

Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nacer no Brasil

Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the *Birth in Brazil* national survey

Implementación de la presencia de acompañantes durante el internamiento para el parto: datos de la encuesta nacional Nacer en Brasil

¹ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

³ Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, Brasil.

⁵ Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

⁶ Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

⁷ Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Brasil.

⁸ Pró-Reitoria de Ensino e Graduação, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Brasil.

⁹ Plymouth University Peninsula Schools of Medicine and Dentistry, Plymouth, U.K.

¹⁰ Division of Women's Health, King's College London, London, U.K.

Correspondência

C. S. G. Diniz
Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Av. Dr. Arnaldo 455, 2º andar, São Paulo, SP 01246-904, Brasil.
sidinizg@gmail.com

Carmen Simone Grilo Diniz ¹

Eleonora d'Orsi ²

Rosa Maria Soares Madeira Domingues ³

Jacqueline Alves Torres ⁴

Marcos Augusto Bastos Dias ⁵

Camilla A. Schneck ⁶

Sônia Lansky ⁷

Neuma Zamariano Fanaia Teixeira ⁸

Susanna Rance ⁹

Jane Sandall ¹⁰

Abstract

Robust evidence of the benefits of continuous support during childbirth led to the recommendation that it should be offered for all women. In Brazil, it has been guaranteed by law since 2005, but scarce data on implementation is available. We aimed to estimate the frequency and associated socio-demographic, obstetric and institutional predictors of women having companionship during childbirth in the Birth in Brazil survey. Descriptive statistical analysis was done for the characterization of companions (at different moments of hospital stay), maternal and institutional factors; associations were investigated in bivariate and multivariate models. We found that 24.5% of women had no companion at all, 18.8% had continuous companionship and 56.7% had partial companionship. Independent predictors of having no or partial companionship at birth were: lower income and education, brown color of skin, using the public sector, multiparity, and vaginal delivery. Implementation of companionship was associated with having an appropriate environment, and clear institutional rules about women's rights to companionship.

Medical Chaperones; Midwifery; Maternal and Child Health; Parturition

Resumo

As evidências sobre os benefícios do apoio contínuo durante o parto levou à recomendação de que este apoio deve ser oferecido a todas as mulheres. No Brasil, ele é garantido por lei desde 2005, mas os dados sobre a sua implementação são escassos. Nosso objetivo foi estimar a frequência e fatores sociodemográficos, obstétricos e institucionais associados à presença de acompanhantes durante o parto na pesquisa Nacer no Brasil. Foi feita análise estatística descritiva para a caracterização dos acompanhantes (em diferentes momentos do tempo da internação), fatores maternos e institucionais; as associações foram investigadas em modelos bi e multivariada. Vimos que 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante algum, 18,8% tinham companhia contínua, 56,7% tiveram acompanhamento parcial. Preditores independentes de não ter algum, ou parcial, foram: menor renda e escolaridade, cor parda da pele, usar o setor público, multiparidade e parto vaginal. A implementação do acompanhante foi associada com ambiente adequada e regras institucionais claras sobre os direitos das mulheres ao acompanhante.

Acompanhantes de Pacientes; Tocologia; Saúde Materno-Infantil; Parto

Introdução

Existem poucas experiências humanas comparáveis com o parto e o nascimento, em termos de intensidade física, psicológica e social, ou que sejam ao mesmo tempo tão desafiadoras e transformadoras^{1,2}. Muito além de seus aspectos fisiológicos, o parto é um evento histórico e socialmente construído, de ampla variabilidade cultural e geográfica³.

O cuidado que uma mulher recebe durante o parto, assim como a qualidade da experiência para ela, são marcadores da posição que a mulher e o bebê ocupam nestas hierarquias sociais, incluindo dimensões como classe social, raça/etnia, estado de saúde, estado civil, capacidade física, respeitabilidade sexual e outros⁴.

A assistência durante o parto depende também da disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde, do acesso das mulheres à informação e a redes de apoio⁵, de que tipos de profissionais de saúde predominam no mercado⁶, e também do entendimento por parte dos serviços do que seria a assistência adequada para aquela população específica de mulheres que atendem^{3,4}. Em muitos países, a influência religiosa sobre a assistência à saúde e a noção de que o sofrimento no parto é um castigo que a mulher deve suportar por ter tido relações sexuais, contribuem para uma cultura de negligência dos direitos e do bem-estar maternos, para o uso liberal de intervenções invasivas, para a ausência de privacidade e de medidas de conforto durante o trabalho e parto^{4,7} e, não raro, para a hostilidade e abusos explícitos, especialmente para as mulheres situadas na parte inferior das hierarquias sociais^{4,7,8,9,10}.

