e não soube informar).
- Variáveis relativas às práticas obstétricas:
 - ✓ Oferta de dieta e líquidos, classificada como: não ou sim.
 - ✓ Liberdade de movimentação e posição no trabalho de parto, classificada como: não ou sim.
 - ✓ Métodos não farmacológicos para o alívio da dor, classificada como: não ou sim. Tipos de métodos: banheira, chuveiro, massagem, bola, cavalinho, banco ou outros.
 - ✓ Cateter venoso periférico, refere à informação dada pela entrevistada a aplicação do cateter ou de hidratação venosa, classificada como: não ou sim.
 - ✓ Tricotomia, classificada como: não ou sim.
 - ✓ Enema, ou enteróclise, classificada como: não ou sim.
 - ✓ Ocitocina, no trabalho de parto, classificada como: não ou sim.

- ✓ Partograma, classificada como: não ou sim.
 - ✓ Número de toques vaginais, registrados no partograma, classificada como: 0 a 3 toques ou 4 ou mais toques.
 - ✓ Amniotomia, classificada como: não ou sim.
 - ✓ Analgesia, peridural ou raqui no trabalho de parto, classificada como: não ou sim.
 - ✓ Posição materna no parto, classificada como: litotômica ou não supina/outras posições (lateral, cócoras, quatro apoios, em pé, sentada).
 - ✓ Manobra de Kristeller, classificada como: não ou sim
 - ✓ Episiotomia, refere a informação dada pela entrevistada sobre ter realizado o corte e a rafia, classificada como: não ou sim.
 - ✓ Contato pele a pele, entre a mãe e o recém-nascido após o nascimento, refere a informação dada pela entrevistada sobre ter colocado o recém-nascido para mamar ou ficado com o bebê no colo, classificada como: não ou sim.
 - ✓ Aleitamento materno, na sala de parto, classificada como: não ou sim.
 - ✓ Alojamento conjunto, classificada como: não ou sim.
 - ✓ Presença do acompanhante no trabalho de parto, classificada como: não ou sim.
- Variáveis relativas a características do acompanhamento
 - ✓ Presença do acompanhante, categorizada de acordo com a presença nos diferentes momentos da assistência. Classificada como: em nenhum momento (ausente), em algum momento (parcial) ou em todos os momentos (total).
 - ✓ Motivo para impedimento do acompanhante, classificada como: a maternidade não permitia, 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, outros ou não soube informar.

- ✓ Tipo de acompanhante, classificada como: parceiro ou pai da criança, mãe, irmã(o), amiga(o), doula ou outra pessoa.
 - ✓ Momentos do acompanhamento: antes/durante a admissão, classificada como: ausência ou presença; durante o trabalho de parto, classificado como: ausência ou presença; durante o parto mesmo (hora do nascimento), classificado como: ausência ou presença; pós-parto imediato (no centro cirúrgico), classificado como: ausência ou presença e no pós-parto no quarto/alojamento conjunto, classificado como: ausência ou presença.
 - ✓ Acompanhante escolhido, classificada como: não ou sim.
 - ✓ Experiência de ter acompanhante no trabalho de parto e parto, classificada como: ajudou muito a ter um parto melhor/mais calmo, ajudou um pouco a ter um parto melhor/mais calmo, indiferente/nem ajudou nem atrapalhou ou não ajudou a pessoa fica mais nervosa.
- Variáveis compostas: índice de boas práticas, índice de intervenções e índice de Bologna

Para análise da assistência ao parto oferecida às jovens utilizou-se o critério das “Recomendações da OMS” (descritos na primeira parte desta dissertação), bem como duas variáveis compostas construídas no âmbito desse estudo a partir das práticas obstétricas, denominadas de índice de Intervenções (II) e índice de Boas Práticas (IBP), e uma terceira já consagrada no cenário internacional, a saber, o índice de Bologna (IB).

Das variáveis compostas criadas no âmbito desta dissertação, a primeira delas se refere ao índice de Intervenções (II), construída a partir das intervenções não recomendadas e/ou potencialmente prejudiciais na atenção ao parto de mulheres de risco habitual. Para este índice, foram consideradas as intervenções: restrição de dieta e líquidos; restrição de movimentação e posição no trabalho de parto; cateter

venoso periférico; uso de ocitocina; realização de amniotomia; analgesia peridural; manobra de Kristeller; episiotomia, posição de litotomia para o parto e a cesariana. Ao total foram arroladas dez intervenções. Para cada intervenção foi atribuída uma pontuação (escore) de 0 a 1. O valor zero (0) foi dado quando não houve o uso da intervenção e o valor um (1), quando ocorreu o uso. No final, somou-se as pontuações, sendo possível ocorrer em um único parto entre nenhuma até dez intervenções.

A segunda variável composta, denominada Índice de Boas Práticas (IBP), foi construída a partir das práticas consideradas potencialmente efetiva e/ou boas práticas que são incentivadas para atenção ao parto. Neste estudo, considerou-se como boas práticas: presença do acompanhante no trabalho de parto; oferta de dieta e líquidos; liberdade de movimentação e posição no trabalho de parto; uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor; presença do partograma; posição não-supina para o parto; contato pele a pele com o recém-nascido logo após o parto; amamentação na sala de parto após o nascimento e mãe e recém-nascido juntos após o nascimento (alojamento conjunto). Para cada prática foi atribuída uma pontuação (escore): o valor um (1), se presente e zero (0), se ausente. No final foi realizada a somatória das pontuações das medidas (práticas). Cada escore representa a quantidade de boas práticas presente nos partos das jovens. A pontuação máxima “9” corresponde o uso máximo das boas práticas e a pontuação “0”, a nenhum uso.

Além das duas variáveis construídas, utilizamos também o índice de Bologna (IB) no intuito de servir como parâmetro na aplicação das outras duas variáveis compostas. O índice de Bologna é um indicador de processo validado e recomendado pela OMS para avaliar a qualidade da assistência aos partos normais (CHALMERS; PORTER, 2001). Desde o ano 2000, o IB é um indicador recomendado pela OMS para avaliação da qualidade da atenção aos partos normais nos serviços de saúde que prestam o atendimento. O IB tem como premissa que o parto normal em parturientes de risco habitual é um evento fisiológico, natural e que deve ser assistido com o mínimo possível de intervenções. A finalidade do IB é apontar como foi conduzido o parto num determinado serviço de assistência ao

nascimento, podendo tornar comparável a assistência dispensada em diferentes países (CHALMERS; PORTER, 2001, SANDIN-BÖJO; KVIST, 2008).¹⁸

O IB é composto por cinco variáveis que procuram mensurar a qualidade da assistência: 1) presença de acompanhante; 2) uso de partograma; 3) ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, manobra de Kristeller, episiotomia, fórceps, ou cesariana de emergência); 4) parto em posição não supina; 5) contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por pelo menos 30 minutos na primeira hora após o nascimento. Na construção deste, é atribuída uma nota a cada uma destas condições: um (1), se presente, e zero (0), se ausente. Cada nota representa o respectivo valor do escore. O escore máximo “5” corresponde à maior qualidade da assistência ao parto ou um parto bem conduzido, e o escore mínimo “0” corresponde a menor qualidade da assistência ao parto ou um parto mal conduzido. Os escores entre esses limites correspondem às variações de qualidade do cuidado (qualidades intermediárias) (CHALMERS; PORTER, 2001; SANDIN-BÖJO; KVIST, 2008).

Figura 2. Identificação das práticas obstétricas utilizadas na composição do Índice de Boas Práticas (IBP), do Índice de Intervenções (II) e do Índice de Bologna (IB).

Variáveis compostas:	Índice de Boas Práticas	Índice de Intervenções	Índice de Bologna
Práticas obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> - presença de acompanhante; - oferta de dieta e líquidos; - liberdade movimentação e posição; - uso de métodos não farmacológicos; - presença do partograma; - posição não-supina para o parto; 	<ul style="list-style-type: none"> - restrição dieta/líquido e movimentação e posição; - cateter venoso periférico; - ocitocina; - amniotomia; - analgesia peridural; - manobra Kristeller; - episiotomia; - litotomia; - cesariana 	<ul style="list-style-type: none"> - presença de acompanhante; - partograma; - ausência de estimulação do trabalho de parto; - parto em posição não supina; - contato pele a pele

¹⁸ Uma das justificativas para a criação deste indicador é a sua praticidade e a capacidade de descrever o cenário da atenção ao nascimento fazendo uso de poucas medidas. Por muito tempo, tem-se utilizado das normas e procedimentos referidos na literatura como padrão-ouro para avaliar a qualidade da assistência ao parto normal, além de indicadores de processo, como a presença de partogramas nos prontuários e a porcentagem de partos assistidos por profissionais de saúde (BHUTTA et al., 2010; WHO, 2002; CHALMERS; PORTER, 2001). Porém, estes indicadores são pouco precisos, não sendo possível discriminar a qualidade prestada em lugares onde a maioria dos partos é assistido por um profissional de saúde. Diante disso, atualmente, a OMS recomenda o uso do IB, por ser um indicador composto por variáveis que englobam aspectos relacionados ao apoio prestado às parturientes e a procedimentos técnicos (práticas). O IB é considerado um indicador pioneiro na avaliação da qualidade da assistência ao parto normal, embora ele ainda seja pouco utilizado (CHALMERS; PORTER, 2001).

	<ul style="list-style-type: none"> - contato pele a pele; - amamentação na sala de parto; - alojamento conjunto 		
--	--	--	--

3.7. TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise e a comparação dos dados foram realizadas a partir de dois grupos de mulheres: mulheres entre 13 a 18 anos (adolescentes) e as mulheres entre 19 a 24 anos.¹⁹ A comparação destes grupos objetivou uma análise específica das similitudes e diferenças em relação à assistência ofertada na atenção ao trabalho de parto e parto e a garantia legal de ter o direito à presença do acompanhante neste processo. Teoricamente, as adolescentes seriam “mais privilegiadas” por possuírem uma “dupla proteção” (ECA e Lei 11.108) quanto à garantia de ter um acompanhante no momento da internação hospitalar para o parto e, portanto, teriam maiores chances de tê-los consigo.

Para análise estatística, inicialmente, foi realizada análise univariada para descrever as variáveis e verificar as frequências simples dos eventos. Em seguida, realizou-se análise bivariada para verificar a assistência ao parto de acordo com a idade das jovens (grupos etários) e da presença do acompanhante. As diferenças entre os grupos etários e sobre a presença do acompanhante foram avaliadas pelo teste estatístico de associação do qui-quadrado de Pearson (χ^2), com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Todas as análises levaram em consideração o desenho amostral e os percentuais apresentados nas tabelas e gráficos são valores corrigidos pelo peso amostral, exceto os números absolutos que não foram corrigidos com o peso. A análise e tratamento dos dados foram realizadas por meio do programa estatístico IBM SPSS, versão 22 (IBM Corp., Amork, Estados Unidos).

¹⁹ Para o ECA, a faixa etária de 12 a 18 anos corresponde as adolescentes, no entanto este estudo considerou a idade mínima encontrada entre as jovens (13 anos) para iniciar a categorização deste grupo etário.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

O inquérito NNB foi orientado pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – FIOCRUZ (Anexo 2). O presente estudo também foi aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP, em observância às determinações da Resolução 466/2012 do CNS (Anexo 3).

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE) foram aplicados e lidos para todas as mulheres puérperas que participaram do NNB, sendo entregue uma cópia do mesmo a cada participante (Anexo 4).

O pedido para utilização do banco de dados foi submetido à coordenação do inquérito do NNB (Apêndice 1). Diante de sua anuência, foi assinado o termo de compromisso para o uso das informações do banco de dados (Apêndice 2).

4. RESULTADOS

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A população elegível do estudo correspondeu a 1.212 mulheres jovens: 27,8% (n = 360) tinham idade entre 13 e 18 anos (adolescentes) e 72,2% (n = 852) eram as demais jovens com idade entre 19 a 24 anos. No grupo das adolescentes, apenas 1,4% das jovens tinha entre 13 e 14 anos e 26,4% tinha idade entre 15 a 18 anos. A média e mediana da população do estudo foi de 20 anos, sendo 13 anos a idade mínima (Gráfico 1).

A maioria das adolescentes (64,3%) era parda, tinha 8 ou mais anos de estudo (47,4%), pertencia a classe econômica C (65,2%), possuía companheiro (55,5%); estava em união estável (48,1%) e a grande maioria não possuía trabalho remunerado naquele momento (92,7%), sendo o companheiro o chefe da família na maioria dos casos (46,7%), seguido dos pais (40,5%). Em relação às demais jovens, a maioria (56,4%) se declarou como parda, com 12 ou mais anos de estudos (49,4%), pertencentes a classe econômica C (64,6%), possuía companheiro (73,3%), estava em união estável (47,2%) e não possuía trabalho remunerado (67,7%), sendo o companheiro o chefe da família em 70,1% dos casos (Tabela 1).

Cabe destacar a diferença na conformação de um par conjugal entre os grupos etários, na qual está mais presente, como era de se esperar, dentre as jovens de 19 a 24 anos: 44,4% das adolescentes eram solteiras e 44,5% não possuíam companheiro; já as mais velhas, 25,6% eram solteiras e 26,7% declararam não ter companheiro. A condição de casada foi maior entre as jovens de 19 e 24 anos (26%), já nas adolescentes somente 7,5% apresentaram tal característica (Tabela 1).

Gráfico 1. Boxplot da distribuição de idade das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Tabela 1. Distribuição das jovens de risco habitual de acordo com as características sociodemográficas, segundo faixa etária. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Características sociodemográficas	Jovens						Valor de p**
	Todas as jovens		13 a 18 anos		19 a 24 anos		
	n*	(%)	n*	(%)	n*	(%)	
Raça / cor***							
Branca	380	30,6	89	25,6	291	32,6	0,010
Preta	109	10,8	33	10,0	76	11,0	
Parda	723	58,6	238	64,3	485	56,4	
Total	1212	100,0	360	100,0	852	100,0	
Escolaridade (anos)							
Até 7	291	24,0	129	38,8	162	18,3	< 0,001
8-11	447	36,5	177	47,4	270	32,3	
12 ou mais	262	39,5	52	13,7	420	49,4	
Total	1210	100,0	358	100,0	852	100,0	
Escore sócioeconômico (ABIPEME)							
A+B	176	14,7	37	9,9	139	16,6	< 0,001
C	777	64,8	225	65,2	552	64,6	
D+E	252	20,5	95	24,9	157	18,8	
Total	1205	100,0	357	100,0	848	100,0	
Situação Conjugal							
Sem parceiro	375	31,7	155	44,5	220	26,7	< 0,001
Com parceiro	836	68,3	204	55,5	632	73,3	
Total	1211	100,0	359	100,0	852	100,0	
Estado civil							
Solteira	364	30,8	155	44,4	209	25,6	< 0,001
Casada no papel	238	20,9	30	7,5	208	26,0	
União estável/vive com companheiro	598	47,5	174	48,1	424	47,2	
Separada/viúva	11	0,8	-	-	11	1,2	
Total	1211	100,0	359	100,0	852	100,0	
Trabalho remunerado							

Sim	289	25,3	27	7,3	262	32,3	< 0,001
Não	923	74,7	333	92,7	590	67,7	
Total	1212	100,0	360	100,0	852	100,0	
Chefe da família							
Própria jovem	73	5,8	8	3,0	65	6,9	< 0,001
Companheiro	753	63,5	176	46,7	577	70,1	
Pais	294	24,3	137	40,5	157	17,9	
Outra Pessoa	78	6,4	36	9,9	42	5,1	
Total	1198	100,0	357	100,0	841	100,0	

Fonte: Pesquisa NNB, 2012.

Notas:

*Amostra corrigida pelo peso amostral; Perda <10%;

** Teste de associação pelo Qui-quadrado;

***Excluídas amarelas e indígenas da amostra (n = 36).

Em relação aos aspectos da história obstétrica das jovens, das que relataram uma gestação anterior, 23,1% tiveram um aborto anterior, sendo quase o dobro o percentual de perdas (interrupções) de gestação no grupo das moças de 13 a 18 anos (36,9 % vs. 21,4%). Como era de se esperar, o percentual de primíparas foi maior entre as adolescentes (86,3% vs. 48,5%). Algumas jovens já possuíam histórico de cesárea anterior (13,3% ou 70 casos), sendo “bebê grande; não desceu/encaixou ou a jovem não apresentava passagem ou não tinha dilatação cervical” o principal motivo relatado para realização deste tipo de intervenção previamente.

Na gestação atual, mais de 62% das jovens teve sete ou mais consultas de pré-natal; 27,3% teve de quatro a seis consultas e 10,5% declarou entre nenhuma a três consultas. Estas proporções são bastante semelhantes nos dois grupos etários em exame. Já em relação ao desejo de engravidar, “não queria engravidar naquele momento” é a declaração preponderante entre as adolescentes (38,7%), enquanto “queria engravidar no momento” é mais prevalente entre as demais jovens (37,2%).

O principal motivo para internação hospitalar foi o trabalho de parto (94,1%), seguido de complicações clínico obstétricas (1,2%) e de internação para indução do trabalho de parto (1%). As jovens utilizaram majoritariamente o Sistema Único de Saúde (SUS) para terem seus bebês (94,3%), enquanto que 5,7% pagaram pelo atendimento (privado). As proporções são semelhantes para os dois grupos etários (dados não apresentados). O profissional de saúde que apresentou maior prevalência no atendimento ao parto foi o médico (81,6%), seguido da obstetriz/enfermeira (12,7%), sem distinção entre os grupos etários (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das jovens de risco habitual de acordo com as características obstétricas e o profissional que atendeu ao parto, segundo faixa etária. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Características obstétricas	Jovens						Valor de p*
	Todas as jovens		13 a 18 anos		19 a 24 anos		
	n*	(%)	n*	(%)	n*	(%)	
Aborto anterior							
Sim	127	23,1	19	36,9	108	21,4	0,001
Não	417	76,9	44	63,1	373	78,6	
Total	544	100,0	63	100,0	481	100,0	
Cesárea anterior							
Sim	70	13,3	6	12,5	64	13,4	0,837
Não	418	86,7	40	87,5	378	86,6	
Total	488	100,0	46	100,0	442	100,0	
Paridade							
Primípara	724	59,0	314	86,3	410	48,5	<0,001
Múltipara	488	41,0	46	13,7	442	51,5	
Total	1212	100,0	360	100,0	852	100,0	
Gestação foi de risco**							
Sim	83	11,5	31	13,7	52	10,5	0,147
Não	628	88,5	191	86,3	437	89,5	
Total	711	100,0	222	100,0	489	100,0	
Nº consultas pré-natal							
≤ 3	114	10,5	36	11,3	78	10,2	0,683
4 a 6	350	27,3	108	28,0	242	27,0	
7 e mais	735	62,2	216	60,7	519	62,8	
Total	1199	100,0	360	100,0	839	100,0	
Desejo da gravidez							
Queria engravidar no momento	425	34,7	112	28,2	313	37,2	0,002
Queria esperar mais tempo	377	30,3	121	33,1	256	29,2	
Não queria engravidar	203	35,0	125	38,7	278	33,6	
Total	1205	100,0	358	100,0	847	100,0	
Motivo da internação							
Trabalho de parto (TP)	1156	94,1	341	94,9	815	93,7	0,189
Indução do TP	13	1,0	5	1,3	8	0,8	
Cesárea eletiva	11	1,0	3	1,1	8	1,0	
Complicação clínico-obstétrica	18	1,2	6	1,5	12	1,2	
Outro	14	2,7	5	1,3	9	3,3	
Total	1212	100,0	360	100,0	852	100,0	
Dilatação cervical na admissão							
0 a 3 cm	279	23,6	95	25,3	184	23,0	0,347
4 a 6 cm	601	54,8	179	55,3	422	54,6	
7 a 10 cm	235	21,6	60	19,4	175	22,4	
Total	1115	100,0	334	100,0	781	100,0	
Estado das membranas e líquido amniótico#							
Bolsa íntegra	963	79,1	286	77,1	677	79,8	0,042
Bolsa rota, líquido claro sem grumos	47	3,9	16	5,2	31	3,5	
Bolsa rota, líquido claro com grumos	77	5,7	22	4,9	55	6,0	
Bolsa rota, líquido com mecônio	16	1,1	4	0,6	12	1,2	
Bolsa rota, líquido sanguinolento	1	0,1	1	0,4	-	-	
Bolsa rota, líquido purulento/fétido	2	0,2	-	-	2	0,2	

Bolsa rota, sem especificação	106	9,9	31	11,8	75	9,3	
Total	1212	100,0	360	100,0	852	100,0	
Tipo de parto							
Vaginal	1008	85,1	302	84,2	706	85,5	
Cesárea	157	10,7	43	10,7	114	10,7	
Fórceps/vácuo extrator	47	4,2	15	5,1	32	3,8	0,465
Total	1212	100,0	360	100,0	852	100,0	
Profissional que atendeu o parto**							
Médico	835	81,6	253	79,2	582	82,7	
Obstetriz/Enfermeira	129	12,7	34	15,2	95	11,7	
Outros	52	5,7	19	5,6	33	5,6	0,086
Total	1016	100,0	306	100,0	710	100,0	

Fonte: Pesquisa NNB, 2012.

Notas:

*Teste pelo Qui-quadrado; Perda <10%;

**Perda >10% informação obtida do relato da puérpera.

#Dado do prontuário.

4.2. ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA PRESTADA AS JOVENS

Os resultados sobre a assistência obstétrica ofertada às mulheres estão apresentados de duas maneiras. Uma primeira aborda a assistência obstétrica segundo as recomendações da OMS sobre as práticas obstétricas de atenção à mulher no parto. A segunda o faz a partir de três variáveis compostas, doravante denominadas de índices, para verificar a qualidade da assistência ao nascimento por meio da descrição das práticas adotadas durante a assistência ao trabalho de parto e parto ofertada as jovens. No entanto, dois índices foram elaborados originalmente no âmbito desta dissertação. O primeiro é o índice de intervenções, que visa quantificar e analisar o quão frequentemente pode ter sido utilizadas práticas potencialmente prejudiciais ou deletérias durante a assistência ao parto. O segundo, o índice das boas práticas, em que se procurou averiguar a incorporação das boas práticas obstétricas na atenção ao parto. Por fim, um terceiro índice foi apresentado: trata-se do índice de Bologna – indicador proposto pela OMS para avaliar a qualidade do cuidado nos serviços de saúde que prestam atendimento ao parto normal (o qual se excluem as cesarianas e os partos com fórceps).

4.2.1. Assistência Obstétrica segundo as Recomendações da OMS

Na Tabela 3 são apresentadas as frequências simples das práticas desenvolvidas na assistência prestada ao trabalho de parto e parto das jovens, segundo a classificação da OMS que trata das práticas eficazes a serem incentivadas durante a assistência ao trabalho de parto e parto, as práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, e as práticas para as quais não há evidência científica para sua utilização ou que são usadas de forma inadequada (OMS, 1996).

Tabela 3. Distribuição das práticas utilizadas durante o trabalho de parto e parto de acordo com a classificação para assistência ao parto da OMS e segundo faixa etária das jovens de risco habitual. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Práticas obstétricas	Jovens						Valor de p*
	Todas as jovens		13 a 18 anos		19 a 24 anos		
	n*	%	n*	%	n*	%	
Categoria A: Práticas eficazes que devem ser incentivadas							
1. Presença de acompanhante durante o TP	604	56,1	195	62,2	409	53,7	0,002
2. Oferta de líquidos/dieta	333	32,0	102	32,7	231	31,8	0,741
3. Liberdade movimentação e posição no TP	856	78,1	239	73,8	617	79,7	0,011
4. Métodos não invasivos e farmacológicos para alívio da dor	465	39,9	137	38,5	328	40,4	0,457
5. Presença de partograma#	878	79,4	262	77,5	616	80,1	0,243
6. Parto em posição não-supina	69	6,4	28	9,4	41	5,3	0,004
7. Contato pele a pele da mãe com recém-nascido por ≥30 minutos	406	35,5	119	37,0	287	34,9	0,421
Categoria B: práticas prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas							
1. Restrição dieta	804	68,0	238	67,3	566	68,2	0,741
2. Realização tricotomia#	152	11,6	41	9,6	111	12,4	0,117
2. Realização enteroclise (enema)#	37	3,1	13	4,0	24	2,7	0,165
3. Cateter venoso periférico	843	70,9	256	74,8	587	69,5	0,036
4. Uso de ocitocina no TP	581	53,6	187	57,0	394	52,3	0,103
5. Posição de litotomia para o parto	977	93,6	287	90,6	690	94,7	0,004
Categorias C e D: práticas sem evidência científica para utilização ou que são usadas de forma inadequada							
1. Realização de amniotomia	666	57,1	192	54,1	474	58,3	0,133
2. Realização de manobra de Kristeller	459	40,9	158	45,5	301	39,1	0,025
3. N° de toques vaginais**							

0 a 3	376	60,0	107	58,3	269	60,6	0,506
4 ou mais	255	40,0	93	41,7	162	39,4	
4. Uso de fórceps	143	4,8	42	4,8	101	4,8	0,894
5. Realização de episiotomia	552	49,9	187	57,4	365	47,0	< 0,001
6. Analgesia durante TP (peridural ou raqui)	169	14,9	51	16,6	118	14,2	0,248
Tipo de parto							
Vaginal	1.008	85,1	302	84,2	706	85,5	0,465
Cesariana intraparto	157	10,7	43	10,7	114	10,7	

Fonte: Pesquisa NNB, 2012.

Notas:

*Teste pelo Qui-quadrado; Perda <10%, exceto ocitocina (14,4%), analgesia (11,9%) e toque vaginal (44,8%);

**Apenas as jovens com registro no partograma;

#Dados do prontuário.

Dentre as práticas eficazes e que devem ser incentivadas (A), a que diz respeito à presença do acompanhante no trabalho de parto ocorreu em 56% dos casos; cerca de 30% teve a oferta de dieta e o contato precoce pele a pele entre a mãe e o bebê logo após o nascimento. Aproximadamente 79% dos prontuários tinha a presença do partograma e 78,1% das jovens referiram liberdade para movimentação e posição no trabalho de parto. O uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor teve uma frequência baixa de utilização (39,9%) e apenas 6,4% das jovens referiram ter o parto em posição não supina. O grupo das jovens entre 12 a 18 anos, no geral, apresentou frequências maiores no uso das práticas eficazes quando comparados com as jovens de 19 a 24 anos, exceto no que concerne à liberdade de movimentação e posição, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e uso do partograma (Tabela 3).

Ainda em relação aos métodos não farmacológicos, cerca de 60% das jovens não fizeram uso de qualquer método alternativo para gestão da dor. Das jovens que utilizaram algum método (n = 465; 39,9%), o banho de aspersão (uso do chuveiro no trabalho de parto) teve a maior frequência, 32,4% (Gráfico 2).

Gráfico 2. Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Dentre as práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (B), a realização da tricotomia e do enema foram aplicados em 11,6% e 3,1% das jovens, respectivamente. A hidratação ou o uso do catéter venoso periférico foi amplamente utilizado (71%). Além disso, o uso de ocitocina no trabalho de parto (54%) e a restrição de dieta foram muito frequentes (68%). A posição de litotomia foi rotineiramente adotada nos partos, com prevalência alta em ambos os grupos etários (90,6% e 94,7%).

Sobre as práticas sem evidência suficiente e que devem ser usadas com cautela (C), a amniotomia foi utilizada em 57% dos partos. A manobra de Kristeller em mais de 40% das jovens. Entre as práticas utilizadas de forma inadequada (D), observou-se que 60% das jovens tiveram anotados nos prontuários entre nenhum à três toques vaginais e 40% entre 4 ou mais toques. A episiotomia foi realizada em 50% das jovens (ou metade das jovens). A frequência de analgesia peridural/raqui e parto instrumental corresponderam a 14,9% e 4,8%, respectivamente.

A via de nascimento prevalente nas jovens do estudo foi o parto vaginal, com 85,1% dos casos. Houve 10,7% de cesarianas intraparto ou de urgência (Tabela 4). Vale ressaltar que este dado é referente apenas às jovens de risco obstétrico habitual. Ao considerarmos todas as jovens da região Sudeste (3.327 mulheres), o parto vaginal apresentou prevalência de 56,5% e 40,3% foram cesarianas (dados não apresentados). Considerando-se somente as cesarianas (40,3%), as cesáreas sem trabalho de parto (eletivas) corresponderam a 33,4%, e as demais (intraparto),

6,9%. As adolescentes tiveram uma frequência menor de cesarianas quando comparadas com as jovens de 19 a 24 anos (33,9% vs 42,6% - dados não apresentados).

Além de analisar as práticas obstétricas por meio das orientações da OMS, optou-se por também realizar uma descrição do cenário dos nascimentos por meio de índices que também auxiliam na descrição da assistência prestada às jovens. A seguir, os resultados estão apresentados.

4.2.2. Índices para Análise da Qualidade da Assistência ao Parto

Esta seção busca descrever a qualidade da assistência ao parto prestada às jovens entrevistadas pela pesquisa NNB, examinando tal contexto através de variáveis compostas, denominadas índices. Para examinar a assistência ofertada às jovens, para além da categorização proposta pela OMS, nos propusemos a averiguar tal desempenho através do uso de três índices. O intuito foi o de comparar a assistência prestada nos grupos estudados através de outra proposta, que a não convencionalmente utilizada, e verificar a sensibilidade dos índices para avaliação (ou analisar a) da assistência. Para isso, dois índices foram elaborados, enquanto um terceiro, proposto pela OMS, foi também utilizado.²⁰

Um dos índices elaborados refere-se apenas às intervenções (doravante identificado por índice de intervenções), ou seja, ele aborda um conjunto de práticas potencialmente prejudiciais habitualmente realizadas na assistência obstétrica. Um segundo índice foi elaborado com as variáveis que descrevem as boas práticas do cuidado ao parto (doravante identificado por índice das boas práticas), isto é, aquelas práticas obstétricas consideradas úteis ou boas e que são recomendadas pelas evidências científicas atuais, bem como pela OMS e pelo MS. Já o terceiro índice trata-se do índice de Bologna, um indicador de processo validado e

²⁰ As variáveis compostas propostas nesta dissertação (II e IBP) são variáveis analíticas que foram utilizadas para realizar a análise sobre a assistência ao parto das jovens, portanto não são indicadores validados. Em contrapartida, o IB trata-se de um indicador de processo validado e recomendado pela OMS.

recomendado pela OMS para avaliação da qualidade da assistência nos serviços de saúde que prestam assistência ao parto normal.

4.2.2.1. Índice de Intervenções

O índice de intervenções (II) se propõe a identificar o quão medicalizado pode ter sido a assistência ao parto, mesmo em mulheres de risco obstétrico habitual que entraram em trabalho de parto espontâneo. Nesse sentido, o índice foi desenvolvido a fim de quantificar as possíveis práticas prejudiciais (intervenções) ocorridas no momento do nascimento, tornando possível analisar uma dimensão da assistência obstétrica ofertada.

As práticas prejudiciais que compuseram o índice foram: 1) restrição dieta ou líquidos; 2) restrição de movimentação; 3) cateter venoso periférico (hidratação venosa); 4) uso de ocitocina; 5) amniotomia; 6) analgesia; 7) episiotomia; 8) manobra de Kristeller; 9) posição de litotomia e 10) realização de cesariana.

No gráfico 3 está apresentada a distribuição dos partos de acordo com os escores obtidos neste índice. No gráfico 4 estão apresentadas as distribuições segundo os grupos etários.

Gráfico 3. Escores do Índice de Intervenções para os partos das jovens de risco habitual. Nacer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Gráfico 4. Índice de Intervenções segundo os grupos das jovens de risco habitual. Nacer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

A atenção oferecida às jovens no trabalho de parto e parto apresentou um número médio de 4 intervenções ($dp= 1,4$; 0-7). Destaca-se o fato de que nenhuma jovem teve ausência de intervenções durante o processo de nascimento; quase $\frac{3}{4}$ das jovens teve até quatro intervenções e mais de $\frac{1}{3}$ teve cinco ou mais intervenções (Gráfico 3).

Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa ($p=0,354$) entre os grupos etários, de modo geral, observou-se que o grupo das adolescentes teve o uso mais frequente de intervenções em relação as demais jovens, considerando-se o patamar de cinco intervenções (Gráfico 4). Ao fazer a análise de cada variável isoladamente, as intervenções realização de enteróclise, o uso de catéter venoso periférico, ocitocina, manobra de Kristeller e episiotomia tiveram proporções maiores no grupo das jovens de 13 a 18 anos, conforme também pode ser observado na tabela 3.

4.2.2.2. Índice das Boas Práticas Obstétricas

A análise da assistência ao parto também foi realizada por uma espécie de ‘negativo do índice das intervenções’. Desta feita, nos propusemos a construir um índice que permitisse a discussão através do prisma das boas práticas. O desenvolvimento deste índice foi realizado com o intuito de analisar a presença das práticas consideradas úteis e que devem ser estimuladas na assistência oferecida ao nascimento, uma vez que existem evidências científicas que embasam tais boas práticas (OMS, 1966; MS, 2001; MS, 2011; MS, 2014a; CONITEC, 2016).

As práticas que compuseram o índice de boas práticas (IBP) foram: 1) presença do acompanhante; 2) oferta de dieta e líquidos; 3) liberdade de movimentação e posição no trabalho de parto; 4) uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor; 5) presença do partograma; 6) posição não-supina para o parto; 7) contato pele a pele com o recém-nascido logo após o parto; 8) amamentação na sala de parto após o nascimento e 9) mãe e recém-nascido juntos após o nascimento (alojamento conjunto).

No gráfico 5 estão apresentadas a distribuição simples dos partos de acordo com os escores do IBP. No gráfico 6, a distribuição segundo os grupos etários.

Gráfico 5. Escores do Índice de Boas Práticas para os partos das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Gráfico 6. Índice de Boas Práticas segundo grupos etários das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Semelhante ao descrito no índice de intervenções, destacamos o fato de nenhum parto (0%) ter alcançado o escore máximo (9), sendo o escore 6 o número máximo de práticas recebidas, porém em apenas 3,8% das jovens (Gráfico 6). O cuidado prestado às jovens apresentou um número médio de 2,9 (dp= 1,5; 0-6) de boas práticas e mais de 40% das jovens tiveram entre 3 a 4 boas práticas; os escores mais prevalentes no IBP foram 2 seguido do 3 (Gráfico 5).

Com exceção da presença do acompanhante (56,1%), as boas práticas como a oferta de dieta e líquidos (32%), uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor (39,9%), contato pele a pele com o recém-nascido (35,5%) e amamentação na sala de parto (21,3%; dado não apresentado) foram pouco frequentes. A condução do parto pelo uso do partograma ocorreu em 79,4% dos casos. Liberdade de movimentação e posição e a adoção do alojamento conjunto foram prevalentes com 78,1% e 69,3% (dado não apresentado), respectivamente (Tabela 3). Dessa forma, observa-se que a maioria das boas práticas ocorreu em menos de 50% dos partos das jovens. Excetuam-se liberdade de movimentação e posição, uso do partograma e utilização do alojamento conjunto, as quais apresentaram altas frequências.

Comparando-se os dois grupos etários, 49,5% dos partos das jovens com 13 a 18 anos tiveram entre três a quatro boas práticas, 37,8% teve até duas práticas e apenas 12,7% entre cinco e seis práticas. Nas demais jovens, os valores apresentados foram 38,5%, 43,2% e 18,3%, respectivamente (Gráfico 6; $p < 0,001$).

4.2.2.3. Índice de Bologna

Como forma de verificar a assistência oferecida às jovens, analisou-se também o escore de Bologna a fim de compará-lo com as duas variáveis compostas deste estudo (II e IBP). As variáveis que compõe este índice são indicadores de processo, como por exemplo, o uso do partograma e as variáveis sobre as práticas realizadas durante a assistência. Consideramos relevante examinar os dados do NNB também à luz do IB, uma vez que há recomendação para sua utilização nos partos normais (CHALMERS; PORTER, 2001).

O índice de Bologna (IB) foi examinado apenas a partir dos dados acerca dos partos vaginais.²¹ Assim, nossa análise estará focada nos registros de 1.008 jovens que tiveram este tipo de parto.

O IB é composto por cinco variáveis que procuram mensurar a qualidade da assistência: 1) presença de acompanhante; 2) uso de partograma; 3) ausência de

²¹ Nesta pesquisa foi usado de forma indistinta os termos parto vaginal e normal.

estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, manobra de Kristeller, episiotomia, fórceps, ou cesariana de emergência); 4) parto em posição não supina e 5) contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por pelo menos 30 minutos na primeira hora após o nascimento.

Os resultados das variáveis de qualidade composto pelo Índice de Bologna desta pesquisa estão apresentados no Gráfico 7.

Gráfico 7. Distribuição das variáveis de qualidade do Índice de Bologna, partos normais das jovens de risco habitual. Nacer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

A presença do acompanhante foi uma realidade em 55,9% dos partos vaginais. Cerca de 80% dos partos foram conduzidos com o uso de partograma. Houve alguma estimulação do trabalho de parto (pressão externa no fundo uterino ou manobra de Kristeller, uso de ocitocina e episiotomia) em 67% dos casos. O uso da ocitocina foi a intervenção mais comum (54,8%); a segunda intervenção mais frequente foi a episiotomia (48,5%), seguido da pressão do fundo uterino (39,7%) (dados não apresentados). Apenas 6,7% dos partos ocorreram em posição não supina. O contato pele a pele da mãe com o RN foi pouco frequente, ocorrendo em 38,8% dos partos.

No gráfico 8 está apresentada a distribuição dos partos de acordo com os escores obtidos do IB. No gráfico 9 a distribuição segundo os grupos etários.

Gráfico 8. Escores do Índice de Bologna para os partos normais das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Gráfico 9. Escores do Índice de Bologna segundo grupos etários das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Nota: apenas partos normais

A média encontrada para o IB foi de 2,01 ($dp = 0,8$; 0-3); aproximadamente $\frac{3}{4}$ dos partos não atingiu o escore 3. A pontuação máxima (escore 5) do IB, que sugere uma condução do parto com efetiva qualidade da assistência oferecida ao parto ou um parto bem conduzido não foi atingida por qualquer jovem (Gráfico 8).

Em ambos os grupos etários, a maioria dos partos obteve escore 2 (Gráfico 9). Todavia, as jovens de 19 a 24 anos obtiveram, em menor proporção, o escore máximo atingido nessa amostra (escore 3) e que designaria a melhor assistência

obstétrica oferecida no conjunto em exame (Gráfico 9; $p=0,009$). Apesar de não haver uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos etários, ao analisar a variável ausência de estímulo no trabalho de parto, as mais jovens com idade entre 13 e 18 anos tiveram menor ausência em relação às demais moças (28,2% vs 34,9%; $p=0,028$), e também apresentaram maior uso de ocitocina (58,7% vs 53,2%; $p=0,079$), maior realização da manobra de Kristeller (43,0% vs 38,1%; $p=0,046$) e episiotomia (55,9% vs 45,5%; $p=0,001$). Já em relação às demais variáveis de qualidade, elas apresentaram proporções maiores de presença do acompanhante (63,4% vs 53,1%, $p=0,001$), parto em posição não supina (9,7% vs 5,5%; $p=0,005$) e contato pele-a-pele (40,1% vs 38,3%; $p=0,542$), sendo a única exceção, o uso do partograma (79,2% vs 80,6%; $p=0,569$) (dados não apresentados).

4.3. A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE DURANTE A INTERNAÇÃO PARA O PARTO DAS JOVENS

A Tabela 4 apresenta a análise descritiva sobre o apoio realizado pela presença do acompanhante durante os momentos da internação para o parto das jovens. Não tiveram acompanhante em nenhum momento 24,6% (ausência total) das jovens; 75,4% tiveram algum tipo de acompanhante durante a internação. Dessas, 25,8% tiveram acompanhante contínuo (presença contínua) e 49,6% tiveram o acompanhante parcial. Considerando-se apenas as jovens que tiveram acompanhante em qualquer fase do trabalho de parto e parto, o mais frequente foi o parceiro da mulher (34,3%), seguido da mãe (29,1%) e irmão ou amigos (4,8% e 2,7%, respectivamente). As doulas estiveram presentes em 0,1% dos casos.

Entre as jovens que tinham acompanhante, 91,9% dos casos foram referidos como sendo o de sua escolha. As jovens foram mais frequentemente acompanhadas durante a admissão para a internação (71,4%). Durante o trabalho de parto, 56,1% das jovens puderam contar com o apoio. No momento do parto, 43,4% teve acompanhante. Na fase do pós-parto imediato, 44,0% tiveram

acompanhante e 68,9% no pós-parto, seja no apartamento ou na enfermaria do alojamento conjunto.

Considerando-se as jovens que não tiveram um acompanhante, as razões dadas para este fato foram: o não cumprimento da legislação pela instituição, principalmente, “nenhum tipo de acompanhante permitido no hospital” com 52% dos casos, sendo nas adolescentes as proporções maiores em relação às demais jovens (69% vs 47%, respectivamente; $p < 0,001$), seguido de “não tinha ninguém pra ficar com ela” (19%) e “não sabia que podia” (5,4%) (dados não apresentados).

Um aspecto importante a ser avaliado sobre o apoio trata-se da pessoa que oferece o suporte. Entre as adolescentes, o principal acompanhante foi a mãe (46,2%); entre as demais jovens foi o companheiro ou pai da criança (37,1%).

A grande maioria das mulheres considerou que ter um acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento “ajudou muito” ou “ajudou um pouco”, para ter uma experiência melhor e mais calma no parto (87,1% das jovens); apenas 4,6% do total da amostra pensaram que “não ajudou” e fez as jovens mais nervosas.

Tabela 4. Distribuição das características sobre o acompanhamento durante a internação para o parto, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Características sobre o acompanhamento	Jovens						Valor de p*
	Todas as jovens		13 a 18 anos		19 a 24 anos		
	n*	%	n*	(%)	n*	(%)	
Você teve um acompanhante durante a internação para o parto?	1.212	100,0	360	%	852	%	
em nenhum momento	306	24,6	72	17,9	234	27,1	
em algum momento	636	49,6	195	50,2	441	49,4	< 0,001
em todos os momentos	270	25,8	93	31,8	177	23,4	
Quem foi o acompanhante? **							
Parceiro/pai da criança	423	34,3	99	27,0	324	37,1	< 0,001
Mãe	346	29,1	161	46,2	185	22,6	< 0,001
Irmã(o)	69	4,8	21	5,6	48	4,5	0,377
Amiga(o)	33	2,7	9	2,4	24	2,9	0,550
Doula	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0,107
Outra pessoa	215	18,2	69	22,0	146	16,7	0,012
O acompanhante foi a pessoa de sua escolha? **							
Sim	832	91,9	260	91,4	572	92,1	0,686
Momentos do acompanhamento							
Antes/durante a admissão	855	71,4	269	77,7	586	69,0	< 0,001
Durante o trabalho de parto	604	56,1	195	62,2	409	53,7	0,002
Durante o parto mesmo (hora do nascimento)	485	43,4	153	49,1	332	41,2	0,003
Pós-parto imediato (no centro cirúrgico)	483	44,0	158	48,3	325	42,3	0,026
No pós-parto no quarto/alojamento conjunto*	604	68,9	217	78,1	387	65,0	< 0,001

Como foi sua experiência de ter um acompanhante no parto?***

Ajudou muito a ter um parto melhor/mais calmo	672	80,1	208	81,0	464	79,7	
Ajudou um pouco a ter um parto melhor/mais calmo	60	7,0	21	9,2	39	6,1	0,023
Indiferente/nem ajudou nem atrapalhou	59	8,2	20	7,5	39	8,6	
Não ajudou, a pessoa fica mais nervosa	30	4,6	8	2,3	22	5,6	

Fonte: Pesquisa NNB, 2012.

Notas:

*Teste pelo Qui-quadrado; Perda <10%, exceto acompanhante no pós-parto imediato (24%);

**Apenas para as jovens que tiveram acompanhantes;

***Apenas para as jovens que tiveram acompanhante no parto.

A Tabela 5 mostra a análise para a presença de acompanhante de acordo com as características, sociodemográficas, maternas e obstétricas. As diferenças relevantes encontradas estão concentradas nos extremos (acompanhante contínuo/todos os momentos e ausência total de acompanhante/nenhum momento). As jovens que com mais frequência ficaram sem qualquer acompanhante foram as de 19 a 24 anos, tinham rendimentos mais baixos, menor escolaridade, eram pretas ou pardas, multíparas, que internaram por não trabalho de parto e que tiveram parto vaginal no setor público, tinham parceiro/união estável e o chefe da família era o companheiro. O tipo de profissional que atendeu o parto, quando médico, esteve associado à maior prevalência ou chance da jovem ter ausência total do acompanhante. O trabalho remunerado das jovens não foi estatisticamente diferente nas chances de ter acompanhante.

Tabela 5. Distribuição da presença do acompanhante nos diferentes momentos da internação para o parto, de acordo com as características sócio-demográficas e obstétricas, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

2012.

Características sociodemográficas e materna	Presença de acompanhante						Valor de p**
	Nenhum momento		Algum momento		Todos os momentos		
	n*	(%)	n*	(%)	n*	(%)	
	306	24,6	636	49,6	270	25,8	
Idade jovem (anos)							
13 a 18	72	17,9	195	50,2	93	31,8	< 0,001
19 a 24	234	27,1	441	49,4	177	23,4	
Raça / cor							
Branca	93	20,9	200	51,2	87	27,9	0,003
Preta	30	34,8	52	39,2	27	26,0	
Parda	183	24,6	384	50,7	156	24,6	
Escolaridade (anos)							
Até 7	89	30,0	144	43,7	58	26,3	0,004
8-11	114	21,7	240	54,7	93	23,6	

12 ou mais	102	23,9	252	48,6	118	27,4	
Escore sócioeconômico (ABIPEME)							
A+B	43	19,4	93	58,3	40	22,3	
C	180	21,1	400	48,2	197	30,6	< 0,001
D+E	81	39,0	140	48,0	31	13,1	
Total							
Situação Conjugal							
Sem parceiro	84	19,2	185	48,7	106	32,1	< 0,001
Com parceiro	222	27,1	451	50,1	163	22,8	
Estado civil							
Solteira	82	19,1	179	48,6	103	32,2	
Casada no papel	56	22,3	126	50,0	56	27,7	< 0,001
União estável/vive com companheiro	166	29,2	325	50,3	107	20,5	
Separada/viúva	2	14,3	6	57,1	3	28,6	
Trabalho remunerado							
Sim	65	21,4	163	55,4	61	23,2	0,022
Não	241	25,6	473	47,7	209	26,7	
Chefe da família							
Própria jovem	13	18,6	40	52,6	20	28,9	
Companheiro	214	28,2	393	48,7	146	23,1	< 0,001
Pais	58	17,4	151	49,8	85	32,8	
Outra Pessoa	16	19,6	45	55,1	17	25,2	
Paridade							
Primípara	154	22,4	393	49,6	177	28,0	0,009
Múltipara	152	27,8	243	49,6	93	22,6	
Motivo da internação							
Trabalho de parto (TP)	287	22,9	603	50,0	266	27,1	
Indução do TP	4	35,3	7	47,1	2	17,6	
Cesárea eletiva	2	17,6	8	76,5	1	5,9	< 0,001
Complicação clínico-obstétrica	7	33,3	10	61,9	1	4,8	
Outro motivo	6	76,1	8	23,9	-	-	
Tipo de parto							
Vaginal	258	25,2	505	46,8	245	28,1	< 0,001
Cesariana	39	14,3	104	58,6	14	27,1	
Fórceps/vácuo extrator	9	23,5	27	69,3	11	7,3	
Fonte de pagamento							
Público	293	25,2	593	49,7	243	25,1	0,005
Privado	13	13,5	43	49,0	27	37,5	
Profissional que atendeu o parto*							
Médico	218	26,2	417	47,8	200	26,0	0,002
Obstetriz/Enfermeira	31	21,5	69	41,4	36	37,2	
Outros	13	24,7	19	34,2	13	41,1	

Fonte: Pesquisa NNB, 2012.

Notas:

*Amostra corrigida pelo peso amostral; Perda <10%; exceto profissional que atendeu o parto (16,2%);

** Teste de associação pelo Qui-quadrado;

Investigamos o papel do acompanhante em sua associação com as práticas desenvolvidas durante a assistência ao parto. Na análise bivariada, buscou-se verificar a possível associação entre a presença do acompanhante e as práticas

obstétricas desenvolvidas, através da utilização dos índices descritos anteriormente neste trabalho.²² Observou-se, para cada índice, a presença do acompanhante nos momentos do trabalho de parto e parto.

No índice de intervenções (II), conforme mostra a Tabela 6, dentre as jovens que puderam contar com o apoio do acompanhante, 47% tiveram entre 3 ou 4 intervenções no trabalho de parto. Mais de um terço tiveram cinco ou mais intervenções. O mesmo pode ser observado no parto: cerca de 46% dos partos tiveram de 3 a 4 e mais de ¼ cinco ou mais intervenções (Tabela 7). Os Gráficos 10 e 11 estão apresentados as distribuições segundo os momentos do trabalho de parto e parto em relação aos grupos etários, não sendo encontrada diferença significativa entre os grupos ($p=0,116$ e $p=0,533$ respectivamente).

Tabela 6. Distribuição da presença de acompanhante no trabalho de parto segundo Índice de Intervenções, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Índice de intervenções	Presença do acompanhante no TP	
	n	%
nenhuma	-	-
1 intervenção	20	3,0
2 intervenções	71	11,4
3 intervenções	109	22,6
4 intervenções	146	24,3
5 intervenções	126	19,4
6 intervenções	95	14,7
7 intervenções	31	4,6
Total	598	100,0

Fonte: Pesquisa NNB, 2012.

Nota: p valor = 0,004

²² Não quisemos aqui, no âmbito desta dissertação, realizar inferência causal na exposição da presença do acompanhante sobre as práticas desenvolvidas na assistência ao parto (índices; variáveis compostas), dado que o desenho de um estudo transversal não caberia testar tal inferência, sendo o ensaio controlado o desenho apropriado para este tipo de análise. Nossa proposta foi de verificar possível diferença entre a presença do acompanhante e as práticas desenvolvidas neste processo.

Tabela 7. Distribuição da presença de acompanhante no parto segundo Índice de Intervenções, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Índice de intervenções	Presença acompanhante no parto	
	n	%
nenhuma	-	-
1 intervenção	12	2,3
2 intervenções	63	12,4
3 intervenções	89	23,4
4 intervenções	112	22,6
5 intervenções	107	19,4
6 intervenções	68	14,3
7 intervenções	29	5,4
Total	480	100,0

Fonte: Pesquisa NNB, 2012.

Nota: p valor < 0,001

Gráfico 10. Presença de acompanhante no trabalho de parto segundo Índice de Intervenções, de acordo com os grupos das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Nota: p-valor = 0,116.

Gráfico 11. Presença do acompanhante no parto segundo Índice de Intervenções, de acordo com os grupos das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Nota: p-valor = 0,533.

Foi realizada uma adaptação no índice de Boas práticas (IBP) para podermos proceder à análise sobre a associação entre presença de acompanhante e a realização de práticas úteis da assistência ao parto. Retiramos a variável presença de acompanhante do conjunto de variáveis que compõem o IBP. Em resumo, podemos afirmar que a presença do acompanhante esteve positivamente associada ao maior uso das boas práticas, tanto no trabalho de parto quanto no parto (Tabelas 8 e 9). Houve diferença entre os grupos etários, conforme pode ser observado nos gráficos 12 e 13 ($p < 0,001$ para ambos momentos).

Tabela 8. Distribuição da presença de acompanhante no trabalho de segundo parto Índice de Boas Práticas adaptado, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Índice de boas práticas	Presença acompanhante no TP	
	n	%
nenhuma	38	4,7
1 boa prática	84	14,8
2 boas práticas	158	26,5
3 boas práticas	171	28,3
4 boas práticas	109	18,7
5 boas práticas	40	6,9
Total	600	100,0

Nota: p valor < 0,001.

Tabela 9. Distribuição da presença do acompanhante no parto segundo Índice de Boas Práticas adaptado, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Índice de boas práticas	Presença acompanhante no parto	
	n	%
nenhuma	29	4,0
1 boa prática	55	12,1
2 boas práticas	116	22,6
3 boas práticas	147	30,4
4 boas práticas	98	22,4
5 boas práticas	38	8,5
Total	483	100,0

Nota: p valor < 0,001.

Gráfico 12. Presença do acompanhante no trabalho de parto segundo Índice de Boas Práticas adaptado, de acordo com os grupos das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Nota: p-valor < 0,001.

Gráfico 13. Presença do acompanhante no parto segundo Índice de Boas Práticas adaptado, de acordo com os grupos das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Nota: p-valor < 0,001.

Do mesmo modo que foi examinada a associação da presença do acompanhante sobre o IBP, foi feita semelhante análise em relação ao índice de Bologna (IB). Para isso, a variável presença de acompanhante também foi retirada da composição do referido índice. Em suma, observou-se fenômeno parecido ao observado no IBP no sentido de parecer haver associação positiva da presença do acompanhante aos escores máximos em ambos momentos (Tabela 10 e 11). Não houve diferença significativa entre os grupos etários (Gráficos 14 e 15; $p = 0,618$ e $0,589$, respectivamente).

Tabela 10. Distribuição da presença do acompanhante no trabalho de parto segundo Índice de Bologna adaptado, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Índice de Bologna	Presença acompanhante no TP	
	n	%
Escore 0	26	4,0
Escore 1	195	40,9
Escore 2	282	55,1
Total	503	100,0

Nota: apenas partos normais; p valor = 0,008

Tabela 11. Distribuição da presença do acompanhante no parto segundo Índice de Bologna adaptado, jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Índice de Bologna	Presença acompanhante no parto	
	n	%
Escore 0	20	3,5
Escore 1	159	41,1
Escore 2	235	55,4
Total	414	100,0

Nota: apenas partos normais; p valor = 0,005.

Gráfico 14. Presença do acompanhante no trabalho de parto segundo Índice de Bologna adaptado, de acordo com os grupos das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Nota: p valor = 0,618.

Gráfico 15. Presença do acompanhante no parto segundo Índice de Bologna adaptado, de acordo com os grupos das jovens de risco habitual. Nascer no Brasil. Região Sudeste. Brasil, 2011-2012.

Nota: p-valor = 0,589

5. DISCUSSÃO

5.1. EXCESSO DE PRÁTICAS POTENCIALMENTE PREJUDICIAIS NA ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS JOVENS

Na comparação entre os grupos etários de jovens, ao considerar os resultados quanto às características sócio-demográficas, observamos posições diferentes na transição para a vida adulta. As jovens de 19 a 24 anos estavam no processo de consolidação desta transição (*status* de adulto), uma vez que elas estavam no término ou conclusão dos estudos, não moravam mais na casa dos pais, possuíam companheiros, eram casadas e tinham trabalho remunerado. Já as adolescentes encontravam-se no cerne dessa transição, visto que a maioria ainda estava na escola; uma grande proporção era solteira e não possuía companheiro, morava com os pais, e não havia iniciado a vida profissional (HEILBORN e CABRAL, 2006).

Destacamos o fato de quase 70% da amostra do presente estudo ser representada por jovens que se declararam da cor preta/parda e mais de 85% delas serem pertencerem as classes econômicas C, D e E. Isto significa dizer que a amostra do estudo esteve representada majoritariamente pela população jovem de baixo poder sócio-econômico. Esta pesquisa foi realizada na região mais populosa e desenvolvida economicamente do Brasil, na qual as diversidades e complexidades do país podem estar representadas principalmente quanto a este subgrupo populacional. Acrescenta-se a isso o fato de a fonte de pagamento preponderante para o parto ter sido o SUS, em aproximadamente 95% dos casos.

A disparidade entre a quantidade de moças que tiveram seus bebês no SUS *versus* no setor privado fez com que optasse-se por não fazer uma análise em termos de assistência ao parto segundo fonte de pagamento (setor público vs. setor privado). Reconhece-se a possibilidade de haver diferenças entre a assistência prestada às jovens em relação às características do tipo de instituição/financiamento para o parto. Todavia, tendo em vista que a grande maioria dos partos ocorreu no

SUS, considera-se que este dado representa um bom retrato da atenção obstétrica para as jovens que levam a gravidez a termo no país.