O modo como a assistência é organizada, em termos de tipo de parto, pode ser influenciado ainda pelas crenças de gênero dos profissionais sobre o que se espera das mulheres na hora do parto. Essas crenças podem contribuir para o crescente número de cesarianas, especialmente com a associação de parto vaginal com o comportamento “não-feminino”, como a perda de controle, incontinência de secreções, indecência, indignidade e vulgaridade¹¹; e também com a crença de que o parto vaginal implica uma deformação genital, estando em conflito com a função adequada da vagina, que seria o fornecimento do prazer heterossexual^{11,12}. Essas crenças negativas contribuem para a ideia de que o parto é um evento repulsivo e constrangedor, que não deveria ser testemunhado por outra pessoa que não aqueles estritamente necessários no momento^{7,12}.

Quando o parto hospitalar foi estabelecido como a regra pelos programas de saúde em me-

dos do Século 20 nos países industrializados, pela primeira vez na história, a maioria das mulheres começou a parir sem a presença de qualquer pessoa que lhe fosse familiar^{2,7}. Essa tem sido a situação em muitos países nas últimas décadas, uma vez que a presença de familiares era geralmente proibida no parto institucionalizado¹³. No Brasil, essa foi também a regra, e fez parte da formação médica e de enfermagem. Em seu influente livro, Jorge de Rezende¹⁴ (p. 233) recomenda: “Os familiares nervosos e as pessoas que, em grande número, vão às Maternidades como acompanhantes, devem ser afastados”.

Os profissionais de saúde tendem a subestimar a importância da experiência do parto e se concentram principalmente nos seus resultados, como morbidade e mortalidade. Mas mesmo para mulheres saudáveis dando à luz bebês saudáveis, a experiência do parto é poderosa e duradoura, com consequências para sua saúde física e mental, autoimagem, relacionamento com o bebê, com o companheiro(a) e com a família^{1,2,5,15}. Embora algumas mulheres relatem a experiência do parto e nascimento como um evento empoderador^{2,16}, de êxtase ou até mesmo orgástico, para a maioria das mulheres a experiência do parto pode ser dolorosa e muito estressante. As causas de estresse e ansiedade incluem: a falta de familiaridade com os profissionais de saúde, com o ambiente hospitalar e suas rotinas, a dor e o desconforto (do próprio nascimento ou das intervenções), a preocupação e a incerteza sobre o que está acontecendo, as dificuldades de comunicação, a falta de empatia, o tratamento hostil, e a solidão^{2,10,15}.

Na década de 1990, como resultado do ativismo das mulheres e da emergência da medicina baseada em evidências, um movimento mundial começou a documentar os benefícios emocionais e de saúde e alta satisfação materna, com a presença e apoio contínuo durante o parto. Grupos de pesquisadores e ativistas, em vários países, organizaram ensaios clínicos para randomizar mulheres com e sem acompanhantes. Esses estudos e as revisões sistemáticas decorrentes documentaram os muitos resultados positivos para a saúde materna e neonatal dessa intervenção simples. Isso levou à recomendação internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na década de 1990, 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”¹⁷ (p. 2).

O acompanhamento, por um membro da família ou por uma doula (pessoa treinada para este papel), pode incluir o apoio emocional

(presença contínua, encorajamento), informações sobre o progresso no trabalho e sobre técnicas para lidar com o momento, medidas de conforto (como toque, massagem, banho quente de aspersão ou imersão, ajuda para manter-se hidratada ou ir ao banheiro) e *advocacy* (ajudar a mulher e o(a) companheiro(a) a expressar seus desejos e necessidades para os demais)¹³. As teorias que tentam explicar os efeitos do apoio contínuo sobre os resultados do parto, utilizam a hipótese de que este apoio otimiza a fisiologia do parto e os sentimentos de controle e competência das mulheres, reduzindo a dependência de intervenções médicas. A otimização das relações fetopélvicas pode ser promovida por meio do incentivo à mobilidade da mãe e do uso eficaz da gravidade e do suporte físico para adotar suas posições preferidas, além da recomendação de posições para situações específicas¹³.