Esse é outro aspecto importante que deve ser considerado, pois ele diz respeito à heterogeneidade juvenil quanto às condições sociodemográficas e reprodutivas. Sabe-se que as jovens com maior vulnerabilidade social e econômica possuem um perfil reprodutivo que, ao engravidarem, geralmente levam adiante a gestação, enquanto que as jovens que estão em uma trajetória escolar ascendente (maior escolaridade) ou que pertencem a uma classe social mais favorecida, geralmente interrompem a gravidez, postergando a maternidade para outro momento da vida, após os 24 anos (AQUINO et al. 2003; MENEZES, 2006; CABRAL et al., 2007; HEILBORN et al., 2012). Pode-se aventar a hipótese de que a maior proporção de partos de moças com até 24 anos no SUS (comparativamente aos 5% encontrados em setor privado) seja resultante das disparidades sociais que também marcam as trajetórias reprodutivas juvenis no Brasil: as menos favorecidas economicamente costumam engravidar mais cedo e levam a gravidez a termo, seja por valorização da maternidade ou pela impossibilidade de acessar formas mais seguras para a interrupção da gestação²³ (AQUINO et al., 2003; CABRAL et al., 2007). As poucas moças mais aquinhoadas e que engravidam e levam a gravidez adiante nesta faixa etária talvez não estejam tendo seus bebês em serviços públicos de saúde. Esse aspecto também auxilia na compreensão do perfil socioeconômico encontrado para as jovens entrevistadas pela pesquisa.

Nota-se adequação ao que a Organização Mundial da Saúde (OMS), assim como o Ministério da Saúde (MS) preconizam quanto à realização do número mínimo de seis consultas de pré-natal: 62% das jovens teve sete ou mais consultas. Preferencialmente, é recomendável a ocorrência de no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação (MS, 2012a). O objetivo do acompanhamento do pré-natal é assegurar o bom desenvolvimento da gestação, permitindo um parto sem maiores riscos e com mãe e recém-nascido saudáveis no final do processo. Vale ressaltar que a adequação e qualidade da assistência pré-natal não se resume ao número de consultas. Outros parâmetros são incluídos, tais como: início precoce do pré-natal,

²³ Aproximadamente 2/3 das jovens entrevistadas declararam que 'queriam esperar mais um tempo' ou 'não queriam engravidar naquele momento', demonstrando certo desacordo sobre a adequação do momento em que a gravidez em questão havia ocorrido.

realização dos exames de rotina, procedimentos clínicos-obstétricos recomendados, entre outros (MS, 2000; MS, 2012a).

No tocante aos resultados sobre a assistência ao trabalho de parto e parto em relação às recomendações preconizadas pela OMS, as quais o MS corrobora, demonstrou-se altas prevalências das práticas prejudiciais e o baixo uso das práticas eficazes que possuem respaldo científico para a sua utilização durante a atenção prestada às jovens parturientes.

Na comparação entre os grupos etários, de modo geral, nota-se que o grupo de 13 a 18 anos teve o uso mais frequente de intervenções do tipo B e C/D em relação ao grupo de 19 a 24 anos, dentre elas: o uso de enema, cateter venoso periférico, ocitocina, manobra de Kristeller, analgesia peridural/raqui e episiotomia, além de apresentarem proporções maiores na realização de quatro ou mais toques vaginais registrados em seus prontuários.²⁴ A restrição de dieta, tricotomia, amniotomia e posição de litotomia para o parto foram maiores no grupo de 19 a 24 anos.

A literatura tem reiterado sobre os benefícios da adoção das boas práticas pelos serviços de saúde durante a assistência ao parto prestada às mulheres. Estas práticas também são recomendadas pela OMS e pelo MS como medidas fundamentais para assegurar uma assistência de qualidade e com preceitos da humanização do parto e nascimento (OMS, 1996; MS, 2001; MS, 2014a; PORTO et al., 2010; AMORIM et al., 2010; LEAL et al., 2014). Entretanto, os resultados deste estudo mostrou que o uso das boas práticas estão aquém do desejável, por apresentarem uma frequência relativamente baixa nos partos das jovens, com exceção da presença do partograma e da liberdade de movimentação e posição no trabalho de parto, que apresentaram proporções altas. A presença frequente do partograma nos prontuários das jovens (79,4%) e da liberdade de movimentação (78,1%) reflete tratar-se de práticas incorporadas na condução do parto normal das jovens pelas maternidades analisadas neste estudo; porém, na amostra nacional

²⁴ Estas práticas são normalmente utilizadas de forma desnecessária e costumam ser as mais dolorosas para as mulheres. Inevitável questionar como tais práticas estariam interligadas às representações biomédicas de risco e moralistas sobre a adolescente grávida: tais intervenções seriam “necessárias” porque trata-se de um corpo “imaturo” ou “despreperado” para o parto? Seriam tais intervenções uma forma de punição para aquelas que engajam “precocemente” numa vida sexual e reprodutiva? Infelizmente, o escopo desta dissertação não aporta material suficiente para dar desdobramentos consequentes a tais inquietações.

que considerou todas as mulheres em idade reprodutiva, a proporção foi de 44,2% e 46,3%, respectivamente (LEAL et al., 2014).

O partograma é uma das boas práticas recomendada pela OMS e a sua utilização pode servir também como um bom indicador para avaliar a condução ao parto normal. Estudos revelam que o uso do partograma é uma ótima ferramenta para o acompanhamento da evolução do trabalho de parto, por fornecer ao profissional uma visão geral do processo de nascimento, possibilitando a identificação de eventuais desvios da normalidade no progresso do parto e do bem estar materno e fetal (ENKIN et al., 2005; BHUTTA et al., 2010; LAVENDER et al., 2013). Sabe-se que a utilização deste instrumento para a monitorização da progressão do trabalho de parto faz parte de uma das exigências feita às maternidades que prestam serviços ao SUS, devendo estar anexado ao prontuário de cada paciente. Entretanto, sua presença física não significa, necessariamente, que o instrumento tenha sido utilizado e quiçá se sua utilização foi realizada da maneira correta. Alguns trabalhos têm mostrado o não uso do partograma nas maternidades, mesmo quando presente no prontuário e que quando há utilização, por vezes, os partogramas estão mal preenchidos ou com uso inadequado (BARROS; VERÍSSIMO, 2011; GIGLIO et al., 2011; VASCONCELOS et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2015; OLIVEIRA; FRAGA, 2015).

Apesar da literatura asseverar os benefícios com a adoção deste instrumento por estar associado a menores taxas de cesarianas e possibilitar a identificação precoce de anormalidades na evolução do trabalho de parto (ENKIN et al., 2005; ROCHA et al., 2009), as evidências atuais trazidas pelos ensaios clínicos não encontraram diferenças consistentes entre o uso rotineiro do partograma em relação ao não uso do instrumento sobre as taxas de cesarianas e de desfechos negativos. O resultado da revisão foi inconclusivo quanto à recomendação para o uso rotineiro, mas os revisores alertam que a utilização do instrumento deve ser discutida e definida localmente, uma vez que estudos de países em desenvolvimento ou de média renda apontam que o uso do partograma durante o cuidado têm demonstrado associação com desfechos favoráveis (LAVENDER et al., 2013).

A liberdade de movimentação e posição no trabalho de parto, principalmente as verticalizadas, assim como a oferta de dieta/líquidos, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e o suporte contínuo são medidas recomendadas também pela OMS e MS, de modo a propiciar o manejo da dor, o conforto materno e

auxiliar na progressão do trabalho de parto (OMS, 1996; MS, 2001; MS, 2014a). Estas práticas são medidas simples, não invasivas, de baixo custo e acessíveis à todos os serviços de saúde, tornando-se injustificáveis as baixas frequências encontradas no estudo. Estes resultados são semelhantes aos encontrados para o país como um todo, que também registrou pouca utilização destas práticas, não chegando a nem 50% das mulheres (LEAL et al., 2014).

Revisões sistemáticas apontam para as vantagens na adoção das boas práticas em mulheres de risco habitual. A liberdade de movimentação e adoção de posições verticalizadas durante o trabalho de parto estão associadas à redução do tempo deste período, diminuição do risco de parto cesariana e a necessidade de analgesia epidural (ENKIN et al., 2005; LAWRENCE et al., 2013). Não existem evidências para a restrição de dieta e líquidos em mulheres sem risco de complicações, sendo o recomendável a oferta de dieta durante todo o processo da atenção prestada ao parto, respeitando a solicitação da mulher quando feita (SINGATA et al., 2013).

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor são amplamente difundidos no mundo, mas ainda assim é um tema escasso na literatura científica, sobretudo em estudos científicos tidos como adequados para realizar alguma recomendação, dos quais poucos métodos foram analisados (PORTO et al., 2010; GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010).

Alguns estudos têm mostrado benefícios na aplicação dos métodos não farmacológicos: facilita a progressão do trabalho de parto, proporciona alívio da dor, conforto e maior satisfação materna no momento do parto. Existem muitas variedades de técnicas não farmacológicas, dentre elas: banhos quentes de aspersão ou imersão, uso de bola, massagens, aromaterapia, acupuntura, hipnose, entre outras. A OMS e MS recomendam o uso de terapias alternativas para o manejo da dor, uma vez que são eficazes, reduzem a necessidade de métodos farmacológicos e parecem não oferecer riscos para a mulher e bebê (OMS, 1996; MS, 2001; MS, 2014a).

Na presente pesquisa, as poucas jovens que tiveram uso das técnicas alternativas para gestão da dor no trabalho de parto se beneficiaram principalmente de banho de aspersão (chuveiro), pois esta foi a técnica mais prevalente (32%); os demais métodos não chegaram a 10%.

O banho de imersão, a massagem, a movimentação e a acupuntura são relatados na literatura com resultados mais efetivos na gestão da dor. As revisões pontuam aumento no grau de satisfação materna e para diminuição do uso de métodos farmacológicos, como o uso de analgesia, quando são aplicadas estas terapias alternativas (SIMKIN; O'HARA, 2002; SMITH et al., 2006; CLUETT; BURNS, 2009; GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010; SMITH et al., 2011b; SMITH et al., 2012). Mesmo assim, as últimas metanálises recomendam a realização de mais investigações por considerarem pequeno o número de trabalhos avaliados.

Sobre outros métodos não farmacológicos como as técnicas de relaxamento, yoga, eletroestimulação transcutânea (TENS), também são encontrados resultados positivos em relação a diminuição da dor, ansiedade e medo da parturiente quando aplicados estes métodos (SMITH et al., 2006; DOWSWELL et al., 2009; SMITH et al., 2011c). Apesar dos efeitos positivos, os revisores alertam para a necessidade de mais estudos que envolvam sua avaliação sobre os defeitos maternos e do bebê, uma vez que a quantidade de estudos e mulheres avaliadas foi considerada pequena.

Técnicas como audionalgesia, aromaterapia, injeção de água estéril intradérmica ou subcutânea, *biofeedback* e a hipnose são métodos que necessitam de mais investigações para avaliar sua eficácia. Mesmo apresentando resultados promissores, os poucos trabalhos avaliados foram considerados com baixo rigor metodológico e não foi encontrada evidência "sólida" para recomendação na prática clínica (SMITH et al., 2006; SMITH et al., 2011c; SMITH et al., 2011a; BARRAGÁN et al., 2011; DERRY et al., 2012; MADDEN et al., 2016).

Sabe-se que há evidências para apoiar a eficácia dos métodos farmacológicos, mas estes possuem mais efeitos adversos sobre a mãe e bebê comparados aos métodos não farmacológicos (JONES et al., 2012). Um exemplo é a eficácia significativa da analgesia peridural quando comparada com a não-peridural ou ausência de analgesia no parto. Em contrapartida, os ensaios clínicos mostram que seu uso implica num aumento de parto instrumental, aumento da duração do segundo estágio do parto, maior necessidade do uso de ocitocina, aumento de efeitos adversos principalmente maternos, tais como a hipotensão, bloqueio motor, febre ou retenção urinária e ainda, aumento do risco de cesariana por sofrimento fetal (ANIM-SOMUAH et al., 2011). Além da analgesia peridural, outras formas farmacológicas efetivas são a técnica *combined spinal epidural (CSE)*

ou analgesia combinada (peridural + raqui) e a analgesia inalatória (JONES et al., 2012). A analgesia combinada alivia a dor mais rapidamente quando comparada a doses peridurais tradicionais ou baixas, no entanto as mulheres têm risco maior de apresentar prurido quando aplicada esta analgesia (SIMMONS et al., 2012). Já as mulheres que recebem analgesia inalatória são mais propensas a ter vômitos, náuseas e tonturas (JONES et al., 2012).

Numa tentativa de trazer um panorama geral sobre as revisões sistemáticas realizadas até então à respeito do uso de métodos não farmacológicos e farmacológicos para o controle da dor no trabalho de parto, a *Cochrane* elaborou uma revisão com o objetivo de resumir as evidências sobre a eficácia e segurança destas intervenções para tratamento da dor neste processo. Nesta revisão foi realizada uma categorização sobre a eficácia dos métodos: os “métodos que funcionam”, “métodos que podem funcionar” e “evidência insuficiente para fazer um julgamento” (JONES et al., 2012).

Entre “os métodos que funcionam” estão a analgesia peridural, peridural combinada e a analgesia inalatória (farmacológicos). Entre os não farmacológicos, os “métodos que podem funcionar” estão a imersão em água, relaxamento, acupuntura, massagem e bloqueios anestésicos locais ou drogas não opióide. Já os que há “evidência insuficiente para fazer um julgamento” estão a hipnose, o *biofeedback*, a injeção de água estéril, a aromaterapia, TENS, ou opióides parenterais (JONES et al., 2012).

Por fim, nesta revisão os autores concluem que há mais evidência para apoiar a eficácia dos métodos farmacológicos, mas estes têm mais efeitos adversos. A maioria dos métodos não-farmacológicos são não-invasivos e parecem ser mais seguros para a mãe e bebê; no entanto, a sua eficácia é incerta ainda, devido à qualidade da evidência ser limitada e por este motivo recomenda-se a realização de mais estudos (JONES et al., 2012). Neste cenário, as mulheres devem sentir-se livres para escolher o tipo de manejo da dor que lhes for mais confortável e que irá ajudá-las mais durante o parto. Assim, é importante que durante a gravidez elas sejam informadas sobre os benefícios e os potenciais efeitos adversos sobre si mesmas e seus bebês acerca dos diferentes métodos existentes para o controle da dor durante esse processo.

Em relação à presença do acompanhante, apesar do suporte contínuo no parto ser um direito garantido no Brasil pela Lei nº 11.108/2005 (BRASIL, 2005),

apenas um pouco mais de 25% das jovens tiveram o apoio conforme a lei. A mais recente metanálise, com envolvimento de mais de 15.000 mulheres, revelou que parturientes que tiveram o apoio durante o trabalho de parto e nascimento foram mais propensas a ter parto vaginal espontâneo, trabalho de parto mais curto e com o uso menor de analgesia. As mulheres também foram menos propensas a um parto instrumental (fórceps), ao uso de analgesia local e realização da cesariana, além de manifestarem maior satisfação com a experiência do nascimento (HODNETT et al., 2013). A literatura é assertiva a esse respeito: há benefícios perinatais quando o apoio é garantido (HODNETT et al., 2013; BRUGGEMANN et al., 2005). Desse modo, a presença do acompanhante é considerada uma prática benéfica para mãe e bebê e deve ser incentivada e garantida a todas as mulheres, devendo ser incorporada nas maternidades.

A OMS recomenda o contato pele a pele, imediatamente após o parto: o recém-nascido em estado ativo deve ser colocado em contato direto sobre o abdômen ou tórax materno e protegido por um cobertor seco e aquecido. Recomenda-se ainda, postergar os procedimentos de rotina para se prolongar esse contato, estendendo-o ao máximo na internação pós-parto (OMS, 1996; WHO, 2002; MS, 2014b; NICE, 2014). As investigações têm demonstrado que o contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por pelo menos 30 minutos na primeira hora de vida propicia o vínculo entre mãe-filho, previne a hipotermia, favorece a manutenção do equilíbrio ácido-básico, auxilia no ajuste do movimento respiratório e choro do recém-nascido e contribui para o aleitamento materno. Esta prática pode ser um bom indicativo de que o parto transcorreu adequadamente (OMS, 1996; WHO, 2002; MOORE et al., 2016; MS, 2014a; MOREIRA et al., 2014). Apesar dos argumentos já descritos na literatura, o contato pele a pele foi pouco utilizado nos partos das jovens em exame (38,8%). Cabe mencionar que a pesquisa NNB considerou apenas se houve o contato imediato após o nascimento, não sendo contabilizada a duração do mesmo. A proporção baixa registrada nessa pesquisa é semelhante às prevalências encontradas no estudo nacional, que tiveram variações entre 20 a 32% segundo as regiões do Brasil (MOREIRA et al., 2014).²⁵

²⁵ Em 2014, atendendo às recomendações da OMS, o MS através da Portaria nº 371 instituiu as diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido no âmbito do SUS, recomendando aos profissionais assegurarem o contato pele a pele entre o binômio mãe e filho, de forma imediata e contínua (MS, 2014b). Orienta-se também, a postergação dos procedimentos de rotina, o

O parto em posição não supina foi uma raridade dentre as jovens estudadas: ocorreu em apenas 5,7% (Tabela 3). A OMS e MS sugerem a liberdade de escolha da mulher para a posição do nascimento e que os profissionais de saúde possam encorajá-las para a adoção de posições verticalizadas ou lateralizadas, uma vez que estas podem trazer benefícios que influenciam nas adaptações da anatomia e fisiologia da pélvis materna, além de ser uma alternativa importante não farmacológica para o manejo e alívio da dor (OMS, 1996; MS, 2001; MS, 2014a; MS; CONITEC, 2016). Dentre os benefícios possíveis, tem-se: maior facilidade de movimentação e flexibilidade do quadril, favorecimento da circulação uteroplacentária, da rotação da apresentação e descida fetal e ligeiro aumento dos diâmetros da pélvis, obtendo como resultado a contribuição para progressão do trabalho de parto. Além disso, a sensação de maior controle e diminuição da dor, devido ao relaxamento da pelve, evita a maior exaustão materna (AMORIM et al., 2010; GUPTA et al., 2012). Os estudos têm observado também associação das posições não supinas na diminuição de taxas de episiotomia, parto instrumental e da cesariana (PRIDDIS et al., 2012; SILVA et al., 2013; BEGLEY et al., 2014).

Revisão sistemática recente envolvendo 7.280 mulheres avaliou os benefícios e riscos de diferentes posições durante o período expulsivo entre mulheres que não utilizaram analgesia epidural e verificaram que a adoção de posições verticalizadas ou lateralizadas, quando comparadas a posição supina ou litotômica, mostraram associação com a diminuição da duração do segundo período do parto, alterações na frequência cardíaca fetal (bcf), bem como diminuição de episiotomia (GUPTA et al., 2012). Entretanto, ocorreu maior perda sanguínea (acima de 500 mL), sem repercussões clínicas consideráveis e aumento de laceração perineal de segundo grau. Os revisores concluem que as mulheres devem ser encorajadas a parir na posição que lhes for mais confortável, encorajando-as a assumir posturas não supinas (GUPTA et al., 2012).

No Brasil, a posição de litotomia ou de semidecúbito são predominantemente utilizadas nas maternidades, como foi observado neste estudo, onde 93,6% dos partos ocorreram nesta posição. Dado semelhante foi encontrado na amostra nacional que obteve prevalência de 91,7%, demonstrando que a posição de litotomia

é uma regra nos hospitais brasileiros, mesmo sendo considerada uma prática prejudicial (LEAL et al., 2014).

As práticas de amamentação ainda na sala de parto logo após o nascimento e de alojamento conjunto, apesar de não estarem no documento sobre as recomendações da OMS, também são consideradas boas práticas e incentivadas (OMS, 1998). A literatura traz resultados que mostram benefícios ao binômio quando são adotadas.

Recém-nascidos em boas condições, quando colocado sobre o abdome da mãe logo após o nascimento, têm a habilidade de encontrar a mama materna e iniciar a primeira mamada. A literatura aponta que o movimento de rastejar do RN pode demorar até 10 minutos; a primeira mamada poderá ocorrer dentro de 30 a 60 minutos e a sucção efetiva, em média, em 20 minutos (UNICEF, 2007). A OMS e UNICEF recomendam que o aleitamento materno inicie-se na primeira meia hora após o nascimento (WHO, 1998; UNICEF, 2007). Contudo, os resultados obtidos em nosso estudo atestam que apenas 21,3% das jovens (dado não apresentado) amamentaram seu filhos ainda na sala de parto (aspecto semelhante ao encontrado para a amostra nacional, segundo regiões geográficas - MOREIRA et al., 2014).

Sabe-se que o aleitamento precoce logo após o parto, em RNs com boas condições, reduz riscos para mortalidade neonatal. Considera-se que mulheres que amamentam logo após o parto possuem maior chance de serem bem sucedidas na prática da amamentação. Além disso, os alimentos pré-lácteos, comumente oferecidos aos bebês antes da amamentação, podem ocasionar lesões no intestino ainda imaturo. O colostro acelera a maturação do epitélio intestinal, protegendo-o contra agentes patogênicos; e o contato pele a pele previne a ocorrência de hipotermia (TOMA; REA, 2008).

Está também presente na literatura os argumentos de que o início da amamentação precoce aumenta a duração do período de aleitamento materno, mantém a temperatura do bebê, otimiza o aprendizado do bebê a sugar de maneira mais eficiente, promove melhores resultados no desenvolvimento da criança, ajuda a estabelecer o vínculo mãe e filho e auxilia na prevenção de hemorragia pós-parto e na involução uterina (OMS, 1998; UNICEF, 2007; TOMA; REA, 2008). Mas estes benefícios apenas poderão ser alcançados se garantido primeiramente o contato precoce pele-a-pele logo após o parto. Em revisão sistemática sobre o contato precoce pele-a-pele em mães e bebês saudáveis foi demonstrado que a adoção

desta medida tem efeitos positivos sobre a amamentação, como maior duração do aleitamento até quatro meses após o nascimento, maior estabilidade cardíorrespiratória do bebê e diminuição do choro (MOORE et al., 2012).

A iniciativa “Hospital Amigo da Criança” (IHC), idealizada pela OMS e UNICEF, visa oferecer a todos os bebês o melhor começo de vida possível. Para isso, ela incentiva a criação de ambiente de assistência à saúde que tenha como norma o apoio ao aleitamento materno mediante o cumprimento, pelos hospitais, de “Dez Passos para o sucesso do Aleitamento Materno” e das “Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras - NBCAL” (MONTEIRO, 2006). Os “Dez Passos para o sucesso do Aleitamento Materno” está baseado nas revisões científicas recentes sobre amamentação. Um dos principais passos a cumprir pelo hospital é o de número 4, que refere: “ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento do bebê” (OMS, 1998). Para atender a este passo, orienta-se “colocar os bebês em contato pele-a-pele com suas mães imediatamente após o parto, durante pelo menos uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para mamar, oferecendo ajuda, se necessário” (OMS, 1998). Cumpre dizer que o Brasil adotou esta iniciativa através da Portaria nº 756/2004, que contempla as normas para o processo de habilitação e acreditação do Hospital Amigo da Criança integrado ao Sistema Único de Saúde (MS, 2004b).

Além do contato precoce, a criação e adoção da prática de alojamento conjunto pelas instituições é outra medida importante para se obter melhores resultados, tanto para a amamentação como para os aspectos voltados para o cuidado que a mulher pode desenvolver para com seu filho. Neste tipo de acomodação, mãe e filho permanecem juntos após o nascimento, num mesmo ambiente, durante toda a internação hospitalar. A separação de mães e bebês após o nascimento pode reduzir a frequência da amamentação e, conseqüentemente, a quantidade de leite materno produzido pela mulher. Ademais, considera-se que bebês que ficam junto com a mãe durante toda a sua permanência no hospital teria uma sucção mais frequente da mama e, assim, haveria as condições propícias para promoção do aleitamento materno, do vínculo entre o mãe/filho e das habilidades de cuidados da mãe para com a criança (PASQUAL et al., 2010; JAAFAR et al., 2016).

Consideramos que a proporção encontrada da utilização do alojamento conjunto neste estudo (cerca de 70%) pode ser um efeito positivo obtido com a

instituição da Portaria/MS nº 1.016, vigente no Brasil desde 1993, que estabelece as normas para implementação do alojamento conjunto. Tal iniciativa foi motivada pelas então elevadas taxas de desmame precoce no país. O objetivo desta portaria foi incentivar o aleitamento e o relacionamento mãe-filho, mas também diminuir o risco de infecção hospitalar e evitar as complicações maternas e do recém-nascido (MS, 1993; MOREIRA et al., 2014).

Em relação às práticas prejudiciais ou ineficazes (B), às sem evidências científicas suficientes e que devem ser utilizadas com cautela (C) ou ainda, às práticas utilizadas de modo inadequado (D), observamos altas frequências destas intervenções nos partos das jovens. Fica evidente o uso rotineiro e sem critério clínico de práticas que intervêm no processo de nascimento, mesmo em jovens saudáveis de risco habitual, injustificando, portanto, a alta frequência encontrada nestas mulheres. É recomendável o uso criterioso e apropriado das tecnológicas disponíveis para atenção ao nascimento, sendo cabível o uso de intervenções que sejam compatíveis com a segurança materna e do bebê, a fim de assegurar um percurso fisiológico/natural do parto que obstenha mãe e bebê saudáveis no final deste processo (OMS, 1996; MS, 2001; MS, 2014a).

Além da posição de litotomia, outra prática verificada no estudo com utilização rotineira foi o uso do cateter venoso periférico (70,9%). É recomendado o uso da venoclise e infusão de líquidos apenas em situações específicas. Esta não deveria ser uma prática de rotina nos serviços em mulheres de risco habitual, pois sua utilização é indicada em condições de tratamentos, como por exemplo, de hipotensão materna, manejos de emergências hemorrágicas ou uso de medicações e analgesia (OMS, 1996; PORTO et al., 2010).

No presente estudo, verificou-se que o uso de ocitocina (53,6%) e ruptura artificial das membranas amnióticas (57,1%) foram técnicas frequentemente utilizadas, possivelmente para provocar aceleração do trabalho de parto, o que se tem denominado como 'manejo ativo do parto'. Ambas foram utilizadas em mais da metade das jovens, em taxas superiores às observadas para a amostra nacional em seu conjunto (38,2% e 40,7%, respectivamente - LEAL et al., 2014). Houve também proporção elevada da realização da manobra de Kristeller nos partos vaginais desta pesquisa (40,9%), bem como na amostra nacional (37,3% segundo LEAL et al., 2014).

A amniotomia tem sido utilizada como forma de auxiliar na descida fetal, dar ritmicidade e intensidade nas contrações uterinas quando verificada sua real necessidade. O objetivo principal desta prática parte do pressuposto de acelerar as contrações uterinas para reduzir a duração do trabalho de parto (CUNNINGHAN et al., 2000; ENKIN et al., 2005). No entanto, existem preocupações frente aos efeitos adversos sobre a mulher e o bebê com a sua realização, por exemplo, o prolapso de cordão umbilical. Em uma revisão sistemática, analisaram-se 15 ensaios clínicos randomizados envolvendo 5.583 mulheres com o objetivo de investigar a amniotomia para o encurtamento do trabalho de parto. Não houve nenhuma evidência em relação a duração do primeiro estágio do trabalho de parto e na satisfação materna com a experiência no parto. No entanto, a amniotomia foi associada a um risco aumentado de cesarianas no grupo de mulheres submetidas à ruptura da membrana amniótica de rotina (RR: 1,27; IC95%: 0,99-1,63), mesmo que a diferença não tenha se mostrado estatisticamente significativa (SMYTH et al., 2013). Os revisores não recomendam o uso rotineiro da amniotomia, uma vez que não se observou benefícios. Argumentam, outrossim, que deve haver compartilhamento na tomada de decisão da parturiente para a realização do procedimento (SMYTH et al., 2013).

Em relação a ocitocina, a OMS e MS também não orientam o uso rotineiro de uterotônicos em mulheres saudáveis, devendo ser utilizado em casos de disfunção da contratilidade uterina, após avaliação da progressão do trabalho de parto, para assim tornar possível o uso de modo cauteloso e monitorado (OMS, 1996; MS, 2001; MS, 2014a; MS;CONITEC, 2016). Estudos têm apontado para a relação do uso da ocitocina ao aumento da necessidade de analgesia, episiotomia, parto instrumental (fórceps) e da realização de cesarianas (SAKAE et al., 2009; CLARCK et al., 2009; BERNITZ et al., 2014). Apontam também para o uso indiscriminado da ocitocina para aceleração do trabalho de parto nas instituições de saúde, podendo ter efeitos prejudiciais. Dentre os malefícios desta prática estão os desfechos desfavoráveis para a mãe e o recém-nascido, como as chances aumentadas para a hiperestimulação uterina, a realização da episiotomia e a ocorrência de sofrimento fetal (CLARCK et al., 2009; SILVA et al., 2012; BERNITZ et al., 2014). Cabe mencionar que a ocitocina usada de maneira rotineira requer uma necessidade ainda maior de monitorização e vigilância sobre o bem estar da parturiente e feto (PORTO et al., 2010).

Diante do uso elevado da ocitocina e amniotomia precoce como meios de acelerar o trabalho de parto (manejo ativo do parto), uma recente revisão sistemática da *Cochrane* buscou avaliar o emprego do manejo ativo comparado ao não uso de tal prática. Foram analisados 14 ensaios clínicos randomizados envolvendo 8.033 mulheres (WEI et al., 2013). Nesta revisão houve uma pequena redução do número de cesarianas quando foi realizado o manejo ativo do parto (RR: 0,87; IC95%: 0,77-0,99). O manejo ativo visa a redução da duração do segundo período do trabalho de parto (expulsão fetal) e da taxa de parto instrumental. No entanto, a metanálise orienta a realização de mais estudos para identificar os reais benefícios desta prática, uma vez que o resultado foi de uma redução modesta em relação aos cuidados normais (WEI et al., 2013).

Apesar de pesquisas recentes não demonstrarem benefícios na realização da pressão no fundo uterino no momento do período expulsivo (manobra de Kristeller), esta intervenção é comumente utilizada durante o cuidado prestado ao parto, principalmente com o intuito de encurtar o segundo período do parto (MATSUO et al., 2009; API et al., 2009; MAHENDRU, 2010; SARTORE et al., 2012). O Kristeller não possui respaldo científico suficiente para sua realização rotineira nos serviços. Esta prática possui grandes riscos a desfechos desfavoráveis e demonstra ser ineficaz, devendo não ser realizada nas mulheres (MATSUO et al., 2009; MAHENDRU, 2010; SARTORE et al., 2012). Revisão sistemática realizada com um único estudo envolvendo 500 mulheres teve como objetivo comparar o uso da pressão do fundo uterino, por meio de um cinto inflável, com a não realização desta intervenção. Não houve evidência sobre os benefícios da pressão uterina manual, não havendo alteração na taxa de parto operatório e resultados positivos perinatais. Assim, concluiu-se que são necessários mais ensaios com melhor qualidade metodológica para ter uma conclusão mais efetiva sobre o uso da manobra de Kristeller (VERHEIJEN et al., 2009). Neste interim, deve-se evitar o uso rotineiro por não haver resultados conclusivos sobre a segurança desta prática diante do bem estar materno e do bebê. Todavia, o uso indevido e desnecessário da manobra de Kristeller foi observado em cerca de 40,9% dos partos das jovens, frequência semelhante à encontrada no estudo nacional (LEAL et al., 2014).

Neste estudo, a realização de episiotomia foi observada para 49,9% dos partos. Embora este percentual seja inferior à frequência nacional brasileira (56,1%), cabe salientar que ele é bastante superior à taxa considerada aceitável pela OMS

para a realização deste procedimento: algo em torno de 10%, realidade encontrada em muitos países europeus (OMS, 1996; WHO, 2002; GRAHAM et al., 2005; LEAL et al., 2014).

No Brasil, observa-se um provável decréscimo da utilização da episiotomia, quando os dados atuais são comparados com aqueles apresentados pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 (PNDS 2006), que apresentou frequência nacional de 76,1%. Apesar desta tendência, ainda há necessidade de mudança desta prática nas maternidades brasileiras, uma vez que nota-se o uso abusivo na assistência ao nascimento (LAGO; LIMA, 2006; LEAL et al., 2014; RIESCO et al., 2011; VOGT et al., 2011; SCHNECK et al., 2012).

Apesar da taxa recomendada pela OMS, não existe na literatura um consenso sobre a frequência ideal da episiotomia nas instituições que atendem o parto; porém, quando restringidas às indicações específicas, encontra-se que 20% seria um número razoável (CARVALHO et al., 2010). Esta taxa é encontrada em trabalhos realizados em maternidades de países desenvolvidos como do norte europeu (9,7%) e de língua inglesa (17,8%), e diferencia-se bastante das observadas em países em processo de desenvolvimento, cujas taxas são bem superiores, como no caso brasileiro (GRAHAM et al., 2005).

Uma metanálise com 8 ensaios clínicos randomizados, envolvendo mais de 5.000 mulheres submetidas a episiotomia seletiva e rotineira (CARROLI; MIGNINI, 2009), concluiu que a episiotomia deve ser realizada de forma restrita e seletiva, pois sua utilização indiscriminada e rotineira mostra ser uma interferência à fisiologia do parto, podendo acarretar malefícios, como o trauma perineal posterior, a necessidade de sutura com complicações na cicatrização e maior frequência de dor perineal. Os resultados desta revisão apoiam claramente o uso restritivo da episiotomia, embora não tenha sido esclarecido em quais situações deveria o procedimento ser realizado (CARROLI; MIGNINI, 2009).

Por fim, o tipo de parto prevalente nas jovens com risco habitual foi o vaginal, com 86% dos casos, enquanto que as cesarianas corresponderam à 10,7% dos nascimentos. No entanto, merece destaque a discussão sobre a alta prevalência de cesarianas encontrada ao analisarmos todas as jovens da região Sudeste (com risco e sem risco obstétrico habitual). Cerca de 40% das jovens tiveram a cesariana como via de parto e, 33,4% destas foram eletivas, ou seja, 1/3 das jovens nem sequer entrou em trabalho de parto. A alta prevalência de cesarianas nas mulheres jovens é

preocupante, uma vez que compromete o futuro reprodutivo das jovens, assim como destaca Gama et al. (2014) em estudo realizado com as adolescentes primíparas do NNB. Para os autores, a realização da cesariana extrapolou a indicação clínica e a preferência das adolescentes, comprometendo dessa forma o futuro reprodutivo delas, já que a tendência será a realização de sucessivas cesarianas nas gestações posteriores (GAMA et al., 2014). Estas altas taxas encontradas neste grupo etário em sua primeira gestação é interpretada como reflexo do modelo medicalizado e altamente intervencionista adotado no país.

Além disso, a proporção de 40,3% de cesarianas, nesta pesquisa, esteve muito acima do recomendado pela OMS, cuja frequência não deve ultrapassar os 15%. Outros estudos realizados sobre o Brasil já assinalaram o uso abusivo desta intervenção, mesmo em mulheres de risco habitual (OMS, 1996; WHO, 2002; LEAL et al., 2014). Diversos estudos têm alertado para os efeitos adversos para saúde materna e do bebê a curto e longo prazo, quando a cesariana é realizada desnecessariamente, seja eletiva ou intraparto (SOUZA et al., 2010; DIAS et al., 2014; FITZPATRICK et al., 2012; SILVA et al., 2014; KARLSTROM et al., 2013; GOLDANI et al., 2011; CURRAN et al., 2015). Atualmente, como possível meio para explicar a associação dos desfechos adversos a longo prazo com a cesariana, pesquisadores têm procurado investigar o impacto da cesariana sobre a modulação genética e microbioma dos indivíduos (DAHLEN et al., 2013; D'ARGENIO; SALVATORE, 2015). Os estudos têm afirmado que não há justificativa científica plausível para os números excessivos e alarmantes de cesarianas no mundo, cabendo às políticas públicas de saúde dos países buscarem estratégias para mudar tal realidade.

Em relação ao uso das variáveis compostas (índices) para verificar a assistência ao parto prestada às jovens, consideramos que a análise da assistência segundo cada índice proposto e suas respectivas características foi profícua. O índice de Intervenções (II) nos permitiu discorrer sobre a assistência pelo prisma das intervenções convencionadas como deletérias ao trabalho de parto e parto. Já o índice de Boas Práticas (IBP) possibilitou uma análise sob olhar das boas práticas obstétricas, enquanto que o índice de Bologna (IB), proposto pela OMS, proporcionou uma avaliação sob um olhar misto entre as práticas desenvolvidas durante o cuidado.

Os índices foram capazes de retratar a assistência ao parto oferecida às jovens do NNB e convergências de resultados na análise foram encontradas.

Comparando o II e IBP, os resultados de ambos fornecem uma caracterização de cenário onde a assistência ao trabalho de parto e parto das jovens teve baixa qualidade e sem a adoção dos preceitos da humanização do nascimento (MS, 2014a).

Os resultados obtidos através da utilização do II vão ao encontro de questões anteriormente discutidas neste capítulo sobre o uso abusivo e rotineiro de práticas prejudiciais. A prática rotineira de intervenções sem indicações clínicas, com o uso inapropriado de tecnologias e de práticas desnecessárias, tem se tornado prejudicial para saúde de mães e bebês, principalmente nas mulheres de risco habitual, as quais são consideradas saudáveis. Em tais casos, pressupõem-se o uso restrito e seletivo das intervenções em respeito à fisiologia do nascimento (OMS, 1996, MS, 2001; MS; 2014a).

Já em relação à utilização do IBP, de modo geral, o que constatamos foi um uso pouco frequente das práticas consideradas efetivas para condução da assistência ao parto, mesmo havendo recomendações para oferta dessas medidas pelas políticas de atenção ao nascimento do MS (MS, 2001; MS, 2011; MS, 2014a).

Os II e IBP, apesar de terem similitudes nos resultados observados, principalmente por obterem prevalências maiores em escores intermediários, nos permitem fazer uma análise a partir de diferentes perspectivas sobre a assistência, dado que um discorre sob a ótica das práticas potencialmente prejudiciais, enquanto o outro o faz sob a utilização das práticas potencialmente efetivas, mostrando lados opostos de uma mesma realidade.

Se por um lado, o II mostrou prevalência maior de partos em escores medianos e apresentou um número médio de 4 intervenções, por outro lado, o IBP apresentou frequências baixas na maioria das práticas benéficas para o parto e um número médio de 2,9 boas práticas. Ao analisar as curvas de distribuição dos partos em ambos índices, nota-se que ambas não atingiram o patamar de 30%. Indo além: analisando as imagens das curvas, pode-se dizer que o II se assemelha à curva de “distribuição normal”, o que fomentaria uma discussão sobre a pertinência ou não das intervenções realizadas. Este tipo de raciocínio seria resultante da seguinte lógica interpretativa: se determinadas práticas obstétricas existem, é porque elas precisam ser eventualmente utilizadas. A denominação de tais práticas como

intervencionistas e carregadas de um sentido negativo/maléfico é derivada do excesso e do uso por vezes incorreto com que são utilizadas – aspecto descrito de forma recorrente na literatura. Assim, o aspecto de “distribuição normal” observado para a curva do índice de intervenções nos incitaria a relativizar a assertiva anteriormente feita de que os partos das jovens estudadas tenham tido demasiada ingerência. Contudo, a curva de distribuição do índice de boas práticas tem uma tendência à esquerda, o que significaria dizer que a utilização das boas práticas estaria abaixo de uma média ou de um patamar ideal. Além disso, ao observar as frequências simples das medidas que compuseram o II, notam-se proporções acima do recomendado.

Este cenário em que supostamente há “menos boas práticas” e “mais intervenções” parece reforçar que a condução do trabalho de parto, mesmo dentre as jovens brasileiras, não atende os preceitos da assistência humanizada. Nossa suposição/qualificação em termos de um excesso de intervenções é fomentado pelo fato de que, teoricamente, mulheres saudáveis necessitam pouco do uso das intervenções – caso de nossas jovens de risco obstétrico habitual. As intervenções, quando necessárias, devem ser devidamente utilizadas, de modo excepcional e não como rotina sobre os corpos saudáveis dessas mulheres.

A assistência humanizada pressupõe o cuidado integral, centrado nas necessidades da mulher com o objetivo de propiciar efetividade e qualidade no cuidado com uso apropriado das tecnologias. A disponibilidade de acesso às tecnologias e práticas visa a busca da segurança da saúde da mulher e da criança durante toda a atenção. No entanto, segundo MS (2014a): “a busca pela segurança não deve ser razão para a utilização de intervenções desnecessárias e vigilância tecnológica intensiva quando não justificadas pelas necessidades da mulher e de seu bebê (MS, 2014; p.30). Ainda para o MS (2014a):

A gravidez não deve ser tratada como doença e sim como expressão de saúde, e o nascimento como processo fisiológico e natural. Intervenções desnecessárias, sem embasamento científico, devem ser evitadas, já que existe um grande corpo de evidências demonstrando que a facilitação do processo natural do nascimento, permitindo que ocorra de acordo com suas características normais, pode originar melhores resultados maternos e perinatais (MS, 2014a; p. 30).

Nesse sentido, dado que as jovens analisadas neste estudo são de risco habitual (e lembramos que nos preocupamos em utilizar um critério abrangente para

esta definição, com o intuito de excluir qualquer situação de risco que pudesse justificar a utilização de intervenções durante a assistência ao trabalho de parto e parto), as altas proporções encontradas sobre as intervenções parecem injustificadas. A utilização frequente de práticas prejudiciais encontradas nesta pesquisa atestam o uso indevido e a exposição das jovens aos riscos de iatrogenia no atendimento ao parto.

As boas práticas integram uma assistência humanizada. O IBP mostrou-se sensível para quantificar a oferta das boas práticas obstétricas na atenção ao parto, mas não teve especificidade suficiente para termos dimensão da qualidade da assistência que foi prestada, pois há grande variabilidade nas frequências simples dos componentes de tal índice. No geral, pode-se afirmar que há pouco uso das boas práticas do trabalho de parto e parto, contiguamente ao uso excessivo de intervenções prejudiciais. Contudo, as poucas boas práticas ofertadas são medidas cruciais que caracterizam uma atenção de qualidade.

Já em relação à análise da assistência obstétrica segundo a utilização do índice de Bologna, os resultados apresentados nos fazem supor que estejamos diante de uma assistência com relativa qualidade, pois predominam partos em escores 2 e 3. Este resultado é aquém do desejável, tendo o padrão-ouro ou escore 5 como referência para efetiva qualidade na condução do parto e nascimento.

Aos resultados do índice de Bologna (IB) se acresce o cenário, que vem sendo apresentado nesta dissertação, de precariedade e/ou de distanciamento das concepções que argumentam em torno da necessidade de adoção de práticas humanizadas, necessárias para a qualidade na assistência ao parto nos hospitais.

Apesar da maioria dos partos serem conduzidos por profissionais de saúde capacitados para o cuidado (80% por médicos), não houve uma qualidade efetiva na assistência prestada às jovens, tal como é preconizado pela OMS e o MS. O acompanhamento do parto por um profissional qualificado é colocado pela OMS como um dos principais indicadores de qualidade da assistência (BHUTTA et al., 2010; WHO, 2002); porém, em países onde há predominância de nascimentos assistidos por profissionais de saúde, a avaliação feita somente por este indicador aparenta ser pouco sensível (GIGLIO et al., 2011).

O IB é um indicador de processo validado que contempla as práticas consideradas fundamentais para assistência adequada ao parto (CHALMERS; PORTER, 2001). No entanto, existem poucos estudos que avaliaram a qualidade da

atenção ao nascimento utilizando esta ferramenta. Em busca bibliográfica realizada em 2016, foram encontrados apenas 6 (seis) publicações que utilizaram o IB: um estudo realizado na Suécia, um em Camboja, e quatro realizados no Brasil (SANDIN-BÖJO; KVIST, 2008; GIGLIO et al., 2011; SANDIN-BÖJO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2015; NOVO et al., 2016; RIBEIRO et al., 2016). Todavia, ao analisarmos o escopo destes trabalhos com o da presente pesquisa, encontramos que o estudo em Camboja avaliou em torno de 170 partos e apresentou resultados superiores ao encontrado nesta dissertação: lá, a frequência de partos com escore 0 foi de 6% na amostra (SANDIN-BÖJO et al., 2012); aqui, o percentual encontrado foi de 3,4%. Um estudo brasileiro, realizado em Curitiba, avaliou 406 partos de três maternidades. Nele encontrou-se frequência de 0,7% para o escore 0; 4,6% para o escore 1 e 21,8% para o escore 2. Estes escores são considerados escores baixos e refletem uma má qualidade no cuidado ao parto.

A pontuação máxima (escore 5) do IB, que sugere uma condução do parto baseada em práticas efetivas com indicativas de qualidade da assistência, não foi atingida nesta pesquisa, tampouco nas que foram realizadas em Camboja e Sorocaba²⁶ (SANDIN-BÖJO et al., 2012; NOVO et al., 2016). Já no estudo realizado em Curitiba, 0,2% dos partos obtiveram a pontuação máxima (OLIVEIRA et al., 2015). A maior frequência encontrada, no entanto, foi em um estudo sueco, realizado em 36 maternidades, no ano de 2008. Os achados deste estudo mostraram que 22,7% dos partos vaginais receberam a nota máxima de Bologna (SANDIN-BÖJO; KVIST, 2008).

A maioria dos partos das jovens do NNB teve escores intermediários no IB, o que atestaria uma certa qualidade da assistência, comparativamente aos demais trabalhos realizados no país. Os escores 2 e 3 apresentaram as maiores frequências no IB, com 44,6% e 30,2%, respectivamente, revelando que 74,8% dos nascimentos receberam até três práticas benéficas do IB. Em estudo realizado em Goiânia com 404 partos vaginais de 13 hospitais, mais da metade dos partos não atingiu o escore 2 de Bologna, sendo que cerca de 70% tiveram pontuações menores ou igual a 1 (GIGLIO et al., 2011). Já na pesquisa realizada em Curitiba, os escores 3 e 4 tiveram frequências de 40,4% e 12,1%, respectivamente e 85% dos partos receberam até duas práticas recomendadas para atenção ao nascimento (OLIVEIRA et al., 2015).

²⁶ O estudo de Sorocaba avaliou 100 partos vaginais em primíparas (NOVO et al., 2016).

Ao compararmos os resultados das médias do IB das pesquisas, ficam mais evidentes as diferenças entre os locais estudados. Nesta dissertação, a média do IB encontrada na amostra foi de 2,01, uma média superior aos outros estudos nacionais. Os estudos nacionais de Goiânia, Sorocaba e Teresina (91 partos normais) apresentaram médias de 1,04; 1,00 e 1,95, respectivamente (GIGLIO et al., 2011; NOVO et al., 2016; RIBEIRO et al., 2016). Entretanto, a média deste estudo foi inferior à encontrada no trabalho da Suécia, que apresentou média de 3,81 (SANDIN-BÖJO; KVIST, 2008). Os trabalhos de Curitiba e Camboja não mencionaram suas médias (SANDIN-BÖJO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2015).²⁷

A OMS considera a qualidade da assistência ao parto adequadamente avaliada quando se utiliza a análise do IB associado a mais dois indicadores: o indicador de porcentagem de mulheres induzidas ao trabalho de parto e/ou submetidas à cesariana eletiva e o indicador da porcentagem dos partos assistidos por um profissional de saúde. Dessa forma, a qualidade da assistência ao parto é máxima quando se encontra associação de baixas porcentagens de cesarianas eletivas e/ou induções de parto, bem como altas porcentagens de partos acompanhados por profissional de saúde e altos escores de Bologna (CHALMERS; PORTER, 2001, SANDIN-BÖJO; KVIST, 2008).

Conforme esta orientação para analisar a efetividade da assistência oferecida pelo IB, nesta pesquisa, como já mencionado anteriormente, ao considerar somente as jovens de risco habitual, a taxa de cesariana foi de 10,7%; porém, ao analisar todas as jovens, a proporção de cesarianas aumenta significativamente (40,3%). A indução do trabalho de parto teve frequência de 13,3%. Diante disso, pode se concluir que a efetividade da atenção ao parto normal das jovens do NNB foi de uma qualidade intermediária a ruim. Além de ser observada prevalência maior em escores intermediários, as taxas de cesarianas encontradas no estudo estão acima da frequência recomendada (OMS, 1996; WHO, 2002).

Por fim, ao compararmos os grupos etários em relação aos índices, apenas o IBP teve diferença significativa segundo os grupos das jovens. No IBP, as adolescentes apresentaram frequência maior nos escores que corresponderam ao uso de 3 e 4 boas práticas em relação as demais jovens (49,5% vs 38,5% $p < 0,001$).

²⁷ Uma ressalva deve ser feita para motivo de comparação entre estes trabalhos: de todos os estudos, apenas a pesquisa sueca utilizou dados oriundos de informações de um inquérito; os demais trabalhos trataram-se de estudos locais, desde a participação de um único hospital ou mais.

Já em relação aos escores maiores (5 e 6 boas práticas), as adolescentes apresentaram menor proporção quando comparadas com as jovens de 19 a 24 anos (12,7% vs 18,3% $p < 0,001$).

Mesmo não apresentando uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,009$) no IB, as adolescentes apresentaram maior frequência apenas no escore máximo (3) atingido neste estudo pelo IB em relação as demais jovens. Tal aspecto pode ser atribuído ao que é preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que prevê a presença de um acompanhante em qualquer momento da internação hospitalar do adolescente (BRASIL, 1990). Todavia, elas apresentaram maiores proporções de intervenções tidas como dolorosas e prejudiciais, que exercem algum estímulo ao trabalho de parto e parto – ocitocina, manobra de Kristeller e episiotomia – em comparação às moças de 19 a 24 anos, resultados também observados na tabela 3 (para todos os tipos de parto). Esses resultados, em que há mais intervenções no processo de parto das adolescentes, podem ser interpretados segundo uma noção que pressupõe certa incapacidade fisiológica, psíquica e emocional das adolescentes grávidas (CABRAL, 2003; HEILBORN, 2006; BRANDÃO, 2006; REYES; GONZÁLEZ, 2014). Uma possível explicação para receberem mais intervenções pode estar no olhar de risco sobre a “gravidez na adolescência”, partindo do pressuposto que esta possa ser um gerador potencial de riscos para a mãe e seu bebê. O uso das intervenções desnecessárias seriam, assim, “facilitadoras” do processo de nascimento nas adolescentes cujo corpo ainda estaria “despreparado” ou “imaturo” para tal função.

Em síntese, os resultados aqui expostos indicam que a qualidade da assistência ao parto das jovens de risco habitual esteve bastante inadequada. Isso pôde ser constatado pelo baixo valor do Índice de Bologna, pela alta frequência de intervenções consideradas prejudiciais e pela baixa frequência de intervenções consideradas benéficas, que também puderam ser observadas pelos Índices de Intervenções e Boas Práticas. Além disso, as altas frequências de práticas prejudiciais mais dolorosas encontradas nas adolescentes chamam atenção para uma assistência ao parto inadequada de uma forma geral, não havendo respeito nem mesmo em grupos considerados mais vulneráveis e, portanto, supostamente mais protegidos pelas políticas públicas.

O panorama encontrado neste estudo sobre a assistência obstétrica inadequada para as jovens de risco habitual da região Sudeste vai ao encontro dos

resultados publicados sobre as boas práticas de atenção ao parto e as intervenções obstétricas realizadas nas mulheres de risco obstétrico habitual retratados pela amostra nacional do NNB (LEAL et al., 2014). Fica evidente o quão difícil pode ser para as mulheres, inclusive as jovens, terem o direito a um parto fisiológico e natural, sem o uso de qualquer tipo de intervenção e com os preceitos da humanização do parto e nascimento (OMS, 1996; MS, 2001, MS, 2011; MS, 2014a), dado que absolutamente nenhuma jovem do estudo teve um parto desse modo.

O uso predominante das intervenções em uma parcela considerável das jovens estudadas, tais como a restrição de dieta e líquidos, uso de cateter venoso, amniotomia e posição de litotomia para o parto, além da utilização de práticas dolorosas como a ocitocina, a episiotomia e a manobra de Kristeller, atesta a existência do modelo medicalizado das formas de nascer que são empregadas nas maternidades brasileiras.

Apesar deste cenário, acreditamos que a assistência ao parto no Brasil parece vivenciar uma tendência para uma transição de modelo, uma vez que observamos a incorporação e utilização das práticas benéficas nas maternidades. Esta tendência a mudança pode ser um reflexo das políticas públicas desenvolvidas nos últimos anos que, por seu turno, vêm sendo, em certa medida, estimuladas pelos movimentos sociais, principalmente das mulheres e da humanização do nascimento.

O NNB foi um estudo pioneiro em preocupar-se em retratar o panorama nacional sobre a assistência ao trabalho de parto e nascimento no país nas cinco regiões geográficas, capitais e não capitais, incluindo dados sobre tipo de estabelecimento em que foi realizada a assistência (setor público e privado). Porém, a PNDS de 2006 (mais recente PNDS até este momento no Brasil) já havia considerado alguns indicadores sobre a atenção ao parto e que nos permite fazer uma aproximação com os resultados deste trabalho (LAGO; LIMA, 2006). Dentre os indicadores analisados pela PNDS de 2006, têm-se o uso de medidas para alívio da dor, a realização da episiotomia e a presença do acompanhante na sala de parto, com proporções correspondentes a 30,4%; 71,6% e 16,3%, respectivamente (LAGO; LIMA, 2006). Comparando-se os resultados presentes nas duas pesquisas, as quais possuem um intervalo de quase sete anos, pode-se argumentar em termos de uma melhora na adoção da boa prática 'presença do acompanhante no parto', cuja prevalência nesta pesquisa foi de 40%; também o uso de medidas para alívio da dor

(40%) apresentou uma pequena melhora. Em relação a episiotomia, houve uma considerável redução de sua taxa, tanto comparando-se com os resultados das jovens (45%) quanto em relação ao resultado da amostra nacional (53,5%) (LEAL et al., 2014). Vale mencionar que a PNDS de 2006 apenas apresentou resultados destas práticas e não considerou diversas outras abordadas neste estudo. Mesmo assim, o que se percebe é o uso persistente de intervenções desnecessárias na assistência obstétrica no país, que mais causam danos do que benefícios.

Obviamente, vale ponderar sobre as diferenças e desigualdades existentes entre as regiões do país e o fato deste estudo sobre as jovens tratar apenas da região Sudeste, mais desenvolvida economicamente em relação às demais e que, normalmente, tende a ser pioneira e progressista na adoção das políticas públicas. Fica a pergunta sobre como estaria sendo realizada a assistência às jovens nas demais regiões brasileiras.

Os resultados através da análise dos índices nos levam a considerar que estamos diante de um cenário em que coexistem, na assistência ao parto e nascimento, intervenções prejudiciais e benéficas. Gama et al. (2016) argumentam que parece ser mais fácil introduzir uma nova abordagem nos serviços (práticas e/ou condutas) do que eliminar práticas antigas. No estudo nacional, investigou-se sobre o cuidado conduzido por profissionais não médicos. Como conclusão, os autores (GAMA et al., 2016) concluem que a redução de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e nascimento foi menor que a adoção das novas práticas respaldadas pelas evidências científicas e pelas políticas públicas brasileiras para humanização da atenção.

Além das altas taxas de cesarianas encontradas no subconjunto das jovens da região Sudeste, elas também foram sujeitadas a inúmeros procedimentos prejudiciais e sem respaldo científico. Cabe ressaltar que atualmente o uso desnecessário de intervenções sem indicação clínica e sem o consentimento informado das mulheres, ou a violação de direitos concedidos por força de lei às mesmas durante a atenção ao parto, têm sido interpretados e configurados como formas de violência obstétrica (TESSER et al., 2014).

Este panorama revela que melhorias na assistência ainda são necessárias. A discussão sobre a influência dos modelos de atenção ao parto sobre os desfechos maternos e do bebê não é recente, mas ainda se faz pertinente. Modelos de atenção com uso excessivo de intervenções não possuem respaldo científico por

apresentarem riscos para a saúde do binômio. Paralelamente a isto, os modelos medicalizados tendem a apresentar taxas abusivas de cesarianas e uma baixa atuação de profissionais não médicos na atenção ao parto, cenário que vem sendo bastante registrado no Brasil (PATAH e MALIK, 2011; LEAL et al., 2014). Vale lembrar que cerca de 80% das jovens do estudo foram assistidas por um profissional médico e, em apenas 13% dos casos, as responsáveis pela assistência foram as obstetrizas ou enfermeiras obstétricas.

Como forma de enfrentamento deste cenário, o governo brasileiro tem investido em políticas públicas de atenção humanizada à gravidez, parto, pós-parto e os primeiros cuidados com recém-nascido, reconhecendo ser preciso a construção de um modelo que favoreça o uso de práticas que beneficiem as mulheres e bebês (MS, 2000; MS, 2001; MS 2014ab). Iniciativas como a realização de manuais técnicos e materiais educativos para os profissionais de saúde são algumas das medidas tomadas para tentar reverter tal modelo intervencionista ou medicalizado. Cita-se, como exemplo, a recente elaboração das 'Diretrizes de atenção ao Parto Normal', realizada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). O documento foi proposto pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e contou com a participação da sociedade civil através de uma consulta pública. O texto destacou tanto a importância de promover às mulheres informações acerca do parto baseadas nas evidências científicas atuais, quanto a necessidade das mesmas serem incluídas em todo e qualquer tipo de tomada de decisão junto aos profissionais de saúde (MS; CONITEC, 2016).