A revisão sistemática mais recente sobre o apoio contínuo no parto (2011), mostra que as mulheres que tiveram esta intervenção eram mais propensas a ter parto vaginal espontâneo e menos propensas a utilizar analgesia intraparto ou para relatar insatisfação; o trabalho de parto era mais curto, estas mulheres eram também menos propensas a ter parto por cesariana ou parto vaginal instrumental, ter analgesia regional, ou o bebê ter *score* de Apgar baixo no quinto minuto de vida¹³. Além disso, as análises de subgrupos mostraram que o apoio contínuo foi mais eficaz quando feito por alguém que não fazia parte da equipe do hospital, nem da rede social da mulher, e seus efeitos foram ainda mais intensos em ambientes em que a analgesia peridural não estava rotineiramente disponível¹³. A presença de acompanhante melhora a segurança da mulher no parto, uma vez que parece aumentar a sua capacidade para se expressar, o que pode ser especialmente valioso em casos de complicações graves, ajudando as mulheres a serem ouvidas quando o atendimento de urgência é necessário¹⁸. A presença de acompanhante pode ser considerada um indicador de segurança, de qualidade do atendimento e de respeito pelos direitos das mulheres na assistência¹⁹.

No Brasil, as evidências da primeira revisão sistemática sobre apoio no trabalho (1996) foram usadas para propor as primeiras leis sobre o direito ao acompanhante no nascimento nos anos 1990, como aquelas adotadas em São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina^{20,21,22}. Em 2005, uma lei nacional que é aplicada a todas as mulheres nos serviços públicos e privados (*Lei nº. 11.108*²³) afirmou o direito delas terem um acompanhante de sua escolha durante o pré-natal e todas as fases de internação para o parto, incluindo os períodos do trabalho de parto, parto e pós-parto. Os mo-

vimentos sociais que promovem a humanização do parto e uma maior participação masculina na paternidade, levaram à criação de novas políticas públicas que envolvem os homens, incluindo os programas de pré-natal dos pais e campanhas para promover a sua presença no parto^{24,25}.

Embora o acompanhante no parto seja uma política oficial do Ministério incluída na Rede Cegonha, que é a política pública de saúde para a saúde materna, o ritmo e o contexto da implementação são pouco conhecidos, uma vez que, até recentemente, não existiam dados nacionais sobre a presença de acompanhantes disponíveis. Nossa hipótese é que há um aumento na incorporação da presença de acompanhantes durante a internação, mas que este é desigual e relacionado com a capacidade de pagamento, e que as mulheres que estão na parte inferior da hierarquia social – mais pobres, menos escolarizadas, não-brancas, as que têm parto normal, e em serviços que resistem a implementar a lei – são mais frequentemente privadas dos benefícios da presença de acompanhante durante o parto.

O objetivo deste trabalho foi analisar a implementação da presença de acompanhante durante a hospitalização para o parto e pós-parto, nos hospitais públicos, mistos e privados no Brasil; identificar o tipo de acompanhante e os fatores maternos, institucionais e da ambiência (privacidade, tipo de camas, acomodações), associados com a presença de acompanhantes nestas instituições.

Métodos

A pesquisa nacional *Nascer no Brasil* é um estudo de base hospitalar realizado com puérperas e seus recém-nascidos, conduzido entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012.

A amostra do estudo foi calculada em três etapas. A primeira foi composta por hospitais com 500 ou mais partos/ano e estratificada pelas cinco regiões do país, localização (capital ou interior) e tipo de hospital (público, misto ou privado). A segunda pelos dias (mínimo de sete dias em cada hospital) e a terceira composta pelas puérperas. Em cada um dos 266 hospitais da amostra foram entrevistadas 90 puérperas, totalizando 23.940 participantes. Informações sobre o delineamento da amostra estão detalhadas em Vasconcellos et al.²⁶.

Na primeira fase do estudo foram realizadas entrevistas com as puérperas durante o período de internação hospitalar e extraídos dados dos prontuários médicos da mãe e do recém-nascido; os cartões de pré-natal foram fotografados. Foram realizadas entrevistas por telefone antes

dos seis meses e aos doze meses após o nascimento para obter informações sobre os resultados maternos e neonatais. Informações detalhadas sobre a coleta de dados são relatadas em do Carmo Leal et al.²⁷

Os dados sobre o nível de renda/classe social foram mensurados usando-se a classificação da ABIPEME, que divide a população com base no nível de consumo da família, que é apresentado em cinco classes (de A, a maior, para E o menor). As covariáveis: idade (12-19 anos, 20-34 e 35 anos ou mais), cor da pele autorrelatada pela mulher (branca, preta, parda), educação (ensino fundamental incompleto ou completo, ensino médio e superior), classificação socioeconômica ABIPEME (classes A/B, C e D/E), tipo de parto (vaginal/cesariana), região (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-oeste), tipo de financiamento (público/privado). Foram incluídas na categoria financiamento privado tanto as mulheres que relataram nascimento pago pelo seguro de saúde quanto as que pagaram pela assistência com os seus próprios recursos).

As covariáveis da estrutura de serviço de saúde incluíram: se o serviço tinha qualquer acomodação para o companheiro (pelo menos uma cadeira), o lugar onde a mulher permaneceu durante o parto (centro cirúrgico, centro obstétrico, sala, enfermaria), se era um hospital-escola, se este era acreditado como Hospital Amigo da Criança, se era acreditado com o prêmio Galba de Araújo (maternidades humanizadas), se o hospital tinha uma política clara de respeitar a lei (acompanhantes permitidos durante todos os períodos de assistência ao parto), e se a privacidade estava minimamente garantida (biombos, cortinas) em todas as etapas do atendimento.

A presença de acompanhante foi abordada usando-se dois métodos: registros no prontuário e entrevistas com as puérperas. Nos prontuários, faltavam informações sobre a presença de acompanhante em 71,2% dos registros, refletindo a pouca importância dada a esta prática, bem como a falta de responsabilização dos serviços para informar se a lei é ou não cumprida. Por outro lado, as declarações das mulheres em entrevistas foram muito completas e confiáveis (0,2% sem resposta), de modo que a entrevista foi o método de obtenção do dado utilizado nesta análise. As mulheres responderam no questionário (1) se elas tiveram um acompanhante durante a internação e, se não, por quê; (2) quem era o acompanhante; (3) se o acompanhante foi o escolhido por elas; (4) se elas consideraram que ter um acompanhante durante o parto foi útil, e em que medida; (5) se o acompanhante esteve presente durante todas as fases de sua permanência no hospital, incluindo: a) admissão, b) trabalho de

parto, c) parto, d) pós-parto/recuperação imediata; e) o alojamento conjunto. Nosso objetivo foi distinguir entre a “visita” (presença em horário de visitas regulares) e acompanhantes (durante momentos específicos). Os dados sobre as características sociodemográficas e obstétricas das puérperas foram obtidos com base nos prontuários e entrevistas. Os dados sobre ambiência e rotinas foram obtidos no formulário de estrutura e processo, respondido pelos gestores responsáveis pelo hospital.

A variável de desfecho neste estudo (5) “se o companheiro estava presente durante todas as fases de sua internação” foi posteriormente recodificada com as alternativas “ausência de acompanhantes em todas as fases”, para aquelas que tiveram total ausência de acompanhantes em todas as fases da internação hospitalar; “presença parcial de acompanhantes”, incluindo mulheres que tiveram algum acompanhante em alguma fase da internação hospitalar (admissão, trabalho de parto, parto ou pós-parto/recuperação imediata, ou alojamento conjunto); e “presença contínua/acompanhante” para aquelas que tiveram acompanhantes de acordo com o que está definido na legislação brasileira (durante todas as fases de internação). Para recodificar essas variáveis, as que não entram em trabalho de parto (que tiveram cesárea eletiva) foram excluídas da análise de ter “acompanhante durante o parto”.

Um modelo de regressão multinomial²⁸ foi ajustado para estimar a razão de chance (OR) de cada covariável em “nenhum acompanhante” e “acompanhante parcial”, em comparação com “acompanhante contínuo”. Em todas as análises adotou-se um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), considerando-se as características do plano complexo de amostragem: estratos, conglomerado e ponderação. O programa estatístico utilizado foi o IBM SPSS, versão 19.0 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos).