Dificuldades existem para a implantação de medidas como esta, bem como do modelo humanizado da atenção ao nascimento. Existe uma lacuna imensa entre as políticas propostas e o que ocorre no cotidiano dos serviços de saúde. Leal et al. (2014) apontam que a maior expressão da insuficiência das ações do MS no enfrentamento do modelo atual está nas altas taxas de cesarianas ainda vigentes no país.

A OMS e o Fundo de Populações da Organização das Nações Unidas (UNFPA), além de fazerem recomendações sobre o uso das evidências científicas para subsidiarem as condutas, salientam a necessidade dos países em investirem na formação de profissionais não médicos, suficientemente habilitados para promover atenção qualificada e a maternidade segura, como obstetrizas e enfermeiras obstétricas (WHO, 2005; UNFPA, 2007; GUALDA et al., 2013; NARCHI

et al., 2013). Estas profissionais podem favorecer a diminuição das taxas de intervenções desnecessárias, bem como a adoção de boas práticas ao parto.

Recente revisão sistemática mostrou que o modelo de assistência obstétrica contínua, liderado por obstetrizes e enfermeiras obstétricas, demonstrou ser eficaz e apresentou resultados maternos e perinatais positivos, quando comparados a outros modelos tradicionais. A revisão incluiu 15 ensaios, envolvendo 17.674 mulheres. As mulheres acompanhadas por obstetrizes foram menos propensas a precisar do uso de intervenções como: analgesia, parto instrumental, amniotomia, episiotomia, parto prematuro e apresentar mortalidade fetal. Elas foram mais propensas a ter parto vaginal espontâneo e a ficarem mais satisfeitas com a assistência recebida (SANDALL et al., 2016).

O ponto comparativo nesta revisão foi o modelo tradicional, no qual o médico é o principal responsável pelo cuidado à gestante. Neste modelo, as mulheres são atendidas durante todo o período da gravidez até após o nascimento da criança e geralmente são assistidas por diferentes profissionais de saúde, normalmente médicos. Já no modelo contínuo liderado por obstetrizes, uma equipe de obstetrizes conhecidas e de confiança da mulher assiste-a durante o pré-natal, o trabalho de parto, o parto e puerpério. As obstetrizes contam com o apoio de outros profissionais de saúde, como médicos e nutricionistas e, se necessário, podem ainda encaminhar a mulher para serviços que contemplem estes tipos de profissionais (SANDALL et al., 2016).

Deve-se mencionar ainda outra medida das políticas públicas brasileiras, a saber, o incentivo à criação de centros de partos normais (CPN), extra ou intra-hospitalares, e de casas de partos, para atender o parto de mulheres de risco habitual (MS, 1999; MS, 2013b). Tais instituições ainda são escassas no Brasil; hospitais com o convencional centro obstétrico (CO) é o que prevalece no país. Apesar de serem poucas, existem experiências positivas na adoção dos locais alternativos e do modelo humanizado para o cuidado ao parto, nas quais são relatados êxitos quanto à mudança de práticas prejudiciais, sobre as taxas de cesarianas e na inclusão de obstetrizes e/ou enfermeiras obstétricas durante a atenção ao nascimento. Normalmente, nestas experiências exitosas, o modelo de assistência empregado é o humanizado, como recomendado pelos órgãos mundiais e defendido pelo MS (OMS, 1996; MS, 2001; PATAH e MALIK, 2011; MS, 2014a).

A literatura tem apontado que os locais alternativos de nascimento também possuem influência positiva sobre os desfechos maternos e perinatais. Uma revisão comparou locais alternativos de assistência ao parto com o convencional, e incluiu 10 ensaios controlados que envolveu mais de 11 mil mulheres. Os resultados mostraram associação dos locais alternativos com menores taxas de intervenções médicas durante o trabalho de parto e parto e maiores níveis de satisfação materna, sem aumentar o risco para as mães ou os bebês (HODNETT et al., 2012). Esses diferentes locais de nascimento, além de favorecer maior atuação de obstetras, podem influenciar positivamente sobre as intervenções indevidas e melhorar os desfechos desejados sobre os indicadores maternos e da criança (MACHADO e PRAÇA, 2006; PATAH e MALIK, 2011; SCHNECK et al., 2012; HODNETT et al., 2012).

Ao encontro dos resultados destas duas revisões, dois estudos nacionais a partir dos dados do NNB, recentemente publicados, corroboram o impacto positivo da atuação de obstetras/enfermeiras sobre o cuidado (DIAS et al., 2016; GAMA et al., 2016). O cuidado prestado por estas profissionais esteve associado ao maior uso das boas práticas obstétricas e à diminuição de intervenções desnecessárias durante o processo.

Cabe lembrar que, desde 2005, há no país o curso de formação direta em Obstetrícia oferecido pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP). Atualmente, a USP é a única universidade que oferece o curso de Obstetrícia no país, formando profissionais habilitados/as e capacitados/as para atender as mulheres e suas famílias durante todo o processo de gestação, parto e pós-parto, além dos primeiros cuidados com o recém-nascido. O profissional de saúde graduado em Obstetrícia (o/a obstetra) possui semelhantes atribuições, habilidades e competências ao profissional formado pela Enfermagem obstétrica (NARCHI et al., 2012; GUALDA et al., 2013). Um dos aspectos que diferencia ambas as formações é o modo de ingresso ao curso superior. Em geral, o profissional formado em enfermagem obstétrica requer formação primeiramente no curso de enfermagem, passando por todas as áreas da saúde como: clínica geral, pediatria, entre outras e, em seguida, realiza uma especialização em obstetrícia, normalmente com a duração aproximada de um a dois anos. Já o profissional graduado em Obstetrícia possui formação direta, com foco desde o início na área da saúde da mulher e recém-nascido. O curso tem duração de quatro anos e meio em

período integral e possui, como diferencial de muitas formações em saúde, um projeto político pedagógico que contempla em seu quadro um eixo com disciplinas nas áreas das ciências humanas/sociais. O objetivo é capacitar o/a obstetriz com um olhar para o cuidado integral na saúde das mulheres, trabalhando para promoção de saúde das mesmas, dos seus bebês e familiares, além da promoção do modelo humanizado e dos direitos sexuais e reprodutivos (NARCHI et al., 2012).

O número de obstetrizes formados no país ainda é pequeno, havendo uma concentração na região Sudeste, especificamente em São Paulo, cidade na qual a graduação é oferecida. Vale dizer que no inquérito do NNB, o profissional não médico presente nas maternidades que participaram do estudo foram basicamente as enfermeiras obstétricas. No período do trabalho de campo da pesquisa NNB (Fevereiro/2011 - Junho/2012) a inserção dos/as obstetrizes nas instituições de saúde era quase inexistente. Apesar de já haver profissionais graduados, ainda há dificuldades para sua incorporação, mesmo com as recomendações e o êxito observado em outros países, com a atuação destes profissionais na atenção à saúde das mulheres e bebês. Igualmente, as enfermeiras obstétricas também possuem dificuldades para atuação no cuidado ao parto; nos serviços, elas são rotineiramente realocadas para outros setores de cuidados dos hospitais devido a sua formação generalista. Uma outra limitação para baixa atuação destas profissionais também está no fato do mercado de assistência ao parto no Brasil ainda ser fortemente centrado na figura do profissional médico como o prestador para o cuidado ao período gravídico-puerperal (NARCHI et al., 2012; GUALDA et al., 2013).

5.2. PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DAS JOVENS

O suporte contínuo²⁸ pressupõe o acompanhamento durante todas as fases do parto: trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A lei brasileira – Lei 11.108/05 – garante a todas as mulheres ter um acompanhante de sua escolha em todos esses momentos (BRASIL, 2005).

A literatura aponta que o suporte contínuo pode servir como um bom indicador ou marcador de segurança para avaliar a qualidade do atendimento, uma vez que sua presença pode contribuir como um fator de proteção às intervenções desnecessárias (DINIZ et al., 2014; TESSER et al., 2014; HODNETT et al., 2013). Atualmente, o movimento de mulheres, ativistas do parto, profissionais da saúde e pesquisadores defendem que a presença do acompanhante age como fator protetor para coibir violências cometidas às mulheres no momento do nascimento. Nessa perspectiva, as jovens adolescentes estariam, teoricamente, protegidas pelas legislações: a Lei 11.108/05 e a do ECA. A garantia da presença de um acompanhante em todo o período da internação é um direito afirmado pelo ECA e pelas políticas nacionais de atenção integral à saúde da mulher e do adolescente (BRASIL, 1990; MS, 2004a).

As recomendações da OMS, as políticas públicas de atenção ao parto do MS e os resultados apresentados nas revisões sistemáticas sugerem que essa prática deva ser rotineira nas maternidades. No entanto, somente metade das jovens analisadas deste estudo, pode contar com a presença do acompanhante em algum momento da internação para o parto (Tabela 4).

A presença do acompanhante foi garantida, conforme estipula a Lei 11.108/05 (em todos os momentos), em apenas 25% dos partos das jovens. O principal motivo relatado pelas jovens que tiveram ausência de acompanhante foi a proibição pela maternidade (52%), seguido de ‘não tinha quem ficasse com a jovem no momento’ (19%), seja porque o companheiro tinha que ficar com os outros filhos ou pela falta de uma rede de apoio social. Outro motivo indicado foi a jovem ‘não sabia que podia’ (5,4%), que nos mostra a frequente falta de informação das mulheres sobre o acompanhante antes do parto.

A alternativa ‘outro motivo’ teve uma frequência de 11% e abria a

²⁸ Devemos lembrar que a pesquisa NNB traz dados sobre acompanhante no parto, aspecto que foi utilizado como *proxy* para discutir sobre o suporte contínuo. O cenário brasileiro possui peculiaridades que ainda não permitem a realização de uma análise sobre a parturiente durante todo o processo do trabalho de parto e parto em boa parte dos hospitais, obedecendo as premissas que o conceito de suporte contínuo aporta, mesmo havendo a lei federal que garante a todas as mulheres o apoio contínuo em todos os momentos da internação para o parto.

possibilidade da informante fornecer uma resposta êmica (dados não analisados). Este resultado, por si só, já demonstra o descompasso existente entre a legislação vigente e o cotidiano dos serviços no que se refere também a este item.

Em relação aos momentos de acompanhamento, nos quais a presença do acompanhante foi garantida, as maiores prevalências dessa presença estavam nos momentos fora do trabalho de parto e parto. Durante a etapa de admissão da internação da parturiente, a presença de acompanhante foi de 71,4%. Já no trabalho de parto há uma queda para 56,1%; no momento do parto as jovens estiveram acompanhadas em 40,3%; no pós-parto imediato esse valor corresponde a 43,4% e, no quarto ou alojamento conjunto, atinge o patamar de 68,9%.

Como visto anteriormente, as menores prevalências da presença do acompanhante foram nos momentos do trabalho de parto e parto, momentos tidos como cruciais para obtenção de benefícios maternos e neonatais (BRUGGEMANN et al., 2007; HODNETT et al., 2013). Resultados semelhantes foram assinalados para a amostra nacional, em que também foram encontradas prevalências maiores fora destes momentos (DINIZ et al., 2014).

As jovens de 13 a 18 anos tiveram maior proporção de acompanhante em todos os momentos da internação para o nascimento. Esse aspecto pode, em parte, ser atribuído ao ECA, que prevê a presença de um acompanhante na internação hospitalar para jovens com até 18 anos. Todavia, a existência do ECA e sua respectiva garantia de direitos para crianças e adolescentes, bem como a Lei 11.108/05 que estabelece enquanto direito das parturientes a presença de um acompanhante de sua escolha em todos os momentos da internação, podem corresponder, na verdade, a uma “dupla proteção” para as jovens no que tange a esse tipo de boas práticas. Haveria, assim, um efeito sinérgico a partir de dois dispositivos legais distintos e que ajudariam a compreender o maior percentual de adolescentes com presença de acompanhante em todos os momentos da atenção.

Contudo, cabe refletir sobre o alto percentual de jovens que não desfrutaram de tal direito. Destas, as que tiveram menor presença de acompanhante (em nenhum momento) foram as de 19 a 24 anos, de condições sócio-econômicas menos favorecidas, em uma relação conjugal estável, que tiveram o parto no setor público e o atendimento realizado por um profissional médico, como pode ser observado na Tabela 5. Este resultado nos faz supor que a presença contínua de um acompanhante durante o parto na maioria dos hospitais ainda é um privilégio para

as mulheres com maior renda e escolaridade, de cor branca e que pagam pela assistência, demonstrando haver desigualdades, iniquidades e o não cumprimento da lei de modo igualitário para todas.

Segundo Diniz et al. (2014), há uma ambivalência no texto da Lei nº 11.108/05, que muitas vezes, na prática, possibilita a interpretação de que profissionais e serviços de saúde têm autoridade para violá-la. De fato, não há na letra da lei a previsão de punições caso os serviços de saúde recusem a presença de acompanhantes. Os principais argumentos para o desrespeito da lei são a ausência de privacidade nas enfermarias das maternidades e a falta de tempo hábil para o serviço se adequar (seja em termos físicos ou de logística) à “nova” legislação (DINIZ et al., 2014).

Argumenta-se sobre a falta de infraestrutura nas instituições para o recebimento do acompanhante, principalmente quando este é do sexo masculino. Em muitos serviços as parturientes são colocadas em salas de pré-partos coletivas e compartilham este estágio do parto com outras mulheres e seus familiares. Nesses lugares, quando não se proíbe o acompanhante, a maternidade restringe o apoio apenas às mulheres que optam pela presença de um acompanhante do sexo feminino (BRUGGEMANN et al., 2005a; DINIZ et al., 2014).²⁹

Outro motivo que incidiria neste cenário seria a desacreditação dos profissionais de saúde sobre a importância e os benefícios que o acompanhante exerce neste momento. Estudos qualitativos mostram que muitos profissionais possuem percepções negativas iniciais e rejeições sobre a presença do acompanhante, por acreditarem que o apoio dessa pessoa possa, na verdade, atrapalhar a rotina de trabalho nos serviços de saúde. Essa conduta pode estar pautada no receio dos profissionais da assistência de serem “fiscalizados” pelos acompanhantes, principalmente em situações em que há intercorrências no parto (RATTO, 2001; BRUGGEMANN et al., 2005a; 2007a; SANTOS et al., 2012; CARVALHO et al., 2015). Nesses casos, o discurso sobre a “autonomia médica” ou de outros profissionais de saúde é utilizado para justificar a restrição do acesso.

A falta de tempo para adaptação dos serviços à nova legislação parece algo injustificável, uma vez que mais de uma década já transcorreu desde a homologação

²⁹ Uma das soluções observadas em muitos serviços, temporária e em tempo hábil para estes casos, seria a aplicação de biombo ou cortinas nas enfermarias nos leitos de cada parturiente, garantindo-lhe assim uma mínima privacidade.

da lei. Ademais, o MS através da Portaria 2.418/05 previa que os serviços possuíam um prazo de até seis meses para adaptação de suas maternidades para garantir o direito (MS, 2005). Para DINIZ et al. (2014), a ausência de sanções ao se ignorar os direitos das mulheres e a falta de obrigatoriedade dos serviços de informar adequadamente sobre o suporte contínuo contribuem para as baixas prevalências da implementação desta política e para a dificuldade da inserção do suporte contínuo no país.

Um resultado importante diz respeito à pessoa que ofereceu o apoio às jovens. O tipo de acompanhante prevalente nos partos das jovens foram o companheiro ou pai da criança, seguido da mãe. Entre as adolescentes, o principal acompanhante foi a mãe (46,2%); entre as demais jovens foi o companheiro ou pai da criança (37,1%). Essa diferença entre os grupos etários sobre o tipo de acompanhante pode ser interpretada pelo fato de boa parte das adolescentes representadas pela amostra deste estudo ainda não possuírem companheiros e serem solteiras e/ou dependerem ou residirem na casa dos pais, conforme pode ser observado anteriormente. Já as mais velhas parecem estar em outro momento da posição do ciclo de vida: elas se encontram em pares conjugais, e talvez o nascimento do bebê seja a consolidação desse novo lugar/status identitário de mulher jovem-adulta, que prescinde da figura materna e tem o parceiro na cena do nascimento da criança, ao seu lado.

Os resultados sobre análise da presença do acompanhante em relação ao II indicam que a presença de acompanhante não esteve associada a um menor índice de intervenções no trabalho de parto e parto das jovens. E tal como já relatado anteriormente, a magnitude das intervenções não diferiu entre os grupos etários, a despeito da presença de acompanhante ser maior entre as adolescentes. Em outras palavras, a presença do acompanhante não influenciou para uma menor magnitude de intervenções realizadas na assistência ao parto das jovens. A associação positiva entre presença de acompanhante e menor proporção de intervenções desnecessárias no trabalho de parto e parto não foi observada no contexto de assistência às jovens brasileiras. Esse aspecto nos faz ponderar que o/a acompanhante, quando presente, exerceu uma função “decorativa” na cena do nascimento. Cabe ponderar que o inquérito do NNB não nos permitiu realizar uma análise maior sobre a função exercida pelo acompanhante, uma vez que o apoio

oferecido não foi qualificado e/ou investigado no sentido de detalhar sobre quais medidas de apoio ele ofereceu durante todo o processo de acompanhamento.

A literatura internacional assinala que a presença do acompanhante pode se configurar como um fator de proteção às intervenções desnecessárias, sobretudo quando sua presença é realizada por uma pessoa treinada (ex: doula), que oferece suporte contínuo “one-to-one” (HODNETT et al., 2013; BRÜGGEMANN, 2005a). Ao mesmo tempo, também argumenta-se sobre a necessidade de investigações que caracterizem melhor os provedores do apoio, com objetivo de esclarecer diferenças entre eles e os resultados maternos e perinatais. Em revisão sistemática recente, evidenciou-se que o suporte contínuo no trabalho de parto e parto foi mais efetivo quando providenciado por doula (pessoa treinada para exercer o apoio) comparado-se com outros tipos de provedores, tais como profissionais de saúde (obstetizes e enfermeiras) ou pessoas da rede de apoio da mulher (família e amigos) (HODNETT et al., 2013).

Tendo em vista que a declaração sobre a participação de doula no presente estudo não chegou a 1%, é preciso ponderar sobre a validade de comparar os resultados aqui obtidos com o que está descrito na literatura internacional. Talvez tal estratégia tenha um valor muito mais heurístico, no sentido de nos permitir realçar a quase inexistência desse tipo de profissional nas maternidades brasileiras (DINIZ et al., 2014), do que explicativo em relação à não associação encontrada nos dados do NNB entre presença de acompanhante e seu possível efeito protetor contra intervenções desnecessárias no trabalho de parto e parto. Vale mencionar que ter o apoio exercido por uma doula ou um acompanhante treinado pode ser diferente de ter apenas a presença de um acompanhante no parto sem a continuidade necessária. Ao que parece, o efeito favorável do apoio requer uma participação ativa e orientada do acompanhante em todo o processo de cuidado ao nascimento (HODNETT et al., 2013).

Alguns estudos têm registrado aumento da presença do companheiro ou pai da criança como provedor do apoio ao parto (CARVALHO, 2003; PERDOMINI; BONILHA, 2011; FRANZON et al., 2013; CARVALHO et al., 2015), assim como foi observado nesta pesquisa. Entretanto, trabalhos qualitativos têm apontado sobre a dificuldade dos homens em contribuir com o papel do acompanhante, uma vez que suas participações são, por vezes, limitadas. Nos partos vaginais, por exemplo, sua contribuição frequentemente se restringe à ficar ao lado da mulher. Geralmente,

aconselha-se que ele não veja o parto em si, pois a imagem da cena do parto poderia engendrar posteriormente um certo desinteresse sexual pela mulher. Em suma, esse tipo de apoio conota uma participação bastante passiva do acompanhante no processo de parturição (CARVALHO, 2003; FRANZON et al., 2013; DINIZ et al., 2014; CARVALHO et al., 2015). Vale destacar que não foi possível qualificar na pesquisa NNB o apoio oferecido pelo/a acompanhante, no sentido de saber se a pessoa que exerceu o suporte contínuo no trabalho de parto e parto teve uma participação ativa ou passiva no cuidado. A literatura destaca que o acompanhante ativo exerce influência nos resultados maternos e perinatais, já que promove atividades de conforto físico e apoio emocional (CARVALHO et al., 2015). Este tipo de apoio é o que, de fato, influenciará positivamente nos desfechos maternos e da criança.

A presença ativa do acompanhante pode se dar por meio de: a) apoio emocional, com palavras de incentivo e tranquilizadoras, provimento de força, encorajamento, bem como ações relacionadas a se fazer presente, demonstrando que a mulher não está sozinha no momento; b) conforto físico, com fornecimento de hidratação, realização de massagens, auxílio em exercícios respiratórios, caminhadas, mudanças de posição, segurar a mão da parturiente. A presença do acompanhante pode representar também uma forma de apoio ativo associado à segurança, a julgar que sua presença seria capaz de garantir um atendimento melhor para a mulher e recém-nascido (BRUGGERMANN et al., 2005a; 2007a; FRANZON et al., 2013; CARVALHO et al., 2015).

A participação passiva do acompanhante caracteriza-se por uma não interação do acompanhante com a mulher e/ou um distanciamento do mesmo frente às ações que auxiliam o conforto materno. No papel passivo do apoio, o acompanhante é representado como uma “testemunha” ou expectador” durante todo o processo da assistência (CARVALHO et al., 2015). A presença passiva pode estar relacionada à questões da cultura local e/ou religião, à falta de preparo e conhecimento quanto ao processo do parto, falha na comunicação entre o casal e profissionais de saúde, ou ainda, ao fato de acreditarem que não possuem um papel importante no nascimento do filho (CARVALHO et al., 2015).

Mesmo diante de contextos de passividade, em que se espera ou se permite pouca participação aos acompanhantes, a sua presença de acompanhante passiva é valorizada pelas mulheres, seja como testemunha ou expectador da vivência ao

parto. Tanto as jovens aqui em exame quanto as mulheres das cinco regiões do país consideraram que a presença do acompanhante foi muito útil e que ela ajudou a tornar o parto uma experiência melhor e mais calma (DINIZ et al., 2014).³⁰ Além disso, em outra análise do inquérito NNB, que teve como foco principal a satisfação das mulheres, mostrou que as parturientes que tiveram a presença do acompanhante relataram maior satisfação com o cuidado, maior privacidade, sentiram-se mais respeitadas pelos profissionais de saúde, acharam que receberam maior clareza das informações, maior possibilidade de fazer perguntas e maior participação nas decisões, além de relatarem menos qualquer forma de violência durante a internação (D'ORSI et al., 2014).

É importante mencionar que mesmo que não se tenha a garantia do apoio ofertado por uma doula, informações sobre o suporte devem ser fornecidas ao acompanhante de escolha da mulher para que se possa desempenhar o papel de provedor de suporte (BRUGGERMANN et al., 2005a). Desse modo, a participação e preparação do acompanhante durante o pré-natal é fundamental, pois possibilita instruir o acompanhante sobre sua importância e sobre as atividades de apoio que podem ser oferecidas à mulher no momento do nascimento; caso contrário, o acompanhante deve ser orientado durante a internação para o parto.

Em relação ao IBP, a presença do acompanhante esteve positivamente associada ao maior uso das boas práticas, tanto no trabalho de parto quanto no parto. Uma explicação para tal resultado é o fato do acompanhante também fazer parte do quadro de práticas úteis recomendadas na condução ao trabalho de parto e parto normais (OMS, 1996; MS, 2001; MS, 2011; MS, 2012a; MS, 2014a). Uma vez que as maternidades adotam políticas de cuidado com práticas úteis, o acompanhante tende a também estar garantido nestes serviços, assim como as demais boas práticas. Diferença entre os grupos etários foi encontrada, mas com grande variabilidade entre os escores nos dois momentos (trabalho de parto e parto).

Por fim, observou-se fenômeno parecido na análise do IB, no sentido de haver associação positiva da presença do acompanhante aos escores máximos em ambos momentos. Não houve diferença significativa entre os grupos de jovens.

Diante destes resultados, pode-se concluir que não houve uma associação positiva entre a presença de acompanhante e menor proporção de intervenções desnecessárias no trabalho de parto e parto frente ao II. Em relação as análises do

³⁰ A esse respeito, conferir também FRANZON et al., 2013 e CARVALHO et al., 2015.

IBP e IB, observamos que a presença do acompanhante esteve relacionada aos escores mais altos, ou seja, ao maior uso das boas práticas do trabalho de parto e parto. Tendo em vista que a presença do acompanhante compõe um rol de boas práticas, sua existência pode ser indicativa de que algumas outras boas práticas também estarão presentes no cenário, e vice-versa. Desse modo, uma vez incorporada pelas maternidades uma política de cuidado que garante o uso das boas práticas, podemos supor que será mais difícil a exclusão do acompanhante do cenário em questão.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou conhecer e analisar a assistência obstétrica e a presença do acompanhante prestada às jovens (até 24 anos) entrevistadas pelo NNB da região Sudeste. Buscou-se averiguar a assistência obstétrica a partir das “Recomendações da OMS” sobre a efetividade das práticas na atenção adequada ao parto normal, em mulheres de risco habitual. Optou-se também por analisar a qualidade da assistência utilizando três diferentes índices: Intervenções, Boas Práticas e Bologna. O apoio ao trabalho de parto e parto foi avaliado segundo a presença do acompanhante durante o processo de nascimento. A discussão dos resultados foi realizada à luz de revisões sistemáticas sobre as práticas obstétricas, a fim de respaldar o que atualmente há de melhor recomendado pelas evidências científicas.

Os resultados sobre a assistência mostraram altas prevalências de práticas tidas como prejudiciais ou utilizadas de modo inadequado para a condução do trabalho de parto e parto das jovens mulheres. Constatou-se que a assistência oferecida às jovens foi marcada pela presença de intervenções desnecessárias, tais como a utilização indiscriminada de ocitocina, posição da mulher para o parto em litotomia, manobra de Kristeller, o uso rotineiro de episiotomia, bem como uso de tricotomia e enema, mesmo que em proporções pequenas. Ao mesmo tempo, houve baixa utilização das práticas consideradas úteis e adequadas para a assistência e que possuem respaldo científico, a saber, as boas práticas obstétricas.

A utilização de índices para descrever e analisar a assistência ao parto foi profícua. Cada índice conseguiu retratar o que se propôs. O índice de Intervenções (II) foi um indicador sensível para identificar o uso das práticas prejudiciais (intervenções), enquanto que o índice de Boas práticas (IBP) se configurou num bom indicador para verificação da adoção das boas práticas obstétricas. Já o índice de Bologna (IB) foi capaz de ser um indicador sintético e prático para a avaliação da condução da atenção ofertada, visto que as variáveis que os compõem englobam a presença das principais boas práticas e das práticas prejudiciais, presentes nos índices II e IBP. No geral, os resultados dos índices convergiram no sentido de retratar a assistência oferecida às jovens do NNB. Os resultados segundo os

diferentes índices foram compatíveis e todos demonstraram um cuidado altamente medicalizado e intervencionista ao parto.

A utilização destes índices configurou, desse modo, como uma forma prática e acessível para análise da qualidade da assistência, sendo útil para os profissionais de saúde, gestores de maternidades e serviços que lidam com a atenção ao parto e as políticas públicas sobre a saúde das mulheres, dado que os índices conseguiram descrever o cenário do atendimento no momento do parto e possibilitam um estudo *in loco* para cada parâmetro (práticas) que os compõem.

É importante mencionar que apenas o índice de Bologna é de fato um indicador de processo validado e recomendado pela OMS para este fim. As variáveis compostas produzidas nesta dissertação (II e IBP) foram construídas somente para descrever com maior detalhamento como se deu a assistência ao parto das jovens estudadas. Não foi objetivo desta pesquisa formular um indicador, testá-lo e validá-lo. Pode-se dizer que o caminho inicial para a construção de indicadores e validação futura foi, de algum modo, iniciado nesta dissertação, uma vez que eles se mostraram sensíveis para caracterizar ou descrever a assistência. Entretanto, existe um segundo percurso ou momento necessário para que tais variáveis possam vir a ser validadas e transformadas posteriormente em indicadores, mas transcende este estudo.