Esta pesquisa foi realizada segundo a *Resolução nº 196/1996* do Conselho Nacional de Saúde, que orienta as normas de pesquisas com seres humanos, sob o protocolo de pesquisa CEP/ENSP nº 92/10. Os responsáveis por cada instituição e todas as puérperas assinaram um termo de consentimento informado.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a análise descritiva do estudo. Todas as mulheres eram elegíveis para a entrevista sobre a companhia durante o parto. Dessas, 24,5% não tiveram acompanhante em nenhum momento e 75,5% tiveram algum tipo de acompanhante durante a internação, 18,8%

Tabela 1

Distribuição de frequência de acompanhantes durante a internação para o parto. Brasil, 2011-2012.

| | n (N = 23.879) * | % |
|--|------------------|------|
| Você teve um acompanhante durante a internação para o parto? | | |
| Não, em nenhum momento (ausência total) | 5.848 | 24,5 |
| Sim, em alguns momentos (ausência parcial) | 13.547 | 56,7 |
| Sim, em todos os momentos (presença contínua) | 4.470 | 18,8 |
| Você teve um acompanhante durante a internação para o parto? | | |
| Sim | 18.148 | 75,5 |
| Quem foi o acompanhante? (N = 18.030) ** | | |
| Parceiro/pai da criança | 8.453 | 35,4 |
| Amiga(o) | 1.051 | 4,4 |
| Mãe | 6.280 | 26,3 |
| Irmã(o) | 2.197 | 9,2 |
| Doula | 24 | 0,1 |
| Outra pessoa | 4.561 | 19,1 |
| O acompanhante foi a pessoa de sua escolha? ** | | |
| Sim | 16.841 | 92,8 |
| Momentos do acompanhamento | | |
| Antes/durante a admissão | 16.739 | 70,1 |
| Durante o trabalho de parto *** | 10.053 | 42,1 |
| Durante o parto mesmo (hora do nascimento) | 7.808 | 32,7 |
| Pós-parto imediato (no centro cirúrgico) | 8.811 | 36,9 |
| No pós-parto no quarto/alojamento conjunto | 14.638 | 61,3 |
| Como foi sua experiência de ter um acompanhante no parto? # | | |
| Ajudou muito a ter um parto melhor/mais calmo | 14.231 | 84,5 |
| Ajudou um pouco a ter um parto melhor/mais calmo | 1.128 | 6,7 |
| Indiferente/nem ajudou nem atrapalhou | 960 | 5,7 |
| Não ajudou, a pessoa fica mais nervosa | 455 | 2,7 |

* Todos os valores foram corrigidos pelo peso amostral;

*Apenas para mulheres que tiveram acompanhantes;

*** Apenas para mulheres que entraram em trabalho de parto;

Apenas para as que tiveram acompanhantes no parto.

tiveram acompanhante contínuo e 56,7% acompanhante parcial.

Considerando-se apenas as mulheres que tiveram acompanhante em qualquer fase, o mais frequente foi o parceiro da mulher (35,4%), seguido pela mãe (26,3%), irmão ou amigos. Doulas estiveram presentes em 0,1% dos casos. Entre as mulheres que tinham acompanhante, 92,8% dos casos foram referidos como sendo o de escolha das mulheres.

As mulheres foram mais frequentemente acompanhadas durante a internação (70,1%), durante o trabalho de parto (42,1%), considerando-se apenas as mulheres que entraram em trabalho. No momento do parto, 32,7% tiveram acompanhante. Na fase pós-parto imediato, 36,9% tiveram acompanhante e 61,3% no pós-

parto, seja no apartamento ou na enfermaria do alojamento conjunto.

A grande maioria das mulheres considerou que ter um acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento “foi muito útil” ou “útil”, para ter uma experiência melhor e mais calma no parto (91,2% das respostas válidas); apenas 2,7% do total da amostra pensaram que “não era útil” e fez as mulheres mais nervosas.