Um resultado importante que essa dissertação apresentou sobre a possível diferença da assistência oferecida entre os grupos das jovens está no fato das práticas prejudiciais, principalmente as mais dolorosas, terem sido mais prevalentes nas adolescentes. Este resultado pode ser interpretado como forma de punir as jovens (por sua vida sexual e reprodutiva) através de uma assistência ao parto mais inadequada, em que prevalece o uso excessivo e recorrente das intervenções obstétricas, como por exemplo, o uso da ocitocina, manobra de Kristeller e episiotomia, mesmo em gestantes de risco habitual e que teoricamente necessitariam de uso mínimo de práticas que interviriam na fisiologia do nascimento. A penalização das adolescentes por meio de uma assistência intervencionista leva-nos a pontuar sobre a possível existência de um estigma e um aspecto moralista dos profissionais de saúde sobre as jovens, principalmente sobre sua sexualidade, tornada explícita pela gravidez (BRANDÃO; CABRAL et al., 2017). Este resultado nos faz indagar sobre a não aceitação da gravidez nestas jovens, uma vez que ela é frequentemente compreendida como evento que não deveria ocorrer nesta fase de

vida. Nesse sentido, o uso das intervenções seria uma forma de punição para as adolescentes que entraram “precocemente” numa vida sexual e reprodutiva. Infelizmente, o estudo não tem informações suficientes/pertinentes para dar desdobramentos a tal indagação; porém, investigações sobre esta questão são fundamentais, para discutir sobre os direitos sexuais e reprodutivos destas jovens, além de uma melhor análise sobre as diferenças sociodemográficas e contextos regionais da assistência à jovem parturiente.

Os resultados apresentados neste trabalho desvelam a qualidade da atenção ao parto no Brasil. Os reflexos da má qualidade fazem-se sentir nos maus resultados recorrentemente encontrados nos estudos e relatórios do MS, nas altas taxas de cesarianas e nos indicadores de morbi-mortalidade materna e perinatal, que não diminuem ao ponto de chegarem aos valores recomendados internacionalmente.

Apesar do cenário ruim, o Brasil atualmente parece vivenciar uma tendência para uma transição de modelo de atenção, sendo este um possível reflexo das políticas públicas adotadas nos últimos anos. Mesmo que mínimas, observamos a incorporação das práticas benéficas, bem como a formulação de políticas e leis que visam a mudança do modelo. Observa-se, ainda, a presença mais recorrente de debates para melhorias da atenção ao parto, não apenas entre ativistas do movimento de humanização da atenção, mas também da sociedade, como pode ser notado nas mídias como um todo, principalmente nas redes sociais. A intensificação desta discussão pode impulsionar para o maior envolvimento dos personagens políticos e com isso garantir que as políticas e leis desenvolvidas sejam implementadas.

No entanto, ainda há muito o que ser realizado para atingir as taxas ideais das práticas obstétricas recomendadas pelo MS e a OMS. Um aspecto importante para a prevalência constante das práticas prejudiciais e da elevada taxa de cesarianas pode estar relacionada ao fato de não haver, no Brasil, um sistema de informação que colete dados sobre as práticas desenvolvidas na assistência ao parto. Para a maioria das práticas prejudiciais, poucos dados são rotineiramente registrados, inviabilizando possíveis controles de prevalências e comparações destes indicadores (DINIZ et al., 2012). Para Diniz et al. (2012), há necessidade da incorporação de indicadores de saúde baseados em direitos, bem como transparência entre os setores públicos e privados.

O acesso universal à saúde de qualidade é fundamental para as mulheres e bebês. A monitorização e/ou vigilâncias das práticas desenvolvidas na assistência obstétrica pode se tornar um avanço na garantia de uma atenção ao parto eficaz, segura, transparente e baseada na escolha informada e ao respeito aos direitos das mulheres que experienciam este momento (DINIZ et al., 2012).

Em relação ao apoio do acompanhante, apenas 25% das jovens tiveram acompanhante conforme a Lei 11.108/05, em todas as fases de internação para o parto: trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Em mais de 50% das jovens a maternidade proibiu a presença do suporte contínuo, demonstrando a violação e desrespeito da lei. Os momentos com a menor prevalência da presença do acompanhamento nos partos das jovens foram no trabalho de parto e na hora do nascimento. O apoio foi menos prevalente nas jovens de 19 a 24 anos, com condição conjugal estável, com menor escolaridade e renda, e em partos realizados no setor público por um profissional médico, demonstrando que ter a presença de acompanhante durante o parto pode tratar-se de um privilégio de algumas e não um direito de todas as mulheres.

A “dupla proteção” das adolescentes pelo ECA, pressuposta inicialmente neste estudo, foi confirmada, visto que as jovens de 13 a 18 anos tiveram em maior proporção a presença de um acompanhante nos diferentes momentos do processo de nascimento de seus bebês, quando comparadas com as jovens de 19 a 24 anos. Entretanto, a presença do acompanhante não demonstrou ter um efeito protetor sobre as intervenções desnecessárias que ocorreram no trabalho de parto e parto das adolescentes. Assim, o fato das adolescentes serem duplamente protegidas do ponto de vista legal parece não ter exercido uma influência quanto a estarem mais suscetíveis a receberem práticas prejudiciais em seus trabalhos de parto e parto. As mais jovens, inclusive, foram submetidas a mais intervenções dolorosas e invasivas, como, por exemplo, uso de cateter venoso periférico, ocitocina, manobra de Kristeller e episiotomia, além de terem recebido um menor uso das boas práticas, como liberdade de movimentação e posição, métodos não farmacológicos para alívio da dor e uso do partograma para condução do trabalho de parto.

Assim, asseveramos que o possível efeito protetor da presença do acompanhante não esteve associado a uma menor magnitude das intervenções realizadas na atenção ao parto das jovens. Uma forma de compreender este resultado é o contexto assistencial configurado nos hospitais brasileiros. A

contribuição do uso rotineiro das intervenções, sem indicação clínica que justifique a tomada de decisões e condutas, pode impossibilitar verificar o possível efeito de qualquer prática benéfica. Desse modo, como não há utilização criteriosa das práticas quando há a real necessidade, fica difícil distinguir, por exemplo, a exposição da presença do acompanhante nas práticas desenvolvidas. Vale lembrar que o estudo de Brüggemann (2005), que verificou o impacto do acompanhante sobre resultados maternos e perinatais (intervenções), por meio de um estudo controlado randomizado, num hospital escola no interior de São Paulo, não encontrou resultados favoráveis sobre as práticas prejudiciais. A autora conclui que isto pode ter sido decorrente do próprio contexto assistencial em que o estudo foi desenvolvido, de “manejo ativo” do trabalho de parto (BRUGGERMANN, 2005; BRUGGERMANN; 2007).

Todavia, ao analisar sua influência sobre o IBP e IB, nota-se que a presença do acompanhante está associada ao uso das boas práticas, por também fazer parte do quadro mais amplo de recomendações das mesmas. Dessa forma, supomos que uma vez adotada uma política de utilização das boas práticas pela instituição de atendimento ao parto, o acompanhante se faz também presente.

Apesar destes resultados, mais de 80% das mulheres que tiveram o apoio de algum acompanhante se sentiram satisfeitas com a presença deste e relataram que esta situação as ajudaram a tornar a experiência do parto mais calma e melhor. Este resultado ressalta a importância da presença do acompanhante, mesmo que este exerça uma função de expectador ou tenha uma postura passiva na cena do nascimento. As mulheres sentem-se mais “seguras” e satisfeitas quando estão acompanhadas.

Destaca-se que no estudo quase inexistiu o apoio oferecido por uma pessoa treinada para exercer o suporte “one-to-one” ao trabalho de parto e parto das jovens. A pessoa de escolha prevalente das mulheres foi alguém de sua rede de apoio familiar, como o companheiro e a mãe. Vale ressaltar, sobre a importância de fornecer informações ou capacitar o acompanhante de escolha da mulher para que este possa exercer o suporte durante a internação para o parto. Os estudos têm mostrado que o benefício do acompanhante no parto está relacionado ao desenvolvimento de medidas de conforto físico e emocional oferecidas à mulher durante todo o processo do nascimento, ou seja, sendo necessária a sua participação ativa e contínua. Assim, o período do pré-natal não apenas deve

englobar medidas que visam acompanhamento e prevenção de morbidades à mãe e ao bebê, mas também deve se configurar como período de preparação qualificada ao acompanhante eleito pela gestante. Ainda há espaço para proposição de ações que ultrapassem a díade mãe-bebê durante o pré-natal. Assegurar o mínimo de informações aos acompanhantes sobre as atividades que possam vir a oferecer no momento do nascimento da criança se torna fundamental.

Em relação às limitações desta pesquisa, é importante considerar que este é um estudo observacional de desenho transversal e descritivo, utilizando-se de dados secundários do NNB. Houve perdas eventuais de dados em decorrência do mal preenchimento do prontuário hospitalar e, igualmente, perdas na coleta dos dados primários. Porém, buscou-se utilizar apenas as variáveis com perdas menores que 10% nas análises aqui empreendidas. Além disso, este estudo examinou apenas os dados referentes à região Sudeste do país, devendo-se relativizar estes resultados e considerar que eles não espelham/incluem as especificidades dos diferentes contextos regionais brasileiros, ficando assim uma lacuna a ser enfrentada oportunamente no que concerne a assistência às jovens.

Outra limitação a ser assinalada é que este estudo não possibilitou qualificar de que modo ocorreu o apoio oferecido pelos acompanhantes, uma vez que na coleta de dados não foram incorporadas questões sobre se de fato o acompanhante exerceu uma participação ativa durante o processo do nascimento. A presença de doula seria uma *proxy* a ser utilizada para supor este tipo de participação mais “qualificado”; contudo, esse personagem não teve uma representação significativa que sustentasse uma análise específica. Mais estudos devem ser realizados para averiguar as possíveis diferenças entre os distintos tipos de acompanhantes. As atuais evidências científicas incentivam tal realização. Por fim, devemos destacar a limitação da maior parte das variáveis analisadas neste estudo, inclusive as variáveis compostas (II e IBP), terem como possibilidade de resposta apenas as categorias *sim* vs. *não* (dicotomizada), não sendo possível observar gradientes entre os dois extremos. Além disso, estas variáveis, assim como as que compõem o IB, dependem dos registros realizados nos serviços, sobretudo nos prontuários hospitalares. Todavia, sabe-se que a qualidade dos registros nos serviços de saúde é bastante precária no contexto brasileiro, com algumas exceções.

A assistência ao parto de qualidade e a presença do acompanhante devem ser medidas implementadas e garantidas durante toda a atenção vivenciada pela

mulher na internação para o parto, de modo que possam se tornar uma política universal e equitativa a todas as mulheres que vivenciam este momento.

Cabe salientar que esta pesquisa foi capaz de obter respostas das mulheres de maneira oportuna, logo após o nascimento da criança, de modo a evitar ou minimizar o viés de memória sobre as práticas utilizadas na assistência. Foi possível, ainda, compreender como se deu a assistência ao parto das jovens que participaram do NNB, bem como o apoio oferecido pela presença do acompanhante neste momento.

O NNB guarda a potencialidade de dar lugar a trabalhos futuros que queiram avaliar a assistência no momento do nascimento e o acompanhamento pela presença do acompanhante nos partos das jovens em diferentes contextos socioculturais/regionais. Tal aspecto poderá contribuir para o reconhecimento sobre como as jovens são assistidas em diferentes contextos no país e auxiliar na reflexão sobre as práticas adotadas, bem como em relação ao que pode ser melhorado para garantir uma atenção mais qualificada e digna para estas mulheres segundo os princípios do SUS, como a integralidade dos cuidados de saúde, a universalidade, a equidade e a humanização do nascimento.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramo HW. Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. Revista Brasileira de Educação [periódico na internet]. 1997 mai-jun-jul-ago e set-out-nov-dez [acesso em 11 nov 2015]; 5/6:25-36. Disponível em: http://anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE05_6/RBDE05_6_05_HELENA_WENDEL_AB RAMO.pdf

Abramovay M, Castro MG. Ser jovem no brasil hoje: políticas e perfis da juventude brasileira. Cadernos Adenauer XVI (2015), nº1 Juventudes no Brasil [recurso na internet]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Konrad Adenauer; 2015 jun [acesso em 17 ago 2015]. 160 p. Disponível em: <http://www.kas.de/brasilien/pt/publications/42189/>

Aguiar CA. Práticas obstétricas e a questão das cesarianas intraparto na rede pública de saúde São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

Almeida MCC, Aquino EML. Adolescent pregnancy and completion of basic education: a study of young people in three state capital cities in Brazil. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2011 dez [acesso em 24 nov 2015]; 27(12):2386-2400. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n12/10.pdf>

Alves MTSSB, Silva AAM (org). Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde. São Luís. UFMA:Unicef, 2000.

Amorim MMR, Porto AMF, Souza ASR. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. Femina [periódico na internet]. 2010 nov [acesso em 08 ago 2016]; 38(11):583-591. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11_583-591.pdf

Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [revisão na internet]. 2011 dez [acesso em 29 out 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000331.pub3/full>

Api O, Balcin ME, Ugurel V, Api M, et al. – The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial. Ata Obstet Gynecol Sacand [periódico na internet]. 2009 [acesso em 31 out 2016]; 88(3):320-47. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19172441>

Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2003 [acesso em 10 jan 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a19v19s2.pdf>

Barragán Loayza IM, Solà I, Juandó Prats C. Biofeedback for pain management during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [revisão na internet]. 2011 jun [acesso em 29 out 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006168.pub2/full>

Barros LA, Veríssimo RCSS. Uso do Partograma em Maternidades Escola de Alagoas. Rev Rene, Fortaleza, 2011 jul/set; 12(3):555-60. Acesso em 06 out 16. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12484/1/2011_art_labarros.pdf

Begley CM. Intervention or interference? the need for expectant care throughout normal labour. Sex Reprod Healthc [periódico na internet]. 2014 dez [acesso em 10 ago 2016]; 5(4):160-4. Disponível em: [http://www.srhjournal.org/article/S1877-5756\(14\)00067-6/fulltext](http://www.srhjournal.org/article/S1877-5756(14)00067-6/fulltext)

Berer M. Mortalidade e morbidade materna: a gravidez está ficando mais segura para as mulheres? Quest. Saúde Reprodutiva. 2008; 3(3): 10-21.

Bernitz S, Oian P, Rolland R, Sandvik L, Blix E. Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: a cohort of low-risk nulliparous women. Midwifery [periódico na internet]. 2014 [acesso em 08 ago 2016]; 30(3):364-70. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23684697>

Berquó E, Garcia S, Lima L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNSDS 2006. Rev. Saúde Pública [periódico na internet]. 2012 [acesso em 20 jun 2015]; 46(4):685-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/ao2797.pdf>

Berquó E, Rohden F, organizadores. Sexualidade, Reprodução e Saúde. Rio de Janeiro (RJ): FGV; 2009. p 145-174.

Bezerra MGA, Cardoso MVLL. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto. Revista Latino-Americana de Enfermagem [periódico na internet]. 2006 maio-jun [acesso em 20 jul 2015]; 3(14):414-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a16.pdf>

Bhutta ZA, Chopra M, Axelson H, Berman P, Boerma T, Bryce J, et al. Countdown to 2015 decade report (2000-10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. Lancet [periódico na internet]. 2010 [acesso em 08 ago 2016]; 375(9730):2032-44. Disponível em: http://www.countdown2015mnch.org/documents/2015Report/CDReport_2015_back_matter.pdf

Bourdieu P. A juventude é apenas uma palavra. In: Questões de sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

Brandão ER. Gravidez na adolescência: um balanço bibliográfico. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro (RJ): Garamond; 2006. p. 63-94.

Brandão ER, Cabral CS, Ventura M, Paiva SP et al. Os perigos subsumidos na contracepção de emergência: moralidades e saberes em jogo. *Horiz. antropol.* [periódico na internet]. 2017 jan-abr [acesso em 19 jan 2017]; 23(47):131-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v23n47/0104-7183-ha-23-47-0131.pdf>

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [lei na internet]. *Diário Oficial da União*, 16 jul 1990 [lei na internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm

Brasil. Estatuto da criança e do adolescente (1990). Estatuto da criança e do adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [documento na internet]. Brasília (DF): Câmara dos Deputados; Edições Câmara; 2010 [acesso em 11 ago 2015]. 207 p. (Série legislação; n. 83). Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf

Brasil. 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. *Diário Oficial da União*, 08 abr 2005 [lei na internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução normativa nº 368, de 06 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. *Diário Oficial da ANS*, 06 jan 2015 [resolução na internet]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&forma_t=raw&id=Mjg5Mg%3D%3D

Brenes AC. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 1991 abr-jun [acesso em 15 jun 2015]; 7(2):[15 screens]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>

Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2005a set-out [acesso em 30 jun 2015]; 21:1316-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/03.pdf>

Brüggemann OM. O apoio à mulher no nascimento por acompanhante de sua escolha: abordagem quantitativa e qualitativa [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 2005b.

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev. Saúde Pública*

[periódico na internet]. 2007a fev [acesso em 30 jun 2015]; 41(1):44-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/5409.pdf>

Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD, Cecatti JG, Carvalhinho ASN. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reproductive Health* [periódico na internet]. 2007b Jul [acesso em 30 jun 2015]; 4:5. Disponível em: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/4/1/5>

Busanello J, Kerber NPC, Mendoza-Sassi RA, Mano PS, Susin LRO, Gonçalves BG. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico. *Rev Bras Enferm* [periódico na internet]. 2011 set-out [acesso em 2 out 2015]; 64(5):824-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a04v64n5.pdf>

Cabral, CS. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2003 [acesso em 10 set 2015]; 19(Sup2):283-292. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a10v19s2.pdf>

Cabral CS. Paternidade na trajetória juvenil: uma contribuição ao debate sobre gravidez na adolescência. In: Heilborn ML, Aquino EM, Barbosa RM, Bastos FI, Berquó E, Rohden F. (Org.). *Sexualidade, reprodução e saúde*. Rio de Janeiro: FGV; 2009. p. 145-174.

Cabral CS, Heilborn ML, Brandão ER. Teenage pregnancy and moral panic in Brazil. *Culture, Health & Sexuality* [periódico na internet]. 2007 jul-aug [acesso em 10 out 2015]; 9(4):403-14. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17612959>

Campbell DA, Lake MF, Falk M, Backstrand JR. A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* [periódico na internet]. 2006 jun-ago [acesso em 20 jun 2015]; 35(4):456–64. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16881989>

Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Systematic Reviews* [revisão na internet]. 2009 jan [acesso em 09 ago 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/full>

Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina* [periódico na internet]. 2010 mai [acesso em 31 out 2016]; 38(5):265-70. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>

Carvalho CFS, Carvalho IS, Brito RS, Vitor AF, Lira ALBC. O companheiro como acompanhante no processo de parturição. *Rev Rene* [periódico na internet]. 2015 jul-ago [acesso em 07 nov 2016]; 16(4):613-21. Disponível em: www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/2019/pdf

Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2009 jul [acesso em 10 set 2015]; 25(7):1503-1512. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/1503-1512.pdf>

internet]. 2003 [acesso em 07 nov 2016]; 19(Supl 2):389-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a20v19s2.pdf>

Chalmers B, Porter R. Assessing effective care in normal labor: the Bologna score. Birth [periódico na internet]. 2001 jun [acesso em 02 ago 2016]; 28(2):79-83. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536X.2001.00079.x/full>

Clark SL, Miller DD, Belford MA, Dildy GA, Frye DK, Meyers JA. Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. Am. J. Obstet. Gynecol [periódico na internet]. 2009 fev [acesso em 08 ago 2016]; 200(2):156.e1-156.e4. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19110225>

Cluett ER, Burns EE. Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database of Systematic Reviews [revisão na internet]. 2009 abr [acesso em 28 out 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000111.pub3/full>

Conjuve. Conselho Nacional de Juventude *et al*/organização. Política nacional de juventude: diretrizes e perspectivas. São Paulo (SP): Fundação Friedrich Ebert; 2006. 140p.

Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Giltrasp III LC, Hankins GDV et al. Willians Obstetrícia. 20^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

Curran EA, O'Neill SM, Cryan JF, Kenny LC, Dinan TG, Khashan AS et al. Research review: Birth by caesarean section and development of autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. J Child Psychol Psychiatry [periódico na internet]. 2015 mai [acesso em 11 ago 2016]; 56(5):500-8. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.12351/full>

Davis-Floyd R. Birth as an American rite Birth of Passage. Berkeley: University of California Press, 1992.

Dahlen HG, Kennedy HP, Anderson CM, Bell AF, Clark A, Foureur M et al. The EPIIC hypothesis: intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. Med Hypotheses [periódico na internet]. 2013 mai [acesso em 12 ago 2016]; 80(5):656-62. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3612361/>

Davis-Floyd R, ST. JOHN G. From doctor to healer: the transformative journey. New Jersey: Rutgers University Press, 1998.

Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. International Journal of Gynecology & Obstetrics [periódico na internet]. 2001 nov [acesso em 14 ago 2015]; 75(Supl 1):S5-S23. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11742639>

Datasus - Banco de dados do Sistema Único de Saúde [homepage na internet]. Brasília: Departamento de Informática do SUS; 2011 [Acesso em 18 out 2014]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>.

Datasus - Banco de dados do Sistema Único de Saúde [homepage na internet]. Brasília: Departamento de Informática do SUS; 2014 [Acesso em 19 jan 2017]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

D'Argenio V, Salvatore F. The role of the gut microbiome in the healthy adult status. Clin Chim Acta [periódico na internet]. 2015 dez [acesso em 12 ago 2016];7;451(Pt A):97-102. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009898115000170>

D'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2014 [acesso em 07 nov 2016]; 30(Suppl):S154-68. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0154.pdf>

D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Tuesta AA, Barbosa GP, Gama AS et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. Rev. Saúde Pública [periódico na internet]. 2005 aug [acesso em 06 dez 2016]; 39(4):645-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25539.pdf>

De Rezende J, Martinez AR, Ferreira A. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1991.

Derry S, Straube S, Moore RA, Hancock H, Collins SL. Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [revisão na internet]. 2012 jan [acesso em 29 out 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009107.pub2/full>

Deslandes SF. A ótica de gestores sobre humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2005 [acesso em 14 ago 2015]; 10(3):615-26. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a18v10n3.pdf>

Deslandes SF, Dias MAB. Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre os desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: Deslandes SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. P. 351-59.

Dias MA, Domingues RM, Schilithz AO, Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M. Factors associated with cesarean delivery during labor in primiparous women assisted in the Brazilian Public Health System: data from a National Survey. Reprod Health [periódico na internet]. 2016 out [acesso em 18 nov 2016]; 13(Suppl 3):114. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27766983>

Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura PM, Diniz CSG, Brum IR et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2014 [acesso em 11 ago 2016]; 30 (Suppl 1):S169-S181. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0169.pdf>

Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese de doutorado]. São Paulo: Medicina Preventiva da USP; 2001.

Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 16 ou 2015]; 9(2):313-26. Disponível em: <http://producao.usp.br/handle/BDPI/14348>

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 14 ago 2015]; 10(3):627-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>

Diniz CSG, Bick D, Bastos MH, Riesco ML. Empowering women in Brazil. *Lancet* [Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(07\)61671-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(07)61671-7.pdf) periódico na intrnet]. 2007 nov [acesso em 22 ago 2015]; 370(9599):1596-8.

Diniz CSG, Chacham AS. Dossiê Humanização do parto. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2002.

Diniz CSG, Duarte AC. Parto Normal ou Cesárea? O Que Toda Mulher Deve Saber (E Todo Homem Também). São Paulo: Editora Unesp, 2004.

Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2014 [acesso em 17 out 2014]; 30(Suppl):S140-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>

Diniz CSG, D'Oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reproductive Health Matters* 2012 [acesso em 19 jan 2017]; 20(40):94–101. Disponível em: [http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080\(12\)40657-7/pdf](http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080(12)40657-7/pdf)

Domingues RM, Dias MAB, Nakamura MP, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2014 [acesso em 11 ago 2016]; 30 (Suppl 1):S101-S116. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>

Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saúde Pública* [periódico na

internet]. 2004 [acesso 19 ago 2015]; 20(Suppl 1):S52-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/06.pdf>

Donabedian, A. The quality of care - how can it be assessed? JAMA [periódico na internet]. 1988 set [acesso em 06 dez 2016]; 260(12):1.743-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356>

Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain relief in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [revisão na internet]. 2009 abr [acesso em 29 out 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007214.pub2/full>

Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 3ª ed.; 2005. 279 p.

Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Knight M. Incidence and risk factors for placenta accreta/increta/percreta in the UK: a national case-control study. PLoS One [periódico na internet]. 2012 [acesso em 12 ago 2016]; 7(12):e52893. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3531337/>

Franzon AC. Pai e acompanhante de parto: perspectivas dos homens sobre o processo reprodutivo e a assistência obstétrica [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2013.

Galland, O. Une entrée de plus en plus tardive dans la vie adulte. Economie et Statistique, n.283/284, pp.33-52. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro (RJ): Garamond; 2006. p. 37-42.

Galland, O. Sociologie de la jeunesse. Paris, Armand Colin, 1997. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro (RJ): Garamond; 2006. p. 37-42.

Gama SGN, Viellas EF, Schilithz AOC, Theme MMF, Carvalho ML, Gomes KRO et al. Nascer no Brasil. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2014 [acesso em 22 nov 2014]; 30 Sup: S117-S127. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0117.pdf>

Gama SGN, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. Reprod Health [periódico na internet]. 2016 out [acesso em 18 nov 2016]; 13(Suppl 3):123. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27766971>

Gayeski ME, Brüggemann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. Texto Contexto Enferm [periódico na

internet]. 2010 out-dez [acesso em 28 out 2016]; 19(4):774-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/22.pdf>

Giglio MRP, França E, Lamounier JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [periódico na internet]. 2011 out [acesso em 02 ago 2016]; 33(10): 297-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n10/05.pdf>

Goldani HA, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AA, Agranonik M, Morais MB, Goldani MZ. Cesarean delivery is associated with an increased risk of obesity in adulthood in a Brazilian birth cohort study. Am J Clin Nutr [periódico na internet]. 2011 jun [acesso em 11 ago 2016]; 93(6):1344-7. Disponível em: <http://ajcn.nutrition.org/content/93/6/1344.long>

Gomes MM. Medicina baseada em em vidências: princípios e práticas. Rio de Janeiro: Reinchman & Afonso ED, 2001.

Gomes VLO, Fonseca AD, Roballo EC. Representações sociais de adolescentes acerca do parto. Esc Anna Nery (impr.) [periódico na internet]. 2011 abr-jun [acesso em 30 set 2015]; 15(2):300–305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a12.pdf>

Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomia rates around the world: an update. Birth [periódico na internet]. 2005 set [acesso em 09 ago 2016]; 32:219-223. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0730-7659.2005.00373.x/full>

Gualda DM, Narchi NZ, Campos EA. Strengthening midwifery in Brazil: education, regulation and professional association of midwives. Midwifery [periódico na internet]. 2013 out [acesso em 22 nov 2016]; 29(10):1077-81. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23972794>

Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position for women during second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Systematic Reviews [revisão na internet]. 2012 [acesso em 10 ago 2016]; 4. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub3/full>

Heilborn ML. Experiências da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. O aprendizado da sexualidade reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro (RJ): Garamond; 2006. p. 29-57.

Heilborn, ML. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais na adolescência. Psicol. Clin [periódico na internet]. 2012 [acesso em 19 ago 2015]; 24(1):57-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v24n1/05.pdf>

Heilborn, ML, Cabral CS. Parentalidade juvenil: transição condensada para a vida adulta. In: Camarano AA, organizador. Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição? Rio de Janeiro (RJ): IPEA; 2006. p. 225-56.

Heilborn ML, Cabral CS, Brandão ER, Faro L, Cordeiro F, Azize RL, et al. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na Cidade do Rio de Janeiro – Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2012 [acesso em 20 jan 2017]; 17(7):1699-708. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/08.pdf>

Heilborn ML, Salem T, Rohden F, Brandão E, Knauth D, VÍctora C et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos* [periódico na internet]. 2002 jun [acesso em 25 nov 2015]; 8(17):13-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v8n17/19074.pdf>

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software. In: Brüggemann OM. O apoio à mulher no nascimento por acompanhante de sua escolha: abordagem quantitativa e qualitativa [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 2005a.

Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Systematic Reviews* [revisão na internet]. 2012 ago [acesso em 03 nov 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000012.pub4/full>

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Reviews). *Cochrane Database of Systematic Reviews* [revisão na internet]. 2013 [acesso em 20 jun 2015]; 10:[s.n]. Disponível em: <http://childbirthconnection.org/pdfs/CochraneDatabaseSystRev.pdf>

Hotimsky SN, Alvarenga AT. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Estudos Feministas* [periódico na internet]. 2002 [acesso em 18 jun 2015]; 2:461-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14971.pdf>

Instituto do Papai e Núcleo de pesquisa em Gênero e Masculinidades da UFPE. [site da internet]. 2015 [acesso em 23 ago 2015]. Disponível em: <http://www.gema-ufpe.blogspot.com.br/>

Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Systematic Reviews* [revisão na internet]. 2016 ago [acesso em 06 nov 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006641.pub3/full>

Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [revisão na internet]. 2012 mar [acesso em 29 out 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009234.pub2/full>

Karlstrom A, Lindgren H, Hildingsson I. Maternal and infant outcome after caesarean section without recorded medical indication: findings from a Swedish case-control study. *BJOG* [periódico na internet]. 2013 mar [acesso em 11 ago 2016]; 120(4):479-86. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12129/full>

Klaus MH, Kennell JH, Klaus PH. In: The doula book: how a trained labor companion can help you have a shorter, easier and healthier birth Cambridge, MA: Perseus Books, 2002. In: Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Reviews). Cochrane Database of Systematic Reviews [periódico na internet]. 2013 [acesso em 20 jun 2015]; 10:[113 screens]. Disponível em: <http://childbirthconnection.org/pdfs/CochraneDatabaseSystRev.pdf>

Kitzinger S. Mães: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Presença; 1996.

Lago TDG, Lima LP. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Ministério da Saúde, organizador Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. p. 150-68.

Lansky S, França E, Comini CC, Costa MNL, Leal MC. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2006 jan [acesso em 06 dez 2016]; 22(1): 117-130. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/13.pdf>

Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS et al. Pesquisa Nacer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2014 [acesso em 06 dez 2016]; 30 Sup:S192-207. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>

Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Systematic Reviews [revisão na internet]. 2013 out [acesso em 20 out 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub3/full>

Lavender T, Hart A, Smyth RMD. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. Cochrane Database Systematic Reviews [revisão na internet]. 2013 [acesso em 08 ago 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005461.pub4/full>

Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme MMF, Dias MAB, Pereira MN et al. Nacer no Brasil. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2014 [acesso em 22 nov 2014]; 30 Sup: S17-S47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017>

Leal MC, Silva AA, Dias MA, Gama SG.; Rattner D, Moreira ME et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. Reprod Health [periódico na internet]. 2012 [acesso em 16 ago 2016]; 9:15. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-9-15>

Leão MRC, Bastos MARB. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. Rev Latinoam Enferm [periódico na internet].

2001 [acesso em 10 ago 2015]; 9:90-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11504.pdf>

Lichand CC, Okagawa FS, Campos CEK, Guimarães TB, D'Innocenzo M. Métodos de avaliação de qualidade na assistência à saúde da mulher no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2012 [acesso em 06 dez de 2016]; 09(57):82-8. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/842/84223419004.pdf>

Machado NXS, Praça NS. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev. esc. enferm. USP* [periódico na internet]. 2006 jun [acesso em 03 nov 2016]; 40(2):274-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/16.pdf>

Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [revisão na internet]. 2016 mai [acesso em 29 out 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009356.pub3/full>

Madi BC, Sandall J, Bennett R, MacLeod C. Effects of female relative support in labor: a randomized controlled trial. *Birth* [periódico na internet]. 1999 jun [acesso em 20 jun 2015]; 26(1):4-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10352048>

Mahendru R. Shortening the second stage of labor?. *J Turk Ger Gynecol Assoc* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 31 out 2016]; 11(2):95-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24591907>

Manzini FC. Avaliação da assistência ao parto no hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP [dissertação de mestrado]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP; 2007.

Manzini FC, Borges VTM, Parada CMGL. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant* [periódico na internet]. 2009 jan-mar [acesso 28 set 2015]; 9(1):59-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n1/v9n1a07.pdf>

Martins MG, Santos GHN, Sousa MS, Costa JEFB, Simões VMF. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. *Rev Bras Ginecol Obstet* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 2 out 2015]; 33(11):354-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n11/a06v33n11.pdf>

Matsuo K, Shiki Y, Yamasaki M et al. Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration. *Arch Gynecol Obstet* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 31 out 2016]; 280(5):781-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19263062>

Mccallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2006

jul [acesso em 30 set 2015]. 22(7):1483-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n7/12.pdf>

Meller FO, Schafer AA. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. Ciênc. saúde Coletiva [periódico na internet]. 2011 [acesso em 10 out 2015];16(9):3829-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a18v16n9.pdf>

Melo JS, Kerber NPC, Oliveira AMN, Busanello J, Silveira, TS, Pohlmann, FC. Inserção do acompanhante no cuidado da adolescente em um centro obstétrico. Cienc Cuid Saude [periódico na internet]. 2011 [acesso 30 set 2015]; 10(4):781-88. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/18323/pdf>

Menezes GMS. Aborto, juventude e saúde: um estudo em três capitais brasileiras [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2006.

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil.

Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.016, de 26 de agosto de 1993: aprova as normas básicas para a implantação do sistema “Alojamento Conjunto”. Diário Oficial da União, 1 set 1993; seção 1:13066 [portaria na internet]. Disponível em: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/aloi_c/GM_P1016_93aloi_c.doc

Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 985, de 05 de agosto de 1999. Institui o centro de parto normal – CPN no âmbito de Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, 06 ago 1999 [portaria na internet]. Disponível em: http://www.ipebj.com.br/docdown/_f00e5.pdf

Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 756, de 16 de dezembro de 2004: normas para o processo de habilitação do hospital amigo da criança integrado ao Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, 17 dez 2004b; seção 1:99 [portaria na internet]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm>

Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, 06 dez 2005 [portaria na internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html

Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, 24 jun 2011 [portaria na internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013. Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém nascido em conformidade com a Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Diário Oficial da União, 17 dez 2004 [portaria na internet]. 30 de mai 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0904_29_05_2013.html.

MS - Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília (DF); 1984.

MS - Ministério da Saúde. Oito passos para maternidade segura: guia básico para serviços de saúde. Brasília (DF); 1995.

MS - Ministério da Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília (DF); 2000.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2004a.

MS - Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS, 2006. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília (DF); 2008.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF); 2012a.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil, 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília (DF); 2012b.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica saúde sexual e saúde reprodutiva [documento na internet]. 2013a [acesso 10 ago 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf

MS - Ministério da Saúde. Humanização do parto e nascimento. Cadernos Humaniza SUS. Universidade Estadual do Ceará. Brasília (DF); 2014a. 465 p.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS) [portaria na internet]. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2014b [acesso em 11 ago 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html.

MS – Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Diretriz Nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação. Brasília (DF); 2016.

Monteiro R. Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 10 out 2016]; 19(5): 354-62. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v19n5/a14v19n5.pdf>

Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Systematic Reviews* [revisão na internet]. 2016 nov [acesso em 20 out 2016]; 25;11:CD003519. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/full>

Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2014 [acesso em 11 ago 2016]; 30:S128-39. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0128.pdf>

Morhason-Bello IO, Adedokun BO, Ojengbede OA, Olayemi O, Oladokun A, Fabamwo AO. Assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in Ibadan, south-west Nigeria: a randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 20 jun 2015]; 49(2):145–50. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-828X.2009.00983.x/pdf>

Nagahama EEI, Santiago SM. 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* [periódico na internet]. 2008 ago [acesso 28 set 2015]; 24(8):1859-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/14.pdf>

Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetrizes e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na internet]. 2013 abr [acesso em 03 nov 6]; 18(4):1059-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/19.pdf>

Narchi NZ, Silva LCFP, Gualda DMR. Contexto, Desafios e Perspectivas na Formação de Obstetrizes no Brasil. *Saúde Soc* [periódico na internet]. 2012 [acesso em 03 nov 6]; 21(2):510-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n2/a22v21n2.pdf>

National Institute for Health and Care Excellence (UK). Intrapartum care for healthy women and babies [documento na internet]. London. 2014 [acesso em 11 ago 2016]; Chapter 1. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-recommendations>

NCT. Royal College Midwives. Royal College of obstetricians and gynaecologists.. Making normal birth a reality. Consensus statement from the Maternity Care Working Party our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normal birth [documento na internet]. 2007 nov [acesso em 25 nov 2015]; 1-6. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/NormalBirthConsensusStatement.pdf>

Novo JLVG, Piantino DG, Filogônio OS, Novo NF. Análise de procedimentos assistenciais ao parto normal em primíparas. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba [periódico na internet]. 2016 [acesso em 02 ago 2016]; 18(1):30-35. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/24276/pdf>

Oliveira EFV, Gama SGN, Silva CMFP. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica [periódico na internet]. 2010 [acesso em 2 out 2015]; 26(3):567-578. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/14.pdf>

Oliveira FAM, Leal GCG, Wolff LDG, Gonçalves LS. O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidade. Rev Gaúcha Enferm [periódico na internet]. 2015 [acesso em 13 ago 2012]; 36(esp):177-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0177.pdf>

Oliveira IM, Fraga IM. Benefícios da utilização e do adequado preenchimento do partograma pelos profissionais de saúde: uma revisão bibliográfica. repositório institucional tiradentes. 2015 [acesso em 02 nov 2016]. Disponível em: <http://openrit.grupotiradentes.com:8080/xmlui/handle/set/964>

Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, 1999-2001. Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2008 [acesso em 13 ago 2012]; 42(5): 895-902. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6234.pdf>

Oliveira ZMLP, Madeira AM. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. Rev. Enferm USP [periódico na internet]. 2002 [acesso 30 set 2015]; 36(2):133-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n2/v36n2a04.pdf>

OMS - Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília (DF); 1996.

OPAS - Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano Novedades del CLAP [documento na internet]. 2003 ago [acesso em 30 jun 2015]; 31: 40. Disponível em: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/NOVEDADES/Noved31.pdf

Osava RH. Assistência ao Parto no Brasil: o lugar do não-médico [tese de doutorado]. São Paulo(SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1997.

Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Públ [periódico na internet]. 1998 [acesso em 10 out 2015]; 14(Supl 1):25-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>

Oviedo M, García M. El embarazo em situación de adolescência: uma impostura em la subjetividade feminina. Rev. Latinoa. Cien. Soci. Ninez y Juvent [periódico na internet]. 2011 jul-dec [acesso 20 out 2014]; 2(9):929-43. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v9n2/v9n2a29.pdf>

Pasqual KK, Braccialli LAD, Volponi M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. Cogitare Enferm. 2010 [acesso em 06 nov 2016]; 15(2):334-9. Disponível em: revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/17872/11662

Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev. Saúde Pública. 2011 fev [acesso em 03 nov 2016]; 45(1):185-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1759.pdf>

Perdomini FRI, Bonilha ALL. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(3):445-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/04.pdf>

Pinto CMSP, Basile ALO, Silva SF, Hoga LAK. O acompanhante no parto: atividades e avaliação da experiência. REME Rev Min Enferm [periódico na internet]. 2003 [acesso em 19 ago 2015]; 7:41-7. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/?tac=Vol._7_n%BA_1_ja_n_.%2Fjun._2003#acomp

Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. Femina [periódico na internet]. 2010 out [acesso em 10 out 2015]; 38(10): 527-37. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_I.pdf

Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. Women Birth [periódico na internet]. 2012 sep [acesso em 10 ago 2016]; 25(3):100-6. Disponível em: [http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(11\)00040-0/fulltext](http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(11)00040-0/fulltext)

Rance S, McCourt C, Rayment J, Mackintosh N, Carter W, Watson K, et al. Women's safety alerts in maternity care: is speaking up enough? BMJ Qual Saf [periódico na internet]. 2013 [acesso em 14 ago 2015]; 22:348-55. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2013/02/14/bmjqs-2012-001295.full.pdf+html>

Rattner, D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 1996 [acesso em 06 dez 2016]; 12(Suppl 2):21-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12s2/1518.pdf>

Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. Interface (Botucatu) [periódico na internet]. 2009 [acesso em 17 jun 2015]; 13(sup 1):595-602 [8 screens]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>

Ratto KMN. É possível humanizar a assistência ao parto? Avaliação de dois anos de Maternidade Leila Diniz. Saúde Foco [periódico na internet]. 2001 [acesso em 23 jun 2015]; 21:115-35. Disponível em: <http://www.scielo.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0102-311X200500050000300012&lng=es&pid=S0102-311X2005000500003>

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos. Dossiê Humanização do Parto. São Paulo: Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2002.

Reis AOA. O discurso da saúde pública sobre a adolescente grávida: avatares [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1993.

Reyes DJ, González EA. Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana [periódico na internet]. 2014 mai-ago [acesso em 20 out 2014]; 17:98-123. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sexs/n17/1984-6487-sexs-17-0098.pdf>

Ribeiro JF, Nascimento SS, Brito IA, Luz VLES, Coelho DMM et al. Avaliação da assistência ao parto normal em uma maternidade pública. Rev Eletr Gestão & Saúde [periódico na internet]. 2016 [acesso em 02 ago 2016]; 7(1):65-81. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1146/pdf>

Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração, e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. Rev. enferm. UERJ [periódico na internet]. 2011 jan-mar [acesso em 09 ago 2016]; 19(1):77-83. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a13.pdf>

Rocha IMS, Oliveira SMJV, Schneck CA, Riesco MLG, Costa ASC. O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. Rev. esc. enferm. USP [periódico na internet]. 2009 dez [acesso em 06 out 2016]; 43(4):880-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a20v43n4.pdf>

Rodrigues FRA, Rodrigues DP, Souza ES, Nogueira MEF, Fialho AVM. A vivência do ciclo gravídico-puerperal na adolescência: perfil sociodemográfico e obstétrico. Rev Min Enferm [periódico na internet]. 2008 [acesso em 1 out 2015]; 12(1):27-33. Disponível em: <http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v12n1a04.pdf>

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Systematic Reviews [revisão na internet]. 2016 abr [acesso em 03 nov 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>

São Paulo (SP). Lei nº 16.602, de 23 de dezembro de 2016. Dispõe sobre a permissão da presença de doula durante todo o período de trabalho de parto, parto

e pós-parto imediato, bem como nas consultas e exames de pré-natal, sempre que solicitado pela parturiente, nas maternidades, hospitais e demais equipamentos da rede municipal de saúde. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, 24 dez 2016 [lei na internet]. Disponível em:

<http://documentacao.camara.sp.gov.br/iah/fulltext/leis/L16602.pdf>

Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal [periódico na internet]. 1996 [acesso em 09 nov 2016]; 312:[2 screens]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/>

Sakae TM, Freitas PF, D'Orsi E. Fatores associado a taxa de cesarianas em hospital universitário. Rev. Saúde Pública [periódico na internet]. 2009 mai-jun [acesso em 08 ago 2016]; 43(3):472-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/6844.pdf>

Sandin-Bojö AK, Hashimoto M, Kanai K, Sugiura Y. Intrapartum care at a tertiary hospital in Cambodia: a survey using the Bologna Score. Midwifery [periódico na internet]. 2012 dez [acesso em 02 ago 2016]; 28(6):e880-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22172744>

Sandin-Böjo AK, Kvist LJ. Care in labor: a Swedish survey using the Bologna score. Birth [periódico na internet]. 2008 dez [acesso em 02 ago 2016]; 35(4):321-328. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19036045>

Santos LM, Carneiro CS, Carvalho ESS, Paiva MS. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. Rev Rene [periódico na internet] 2012 [acesso em 14 ago 2015]; 13(5):994-1003. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1157/pdf>

Santos NLAC, Costa COM, Amaral MTR, Vieira GO, Bacelar EB, Almeida AHV. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2014a [acesso em 19 out 2014]; 19(3):719-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00719.pdf>

Santos NCP, Vogt SE, Pimenta AM, Duarte ED, Madeira, LM, Abreu MNS, De Léon RGP. Resultados maternos e neonatais no trabalho de parto e parto de adolescentes admitidas em um centro de parto normal brasileiro. Adolescência & Saúde [periódico na internet]. 2014b jul-set [acesso em 2 out 2015]; 11(3):39-50. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=459

Sartore A, De Seta F, Maso G, Ricci G, Alberico S et al. The effects of uterine fundal pressure (Kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. Arch Gynecol Obstet. [periódico na internet]. 2012 [acesso em 31 out 2016]; 286(5):1135-39. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00404-012-2444-x>

Silva AAM, Leite AJM, Lamy ZC, Moreira MEL, Gurgel RQ, Cunha AJLA et al. Morbidade neonatal near miss na pesquisa Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2014 [acesso em 12 ago 2016]; 30(Suppl 1):S182-S191.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300023

Silva DA, Ramos MG, Jordão VDV, Silva, RAR, Carvalho JBL, Costa MMN. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. Rev Enferm UFPE [periódico na Internet]. 2013 mai [acesso em 10 ago 2016]; 7(esp):4161-70. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2582/pdf_2608

Silva FMB, Oliveira SMJV, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco MLG. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. J Clin Nurs [periódico na internet]. 2012 [acesso em 08 ago 2016]; 21(15-16):2209-18. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22646921>

Silva RS, Silva VR. Política nacional de juventude: trajetória e desafios. Cad. CRH [periódico na internet]. 2011 [acesso em 06 ago 2015]; 24(63): 663-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v24n63/13.pdf>

Simkin P, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. Am J Obstet Gynecol [periódico na internet]. 2002 mai [acesso em 28 out 2016]; 186(5):131-59. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12011879>

Simmons SW, Taghizadeh N, Dennis AT, Hughes D, Cyna AM. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [revisão na internet]. 2012 out [acesso em 29 out 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003401.pub3/full>

Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database Systematic Reviews [revisão na internet]. 2013 aug [acesso em 20 out 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/abstract>

Smith CA, Collins CT, Crowther CA. Aromatherapy for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [revisão na internet]. 2011c jul [acesso em 29 out 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009215/full>

Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [revisão na internet]. 2011a jul [acesso em 28 out 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009232/full>

Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [revisão na internet]. 2006 out [acesso em 28 out 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003521.pub2/full>

Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [revisão na internet]. 2011b dez [acesso em 29 out 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009514/full>

Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. [revisão na internet]. 2012 fev [acesso em 28 out 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009290.pub2/full>

Smyth RM, Alldred SK, Markham C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [revisão na internet]. 2013 jun [acesso em 27 out 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub3/abstract>

Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. Rev. Saúde Pública [periódico na internet]. 2012 fev [acesso em 09 ago 2016]; 46(1):77-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/3297.pdf>

Sousa, AMM. Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento em uma maternidade de Belo Horizonte [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2013.

Souza JP, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC Med [periódico na internet]. 2010 nov [acesso em 11 ago 2016]; 8:71. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2993644/>

Souza JP, PILEGGI CC. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2014 [acesso em 28 nov 2016]; 30(Supl 1):S11-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE02S114>.

Spindola T, Silva LFF. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. Esc Anna Nery Rev Enferm [periódico na internet]. 2009 [acesso em 1 out 2015]; 14(1):99-107. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a14>

Tanaka ACA. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.

Tavares FM. Reflexões acerca da latrogenia e Educação Médica. Rev Bras Educação Médica [periódico na internet]. 2007 [acesso em 19 de jan 2017]; 31(2): 180-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/09.pdf>

Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev Bras Med Fam Comunidade [periódico na internet]. 2015 [acesso em 19 de jan 2017]; 10(1): 1-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfc/v10n1/10101.pdf>

internet]. 2014 [acesso em 22 de ago 2015]; 1-12. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/1013/716>

Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2008 [acesso em 06 nov 2016]; 24(Supl 2):s235-s46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/09.pdf>

UNESCO - Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura. Políticas públicas de/para/com juventudes. Brasília (DF): Unesco, 2004. p. 304.

UNFPA - United Nations Population Fund. Maternal Mortality Update 2006. Expectation and Delivery: Investing in Midwives and Others with Midwifery Skills. New York: UNFPD; 2007 [acesso em 03 nov 2016]. Disponível em: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2007/mm_update06_eng.pdf

UNICEF - United Nations Children's Fund. Breast crawl: initiation of breastfeeding by breast crawl. India: UNICEF; 2007 [acesso em 06 nov 2016]; 41p. Disponível em: <http://www.breastcrawl.org/pdf/breastcrawl.pdf>

Valdés S, Essien J, Bardales J, Saavedra D, Bardales E. Embarazo em la adolescência. Incidencia, riesgos y complicaciones. Rev.Cub.Obstetricia y Ginecol [periódico na internet]. 2002 mai-ago [acesso em 20 out 2014]; 28(2): 84-88. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v28n2/gin04202.pdf>

Vasconcelos KL, Martins CA, Mattos DV de et al. Partograma: Instrumento para segurança na assistência obstétrica. Revista de Enfermagem UFPE On line, Recife, 7(2):619-24, fev. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3717/5429>

Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane Database Systematic Reviews [revisão na internet]. 2009 out [acesso em 09 ago 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006067.pub2/full>

Vogt SE, Diniz SG, Tavares CM, Santos NCP, Schneck CA, Zorzam B, Vieira DA, et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2011 set [acesso em 09 ago 2016]; 27(9):1789-1800. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/12.pdf>

Wei S, Wo BL, Qi HP, Xu H, Luo ZC, Roy C, et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. Cochrane Database of Systematic Reviews [revisão na internet]. 2013 [acesso em 08 ago 2016]; 9. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006794.pub4/full>

WHO - World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* [periódico na internet]. 1985 Aug [acesso em 18 nov 2014]; 24:436-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>

WHO - World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: WHO; 1998 [acesso em 06 nov 2016]; 111p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43633/1/9241591544_eng.pdf

WHO - World Health Organization. Principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. (Promoting Effective Perinatal Care). Geneva: WHO; 2002. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf

WHO - World Health Organization. The world health report 2005: Make every woman and child count. Geneva: WHO; 2005 [acesso em 03 nov 2016]; 243p. Disponível em: http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf

Yajahuanca RSA. A experiência de gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo – Brasil [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2015.

Yajahuanca RSA, Diniz CSG, Cabral CS. É preciso “ikarar os kutipados”: interculturalidade e assistência à saúde na Amazônia Peruana. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2015 [acesso em 09 dez 2016]; 20(9):2837-46. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2837.pdf>

Yuenyong S, O'Brien B, Jirapeet V. Effects of labor support from close female relative on labor and maternal satisfaction in a Thai setting. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* [periódico na internet]. 2012 [acesso em 20 jun 2015]; 41(1):45–56. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2011.01311.x/pdf>

8. ANEXOS

8.1. ANEXO 1 - Classificação das recomendações da OMS

Recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996)

Classificação de Práticas no Parto Normal, segundo a:

A - Práticas que são Demonstradamente Úteis e que Devem ser Estimuladas

1. Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família;
2. Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto;
3. Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento;
4. Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
5. Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações;
6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
8. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
9. Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto;
10. Fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem;
11. Métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
12. Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
13. Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e descontaminação adequada de materiais reutilizáveis durante todo o trabalho de parto e parto;
14. Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta;
15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto;
16. Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto;
17. Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, por exemplo, pelo uso do partograma da OMS;
18. Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue;

19. Condições estéreis ao cortar o cordão;
20. Prevenir hipotermia do bebê;
21. Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno;
22. Examinar rotineiramente a placenta e as membranas ovulares.

B - Práticas Claramente Prejudiciais ou Ineficazes e que devem ser Eliminadas

1. Uso rotineiro de enema;
2. Uso rotineiro de tricotomia;
3. Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto;
4. Cateterização venosa profilática de rotina;
5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto;
6. Exame retal;
7. Uso de pelvimetria por raios-X;
8. Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos;
9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto;
10. Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto;
11. Massagens e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;
12. Uso de comprimidos orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias;
13. Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto;
14. Lavagem rotineira do útero depois do parto;
15. Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.

C - Práticas em Relação às quais Não Existem Evidências Suficientes para Apoiar uma Recomendação Clara e que devem Ser Utilizadas com Cautela até que Mais Pesquisas Esclareçam a Questão

1. Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervos;
2. Amniotomia precoce de rotina (romper a bolsa d'água) no primeiro estágio do trabalho de parto;
3. Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto;
4. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto;
5. Manipulação ativa do feto no momento de nascimento;
6. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão ou sua combinação durante o terceiro estágio do trabalho de parto;
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical;

8. Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante o terceiro estágio do parto-dequitação.

D - Práticas Frequentemente Utilizadas de Modo Inadequado

1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
2. Controle da dor por agentes sistêmicos;
3. Controle da dor por analgesia peridural
4. Monitoramento eletrônico fetal;
5. Utilização de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao parto;
6. Exames vaginais repetidos e frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços;
7. Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina;
8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;
9. Cateterização da bexiga;
10. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário
11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto;
12. Parto operatório;
13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia;
14. Exploração manual do útero depois do parto.

Classificação de Práticas no Parto Normal, segundo o Ministério da Saúde

(MS, 2001)

A - Práticas que são Demonstradamente Úteis e que Devem ser Estimuladas

1. Planejamento individual determinando onde e por quem o parto será realizado;
2. Avaliação do risco durante o pré-natal, reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto;
3. Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto;
4. Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto;
5. Respeito à escolha da mulher sobre o local do parto;
6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for seguro;
7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
8. Apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
9. Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto;

10. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem;
11. Métodos não-invasivos e não-farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
12. Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal;
13. Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis;
14. Uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta;
15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
16. Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
17. Monitoramento cuidadoso do processo do trabalho do parto, uso do partograma.
18. Administração profilática de ocitocina no terceiro estágios do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto;
19. Condições estéreis ao cortar o cordão. 20. Prevenção da hipotermia do bebê.
21. Prevenção da hemorragia neonatal com o uso da vitamina K;
22. Prevenção da oftalmia gonocócica com o uso de nitrato de parto ou tetraciclina;
23. Contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto;
24. Alojamento conjunto;
25. Suprimir a lactação em mães portadoras de HIV;
26. Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares;
27. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto;

B - Práticas Claramente Prejudiciais ou Ineficazes e que devem ser Eliminadas

1. Uso rotineiro do enema;
2. Uso rotineiro da tricotomia;
3. Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
4. Cateterização venosa profilática de rotina;
5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto;
6. Exame retal;
7. Uso de pelvimetria por raios X;
8. Administração de ocitócicos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos;
9. Uso rotineiro da posição de litotomia;
10. Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto;
11. Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;
12. Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia;
13. Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho
14. de parto. 15. Lavagem uterina rotineira após o parto;
16. Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto;
17. Uso liberal ou rotineiro da episiotomia;
18. Toques vaginais frequentes e por mais de um examinador;
19. Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo;

20. Prática liberal de cesariana;
21. Aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais;
22. Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento;

C - Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão

1. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, ervas, imersão em água e estimulação de nervos;
2. Pressão no fundo uterino durante o período expulsivo;
3. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e do pólo cefálico no momento do parto;
4. Manipulação ativa do feto no momento do parto;
5. Clampeamento precoce do cordão umbilical;
6. Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto.

D - Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inapropriado

1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
2. Controle da dor por agentes sistêmicos;
3. Controle da dor por analgesia peridural;
4. Monitoramento eletrônico fetal;
5. Uso de máscara e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto;
6. Exames vaginais repetido ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço;
7. Correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina;
8. Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto;
9. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;
10. Caracterização da bexiga;
11. Estimulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa, antes que a própria mulher sinta o puxo;
12. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
13. Parto operatório;
14. Exploração manual do útero após o parto.

8.2. ANEXO 2 - Aprovação ética do inquérito NNB

	Ministério da Saúde	
	FIOCRUZ	
	Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca Comitê de Ética em Pesquisa	

Rio de Janeiro, 10 de junho de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 92/10
CAAE: 0096.0.031.000-10

Título do Projeto: “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento (título inicial: Inquérito epidemiológico sobre as consequências da cesariana desnecessária no Brasil)”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Maria do Carmo Leal

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 26 / 04 / 2010

Data de apreciação: 11 / 05 / 2010

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

PROF. SERGIO REGO
Coordenador do Comitê de
Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

8.3. ANEXO 3 - Aprovação ética do projeto de pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Presença do acompanhante nos diferentes momentos da assistência ao parto: um estudo sobre a coorte de jovens na pesquisa Nascer no Brasil

Pesquisador: Raquel de Jesus Siqueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54847316.5.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.548.788

Apresentação do Projeto:

Trata de estudo a partir do banco de dados da pesquisa Nascer no Brasil, que foi aprovada em diversos Comitês de Ética.

O recorte da presente investigação são as mulheres entre 12 e 24 anos.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a influência da presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto nos desfechos obstétricos de mulheres jovens entrevistadas na pesquisa Nascer no Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

NSA. Trata-se de pesquisa com banco de dados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem elaborado, certamente contribuirá para a produção de conhecimento na área para a formulação de políticas públicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado o Termo da Pesquisa Nascer no Brasil, mas não havia necessidade.

Recomendações:

Nenhuma

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3081-7779

Fax: (11)3081-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

**FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO**

Continuação do Parecer: 1.548.788

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_634590.pdf	04/04/2016 16:42:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/03/2016 21:19:45	Raquel de Jesus Siqueira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	10/03/2016 19:28:22	Raquel de Jesus Siqueira	Aceito
Folha de Rosto	carta.pdf	10/03/2016 19:23:14	Raquel de Jesus Siqueira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 17 de Maio de 2016

Assinado por:
Maria Regina Alves Cardoso
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

8.4. ANEXO 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido do NNB

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 ensino e pesquisa do país.

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 a assistência prestada desde o pré-natal até o presente momento. Além disso, pedimos seu consentimento para consultar algumas informações nos prontuários e fotografar o cartão da gestante, caso o tenha. A 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 sobre a sua saúde e a do seu bebê ou poderemos 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*)

☐ 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 em caso de puérpera internada em UTI após consentimento do familiar (*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” se não aceitar agradeça a atenção e informe a recusa no netbook*)

Assinatura da Puérpera _____

Assinatura do entrevistador: _____

Nome e telefone do coordenador estadual: Dra Camilla Alexandra Schneck 11 30617984

Coordenação Geral: Dra Maria do Carmo Leal

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

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, sala 808 - Rio de Janeiro. Tel: (21) 2598-2621.

Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210.

Telefax - (21) 2598-2863 - e-mail: 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.

9. APÊNDICES

9.1. APÊNDICE 1 - Solicitação do banco de dados do inquérito NNB

Projeto de pesquisa: **“Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”**

Coordenação geral: Maria do Carmo Leal

Formulário de solicitação de banco de dados

<i>Solicitantes:</i> Profa. Dra. Cristiane da Silva Cabral e Raquel de Jesus Siqueira (mestranda pelo programa de Saúde Pública da FSP/USP).
<i>Data da solicitação:</i> 12/11/15 (1ª. solicitação).
<i>Título da dissertação (provisório):</i> “ <i>Presença do acompanhante nos diferentes momentos da assistência ao parto: um estudo transversal sobre a coorte de jovens da pesquisa Nascer no Brasil</i> ”
<i>Objetivo:</i> Descrever e comparar as práticas de assistência ao parto associadas a presença do acompanhante, na região Sudeste, entre mulheres jovens assistidas no Sistema Único de Saúde e no setor de saúde suplementar.
<i>Variáveis a serem utilizadas (códigos como constam no questionário iniciando com o(s) desfecho(s):</i> em anexo (Anexo 1 - Variáveis solicitadas).
<i>Breve descrição do plano de análise:</i> Trata-se de um estudo transversal a ser conduzido com os dados referentes à região Sudeste, entre os anos de 2011 e 2012, que constituíram os resultados do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento (Nascer no Brasil). Serão estimadas a incidência (prevalência) e os respectivos intervalos de confiança para as variáveis desfechos (práticas assistenciais e/ou tecnologias utilizadas na assistência ao parto). Mulheres com até os 24 anos serão incluídas no estudo. A associação entre essas variáveis e a variável independente (presença do acompanhante), além de outras variáveis (características: demográficas e socioeconômicas; clínico-obstétricas; trabalho de parto e parto; sobre o suporte contínuo) serão investigada por meio de análises bivariadas e modelos de regressão logística múltipla. Os testes estatísticos serão aplicados de acordo com a distribuição dos dados e homogeneidade das variâncias dos grupos a serem comparados. Em todas as análises será levado em conta o delineamento complexo de amostragem.
<i>Autor principal e possíveis co-autores:</i> Raquel de Jesus Siqueira, Cristiane da Silva Cabral, Carmen Simone Grilo Diniz e Maria do Carmo Leal.
<i>Opções de periódico(s)(em ordem de prioridade):</i> BJOG: An International Journal of Obstetrics and

Gynaecology, Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública, BMC Pregnancy & Childbirth, Plos One.

Prazo previsto para submissão - quando conveniente: entre dezembro/2016 e março/2017.

TODOS OS ARTIGOS ORIGINÁRIOS DO INQUÉRITO DEVEM INSERIR NOS AGRADECIMENTOS (outros, específicos, devem ser inseridos caso a caso como bolsas etc)

Financiamento

Este artigo é originário do Projeto Nascer no Brasil Inquérito Epidemiológico sobre parto e nascimento. Este estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo número edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTID/DECIT nº 057/2009 e desenvolvido no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Anexo I

Intervenções (práticas) e resultados materno e perinatais	Nº no banco	Quest.	Questão	Pergunta	Variável e respectivas categorias propostas
Dieta e líquidos		Prontuário	97	Prescrição de dieta no trabalho de parto	Oferta de líquidos e dieta: Não ou Sim
		Puérpera	137	Foram oferecidos líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o trabalho de parto?	
		Puérpera	138	Você solicitou algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto?	
		Puérpera	139	Seu pedido foi atendido?	
Deambulação		Prontuário	98	Prescrição de repouso no leito de trabalho de parto	Movimentação livre Não ou Sim
		Puérpera	147	Você pode ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto?	
Acesso Venoso		Prontuário	100	Colocação de acesso venoso no trabalho de parto	Punção venosa Não ou Sim
		Puérpera	140	Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado soro na veia?	
Ocitocina		Prontuário	110	Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto	Uso de Ocitocina Não ou Sim
		Puérpera	141	Foi posto no soro um medicamento para aumentar as contrações (ocitocina)?	
		Puérpera	142	Depois que colocaram a medicação no soro as contrações (dores) aumentaram?	
Misoprostol		Puérpera	143	Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado algum remédio em sua vagina para induzir /acelerar o parto?	Uso de Misoprostal Não ou Sim
		Puérpera	144	Depois que colocaram o remédio, as contrações (dores) aumentaram?	
		Prontuário	95	Medicação/método para indução do parto	

Amniotomia		Prontuário	126	Ruptura de membranas durante o trabalho de parto/parto	Amniotomia Não ou Sim
		Puérpera	145	Romperam a bolsa depois que você chegou aqui no hospital?	
Tricotomia		Prontuário	102	Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade	Tricotomia Não ou Sim
Enteróclise/enema		Prontuário	103	Enteróclise/enema (lavagem intestinal) antes do parto	Enteróclise Não ou Sim
Toque vaginal		Prontuário	108	Registro do número de toques no partograma	Toque vaginal Nº da quantidade
		Prontuário	109	Quantos?	
		Puérpera	133	Fizeram exame de toque vaginal quando você foi internada?	
Métodos não farmacológicos para alívio da dor		Prontuário	117 a 124	Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor	Métodos não farmacológicos Não ou Sim Qual?
		Puérpera	148 e 149	Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto?	
Tipo de parto		Prontuário	133	Tipo de parto	Via de parto Vaginal (normal) Cesárea Fórceps
		Prontuário	134	Uso de fórceps/vácuo extrator	
		Puérpera	172	Qual tipo de parto que você teve?	
Posição do parto		Prontuário	136	Posição da mulher no parto	Posição do parto Litotômica Sentada Lateralizada Verticalizada (cócoras e de pé) Quatro apoios Na banheira
		Puérpera	176	Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê?	
Episiotomia		Prontuário	139	Realização de episiotomia	Episiotomia Não ou Sim
		Puérpera	178	Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto?	
Manobra Kristeller		Prontuário	142	Realização de manobra de Kristeller	Kristeller Não ou Sim
		Puérpera	177	Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê (manobra de Kristeller)?	
Anestesia		Prontuário	116	Prescrição de analgésicos durante o trabalho de parto	Uso de analgesia Não ou Sim
		Prontuário	125	Utilização de analgesia durante o trabalho de parto	
		Prontuário	145	Utilização de anestesia	

		Puérpera	179	Foi feita anestesia no local antes do corte ou antes dos pontos?	
		Puérpera	180	Foi aplicada anestesia nas costas em algum momento do trabalho de parto ou parto?	
Sutural perineal/episiorrafia		Prontuário	141	Registro de sutura/perineal ou episiorrafia ou cicatriz e episiotomia	Sutura perineal Não ou sim
		Puérpera	178	Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto?	
Partograma		Prontuário	105	Presença de partograma no prontuário	Partograma Não ou Sim
		Prontuário	106	Registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma	
Monitorização fetal		Prontuário	80	Batimento cardíaco fetal (BCF) na admissão (ou primeiro exame)	Monitorização fetal Não ou Sim
		Prontuário	81	Qual frequência?	
		Prontuário	82	Realizada cardiotocografia (CTG)	
		Puérpera	135	Ouviram o coração do bebê na hora da admissão?	
		Puérpera	150	Depois que você chegou nesta maternidade, fizeram um exame chamado de cardiotocografia (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)?	
Contato precoce entre mãe e recém-nascido na sala de parto		Puérpera	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	Contato pele a pele Não ou Sim
Aleitamento materno na primeira hora após o parto		Puérpera	207	Você já ofereceu o peito para seu filho?	Aleitamento materno precoce (1ª hora pós parto)
		Puérpera	208	Depois do nascimento, você deu o peito na sala de parto?	Não ou Sim
		Puérpera	209	Quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez?	
Manobras de reanimação do recém-nascido na sala de parto		Prontuário	211 a 218	Manobras de reanimação na sala de parto	Uso de manobras de reanimação Não ou Sim
Outros procedimentos realizados na primeira hora após o nascimento		Prontuário	219 a 226	Outros procedimentos realizados na primeira hora após o nascimento	Outros procedimentos Não ou Sim
Internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva		Prontuário	233	Indicação em UTI neonatal	Internação do RN na UTI Não ou Sim
		Prontuário	234	Internação em UTI neonatal	
		Puérpera	222	O bebê veio para o quarto/enfermaria junto com você?	
		Puérpera	223	Porque?	
Trabalho de parto		Prontuário	94	Trabalho de parto	Trabalho de parto Não ou Sim
		Puérpera	136	Você entrou em trabalho de parto?	

Duração do período expulsivo		Prontuário	138	Duração do período expulsivo registrado no prontuário	Duração expulsivo Nº em hora/minutos
Laceração vaginal/perineal		Prontuário	140	Ocorrência de laceração vaginal/perineal	Laceração Não ou 1º/2º/3º/4º grau
		Puérpera	178	Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto?	
Apgar		Prontuário	209 e 210	Apgar no 1º minuto / Apgar no 5º minuto	Apgar 0 a 3 4 a 6 7 8 a 10
Peso do recém-nascido		Prontuário	187	Peso ao nascer (em gramas)	Peso RN <2500Kg >2500Kg
Complicações no parto ou pós-parto imediato		Prontuário	143 e 144	Alguma complicação no parto e/ou pós-parto imediato	Complicações no parto ou pós-parto imediato Não ou Sim
Profissional que acompanhou o trabalho de parto		Prontuário	104	Profissional que acompanhou o trabalho de parto	Profissional que assistiu o TP Médico Enfermeiro obstetra/obstetriz Enfermeiro Parteira Auxiliar/técnico Estudante
Profissional que assistiu o parto		Prontuário	135	Qual profissional assistiu o parto	Profissional que assistiu o parto Médico Enfermeiro obstetra/obstetriz Enfermeiro Parteira Auxiliar/técnico Estudante
		Puérpera	173	Quem fez seu parto?	

Variáveis sobre o suporte contínuo no trabalho de parto e parto (acompanhante no parto)

Variáveis sobre acompanhamento no parto	Nº banco	Quest	Questão	Pergunta	Variável e respectivas categorias propostas
Presença do acompanhante		Puérpera	151	Você teve acompanhante durante sua internação?	Presença do acompanhante Não Sim
		Prontuário	96	O acompanhante estava presente	Não Sim Sem informação

<p>Motivo do impedimento da presença do acompanhante</p>		<p>Puérpera</p>	<p>152 e 153</p>	<p>Se não, por quê?</p>	<p>Motivo do impedimento da presença do acompanhante</p> <p>A maternidade não permitia qualquer acompanhante</p> <p>Não permitia homens</p> <p>Só permitia para adolescente</p> <p>Só permitia acompanhante maior de idade</p> <p>Eu não sabia que podia</p> <p>Eu não queria</p> <p>Não tinha quem ficasse comigo</p> <p>Tinha que pagar para ficar com acompanhante</p> <p>Só podia acompanhante na sala de parto</p> <p>Outros</p> <p>Não soube informar</p>
		<p>Puérpera</p>	<p>154 a 159</p>	<p>Seu acompanhante ficou com você?</p>	<p>Qual?</p> <p>Momentos do acompanhamento</p> <p>Durante o atendimento na admissão?</p> <p>Não</p> <p>Sim</p> <p>Momentos do acompanhamento</p> <p>Todo o tempo do trabalho de parto (antes de nascer) no hospital?</p> <p>Não</p> <p>Sim</p> <p>Momentos do acompanhamento</p> <p>Durante o parto (na hora de nascer mesmo)?</p> <p>Não ou Sim</p> <p>Momentos do acompanhamento</p> <p>No pós-parto imediato (no centro obstétrico/recuperação)?</p> <p>Não ou Sim</p> <p>Momentos do acompanhamento</p> <p>Durante a internação após o parto (ficou junto no quarto/enfermaria)?</p> <p>Não ou Sim</p>

Tipo do acompanhamento		-	-	Tipo do acompanhamento	Tipo do acompanhamento Ausente Parcialmente Presente (todos os momentos)
Tipo de acompanhante		Puérpera	160 e 161	Quem foi seu acompanhante?	Tipo de acompanhante Companheiro ou pai da criança Amiga Mãe Irmã Doula Outra pessoa Não soube informar Quem?
Acompanhante escolhido		Puérpera	162	Esse acompanhante era a pessoa que você havia escolhido para ficar com você?	Acompanhante escolhido Não ou Sim
Experiência de ter acompanhante no trabalho de parto e parto		Puérpera	163	Como foi a experiência de ter um acompanhante no trabalho de parto aqui no hospital?	Experiência de ter acompanhante no trabalho de parto e parto 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 soube informar

Variáveis de caracterização da população: socioeconômicas e demográficas, clínico-obstétricas, sobre desfechos maternos e neonatais e estrutura física das maternidades.

Variáveis de caracterização da população	Nº banco	Quest.	Questão	Pergunta	Variável e respectivas categorias propostas
Idade da mãe		Puérpera	17	Qual sua idade?	Idade <12 anos 12-18 anos 19-24 anos
Cor/etnia		Puérpera	18	A sua cor da pele é?	Cor/etnia Branca Preta Parda/morena/mulata Amarela/oriental indígena
			19	Entrevistador: Sob seu ponto de vista qual a cor da pele, raça ou etnia da puérpera?	

Escolaridade		-	Escolaridad e final	Escolaridade	Escolaridade materna Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo Ensino médio completo Ensino superior completo e mais
Situação conjugal		-	Sit conj	Situação conjugal	Situação conjugal Sem companheiro Com companheiro
Escore ABIPEME		-	Escore abipeme	Escore ABIPEME	Classe econômica (renda) Classe D+E Classe C Classe A+B
Serviço de saúde utilizado		-	Serviço	Tipo de serviço utilizado no parto	Serviço para o parto SUS Misto Privado
Tipo de financiamento do Parto		Puérpera	386	A assistência à gravidez/parto foi coberta pelo plano de saúde?	Financiamento do parto SUS Privado
Local do parto		-	Local do parto	Região de residência	Local do parto Capital Interior
Paridade		-	Paridade	Nº de gestações anteriores	Paridade Nenhuma 1 2 3 ou mais
Aborto		-	Aborto	Nº de abortos anteriores	Aborto Nenhum 1 ou 2 3 ou mais
Via de parto anterior		Puérpera	Tipo de parto anterior 35 e 36	Via de parto anterior	Via de parto anterior Normal/ Fórceps Cesárea
Tipo de parto		-	Tipo de Parto + Tipo de parto especifican do as cesarianas	Tipo de parto	Tipo de parto Vaginal Fórceps/vácuo extrator Cesariana sem trabalho de parto Cesariana com trabalho de parto
Indicação de cesariana		Prontuário	91	Houve indicação de parto cesáreo no momento da admissão/internação	Indicação de cesariana Não ou sim Qual? Qual?
			147 a 155	Indicação de cesariana	
			200 a 208	Indicação de cesariana (folha RN)	

Momento de decisão da cesariana		Puérpera	185	Em que momento foi decidido que seu parto seria cesariana?	Momento de decisão da cesariana No pré-natal Durante internação como gestante Na admissão No pré-parto Já na sala de parto Não soube informar
			186 e 187	Qual foi a razão da cesariana?	Qual?
Tipo de gestação		Prontuário e Puérpera	5	Tipo de gestação	Tipo de gestação Única Múltipla
Satisfação pela Gravidez		Puérpera	57	Satisfação pela Gravidez	Satisfação pela Gravidez Satisfeita Mais ou menos Insatisfeita Não soube informar
Início do Pré-natal		Puérpera	65	Com quantas semanas ou meses de gravidez você começou o pré-natal?	Início precoce do PN Sim (até 16 semanas) Não (> 16 semanas)
Desejo de engravidar		Puérpera	56	Quando você ficou grávida você:	Desejo pela gravidez Queria naquele momento Não queria naquele momento Não queria Não soube informar
Satisfação com a gravidez		Puérpera	57	Como você se sentiu quando soube que estava grávida	Satisfação com a gravidez Satisfeita Mais ou menos satisfeita Insatisfeita Não soube informar
Tentativa de interrupção da gravidez		Puérpera	58	Você tentou interromper esta gravidez usando alguma medicação ou algum método?	Tentativa de interrupção da gravidez Não ou Sim
Setor que foi encaminhada na admissão		Prontuário	12	Setor para onde foi encaminhada no momento da admissão/internação:	Setor que foi encaminhada na admissão Pré-parto PPP Sala de parto CO UTI Sem informação
Adequação Pré-natal			Adequação pn Brasil	Nº de consultas no pré-natal	Adequação Pré-natal 0 – não fez pré-natal 1-3 consultas 4-5 consultas 6 ou mais consultas
Adequação Pré-natal			Adequação pn Brasil 2	Adequação do pré-natal	Adequação Pré-natal Inadequado Parcialmente adequado Adequado Mais que adequado
Gestação de risco		Puérpera	107	Foi considerada gestante de risco?	Gestação de risco Não Sim

Idade gestacional no parto		-	Ig nasc final 5cat	Idade gestacional no parto	Idade gestacional no parto 18-33 ⁶ / ₇ 34-36 ⁶ / ₇ 37-38 ⁶ / ₇ 39-41 ⁶ / ₇ ≥42 Sem informação
Ruptura de bolsa		Prontuário	126	Rupturas das membranas (bolsas) no trabalho de parto e parto	Ruptura de bolsa Não, ruptura antes da internação Sim, ruptura espontânea Sim, ruptura artificial (feitas pelos profissionais) Sim, sem informação do tipo de ruptura
Dilatação do colo uterino		Prontuário	106	Dilatação do colo uterino	Dilatação do colo uterino No início do partograma: não ou sim Quantos centímetros? No momento da ruptura de membranas no partograma/prontuário
			107		
			128		
Dilatação colo uterino na hora da internação		Puérpera	134	Dilatação colo uterino na hora da internação	Dilatação colo uterino na hora da internação Nº em cm Não tinha dilatação
Características do líquido amniótico		Prontuário	77	Perda líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes da internação	Características do líquido amniótico Não Sim, LCSG Sim, LCCG Sim, líquido com mecônio Sim, líquido sanguinolento Sim, líquido purulento/fétido Sim, sem especificação
Intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação		Prontuário	36 a 59	Intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação	Intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação Não ou sim
Intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação		Puérpera	84 a 106	Intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação	Intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação Não ou sim
Motivo da internação		Prontuário	87	Motivo da internação	Motivo da internação Internação por trabalho de parto Internação para indução do trabalho de parto Internação para cesárea eletiva sem trabalho de parto Internação como gestante, por complicação clínico-obstétrica Outro
Diagnóstico da internação		Prontuário	88 a 90	Diagnóstico da internação	Diagnóstico da internação Qual?
Certificação do Serviço		Estrutura	31	O serviço possui alguma das seguintes certificações?	Certificação do Serviço Não Hospital Amigo da Criança Prêmio Galba de Araújo
		Estrutura	84	É permitida a presença de	Permitida presença do

Permitida presença do acompanhante				acompanhante de livre escolha da mulher durante:	acompanhante Não Sim, para todas as mulheres Sim, mas apenas para situações especiais Momentos permitidos Admissão TP Parto PP imediato Puerpério (enfermaria ou quarto)
Privacidade		Estrutura	85	Como é a privacidade no atendimento da gestante/puérpera/parturiente?	Privacidade Inexistente Completa (sala individual com porta) Parcial (box, cortinas, biombo, etc) Setor com privacidade Admissão Pré-parto PPP Parto PP
Poltrona para acompanhante		Estrutura	89	Possui poltrona ou cadeira para acompanhante da parturiente?	Poltrona para acompanhante Não Sim, para alguns leitos Sim, para todos os leitos

9.2. APÊNDICE 2 - Termo de compromisso para uso de dados do NNB

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS DA PESQUISA NASCER NO BRASIL

Título do artigo/pesquisa: Assistência ao parto e presença do acompanhante: um estudo sobre as jovens do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento – “Nascer no Brasil”

Pesquisadores envolvidos: Raquel de Jesus Siqueira; Cristiane da Silva Cabral.

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

1. Preservar a privacidade dos pacientes de quem os dados foram coletados;
2. Utilizar as informações do banco de dados cedido exclusivamente para a execução do artigo em questão;
3. Comprometer-se que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
4. Manter a necessária cautela com os dados dos sistemas informatizados, quando da exibição de dados em tela, impressora ou na gravação em meios eletrônicos, a fim de evitar que deles venham a tomar ciência pessoas não autorizadas;
5. Repassar os comandos de construção de variáveis utilizadas, bem como informar quaisquer alterações no padrão das mesmas para a equipe central da pesquisa;
6. Citar o nome completo do projeto “Inquérito Nacional sobre cesáreas desnecessárias” e, na metodologia do artigo em questão, referir o artigo publicado sobre o protocolo do estudo;
7. Citar sempre como fontes de financiamento ou apoio financeiro o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ);

São Paulo, 10 de Março de 2016.

Assinatura dos pesquisadores acima citados:

Raquel de Jesus Siqueira

Cristiane S. Cabral

9.3. APÊNDICE 3 - Currículo lattes resumido da aluna

11/12/2016

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Raquel de Jesus Siqueira)

[Dados gerais](#) [Formação](#) [Atuação](#) [Projetos](#) [Produções](#) [Bibliografia](#) [Outros](#) [+](#)

Raquel de Jesus Siqueira

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/03602557567075>

Última atualização do currículo em 19/08/2016

Obstetriz graduada pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo. Coordenadora da Comissão Permanente de História e Legislação da Associação de Alunos e Egressos do Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo (AO-USP). Realizou Aperfeiçoamento Profissional em Saúde Coletiva da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. As áreas de interesse e pesquisas são, principalmente, nos seguintes temas: assistência no ciclo-gravídico-puerperal, promoção de saúde, saúde da mulher, do adolescente, saúde materno-infantil, saúde pública e educação em saúde. Atuou como facilitadora para pais grávidos em cursos e workshop sobre preparação ao parto, pós-parto, cuidados com bebê e sexualidade. Desenvolveu atividades com grupos de mulheres em espaços onde são discutido e vivenciado experiências sobre o universo da gestação, parto, maternidade, paternidade, sexualidade e cuidados com os filhos. Participou do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento: Nascer no Brasil, o estudo Geni: Gênero e Sexualidade em mulheres que vivem com HIV no município de São Paulo e o estudo Erica: Inquérito Nacional sobre os Riscos Cardiovasculares em Adolescentes. Atualmente faz mestrado no programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo- FSP/USP, departamento materno-infantil. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome

Raquel de Jesus Siqueira

Nome em citações bibliográficas

SIQUEIRA, R. J.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2015

Mestrado em andamento em Mestrado em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública - USP, FSP, Brasil.

Título: Presença do Acompanhante nos diferentes momentos da assistência ao parto: um estudo transversal sobre a corte de jovens da pesquisa Nascer no Brasil, Orientador: Profª Drª Cristiane de Silva Cabral.

Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.

2008 - 2012

Graduação em Obstetrícia.

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.

Formação Complementar

2014 - 2015

Aperfeiçoamento Profissional em Saúde Coletiva. (Carga horária: 120h).
Instituto de Saúde de Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, IS, Brasil.

2014 - 2014

Contribuições da geografia para o Sistema Único de Saúde (SUS). (Carga horária: 20h).
Instituto de Saúde de Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, IS, Brasil.

2013 - 2013

Extensão universitária em Treinamento do Estudo de Riscos Cardio em Adolesc. (Carga horária: 32h).
Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Brasil.

2013 - 2013

Extensão universitária em Treinamento Políticas e decisões, relativas à saúde. (Carga horária: 70h).
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.

2012 - 2012

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizaov.do?id=K4441669J9>

9.4. APÊNDICE 4 - Currículo lattes resumido da orientadora

11/12/2016

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Cristiane da Silva Cabral)

English

[Dados gerais](#)
[Formação](#)
[Atuação](#)
[Projetos](#)
[Produções](#)
[Inovação](#)
[Educação e População de C & T](#)
[Bancos](#)
[Orientações](#)
[Bancos](#)

Cristiane da Silva Cabral

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/300074903037>

Última atualização do currículo em 25/10/2016

Professora do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP-USP). Possui bacharelado em Psicologia, formação de Psicólogo e residência em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Saúde Coletiva (área de concentração em Ciências Humanas e Saúde) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Fez estágio doutoral no INED (Institut National d'Études Démographiques) - França. Tem pós-doutorado pelo Núcleo de Estudos de População (NEPO) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). É colaboradora em grupos de pesquisa específicos de algumas instituições: Núcleo de Estudos de População da UNICAMP (NEPO/UNICAMP); Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos e do Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde do Instituto de Medicina Social da UERJ; Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ); Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz (IFF/FIOCRUZ). Tem dedicado seus estudos a temáticas relativas a juventude, relações de gênero, família, contracepção, sexualidade e reprodução sob a perspectiva que integra as metodologias qualitativa e quantitativa de pesquisa. *(Texto informado pelo autor)*

Identificação

Nomes

Cristiane da Silva Cabral

Nomes em citações bibliográficas

CABRAL, C. S.; CABRAL, CRISTIANE DA SILVA; CABRAL, CÉLIA SILVA CABRAL, CRISTIANE; CABRAL, CRISTIANE S.

Endereço

Endereço Profissional

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública.
Av. Dr. Arnaldo, 715, 2 andar
Cinqüenta Cédula
01246504 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617129
URL da Homepage: <http://www.fsp.usp.br>

Formação acadêmica/titulação

2007 - 2011

Doutorado em Saúde Coletiva.
Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, IMIS/UERJ, Brasil.
com período sandaliche em Institut National d'Études Démographiques (Orientador: Michel Baron).
Título: Políticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade: agência individual, contextos relacionais e gênero. Ano de obtenção: 2011.
Orientador: Maria Luiza Heilborn.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
Palavras-chave: sexualidade; juventude; gênero; contracepção.
Grande área: Ciências da Saúde

1999 - 2002

Mestrado em Saúde Coletiva.
Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, IMIS/UERJ, Brasil.
Título: Vivências da gravidez na adolescência entre jovens das camadas populares do Rio de Janeiro. Ano de Obtenção: 2002.
Orientador: Maria Luiza Heilborn.
Palavras-chave: gênero; gravidez na adolescência; sexualidade; masculinidade; paternidade; família em camadas populares.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências Humanas / Área: Antropologia / Subárea: Antropologia Urbana / Especialidade: Família em Camadas Populares.
Setores de atividade: Saúde Humana.

1997 - 1999

Especialização em Saúde Coletiva - modalidade residência. (Carga Horária: 4000h).
Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Brasil.
Título: Perfil Epidemiológico da Aids na Xuxa, RA - município do Rio de Janeiro.
Orientador: Antonio José Luiz Costa e Regina Sanches Barbosa.
Bolsista do(a): Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Brasil.

1991 - 1996

Graduação em Bacharel em Psicologia e Formação de Psicólogo.
Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Brasil.
Título: Mulheres entre a maternidade e a Aids.
Orientador: Neide Pereira Nogueira.
Bolsista do(a): CNPq, CNPQ, Brasil.

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizaov.do?iId=K4763256P2>