Considerando-se as mulheres que não tiveram um acompanhante (dados não mostrados na tabela), as razões dadas para este fato eram principalmente: o não cumprimento institucional da legislação, principalmente, “nenhum tipo de acompanhante permitido no hospital” (52%), e outras formas de restrições (somente para cesarianas ou para adolescentes, para acompanhan-

tes mulheres, para aqueles que participaram de um curso, para aqueles que tivessem pago etc.) Outra causa foi “não tem ninguém para ficar com ela” (18%), seja porque o parceiro tinha de ficar com as outras crianças ou por falta de uma rede de apoio social, ou por causa de “internação inesperada para o parto”, em situações em que a mulher veio sozinha apenas para uma consulta pré-natal e teve uma indicação imediata para uma cesariana. Algumas mulheres que foram transferidas de outros serviços relataram obstáculos de acesso, como “a ambulância não permitiu trazer o acompanhante”.

Identificamos frequente falta de informação às mulheres antes do parto sobre o acompanhante. Elas usaram as seguintes expressões para afirmar que não foram informadas: “não sabia que era permitido”, “não sabia que era permitido em partos vaginais”, “não sabia que era permitido para não-adolescentes” etc. Apenas 5,7% das mulheres desacompanhadas (1,4% do total) disseram que estavam sozinhas porque não queriam ter qualquer acompanhante (dados não apresentados na tabela).

Encontramos grande variação em termos de implementação de acompanhamento entre as regiões: 23,1% e 22,6% das mulheres tiveram acompanhante de acordo com a lei nas regiões Sudeste e Sul (melhores resultados) e apenas

11,7% no Norte. A Região Centro-oeste teve a pior situação, com mais de 38,9% das mulheres com nenhum acompanhante. (Figura 1)

A Tabela 2 mostra a análise bivariada para a presença de acompanhante de acordo com as características maternas, sociodemográficas e obstétricas. “Acompanhante parcial” mostrou relativamente pouca variação em relação à média de cerca de 55%, com as diferenças relevantes concentradas nos extremos (acompanhante contínuo e ausência total de acompanhante). As mulheres que com mais frequência ficaram sem qualquer acompanhante foram as que tiveram parto vaginal, viviam na Região Centro-oeste, tinham rendimentos mais baixos, menor escolaridade, eram pretas ou pardas, múltíparas e usuárias do setor público.

A forma de pagamento para assistência ao parto das mulheres foi fortemente associada a ter ou não ter qualquer acompanhante: no setor público 29,5% não tiveram qualquer acompanhante, no setor privado apenas 4,7%. O estado civil das mulheres e o tipo de profissional não foram estatisticamente diferentes nas chances de ter acompanhante; a idade materna não foi significativa na análise bivariada.

Investigamos o papel da estrutura e dos processos do hospital em sua associação com a presença de acompanhante na análise bivariada

Figura 1

Distribuição de frequência de acompanhantes durante a internação para o parto. Brasil, 2011-2012.

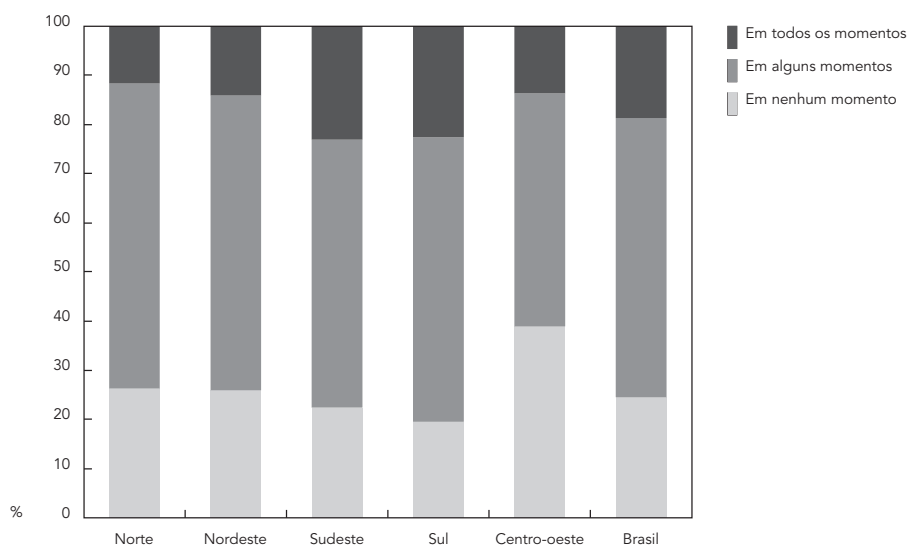


Tabela 2

Acompanhante durante diferentes momentos da internação para o parto, de acordo com os fatores maternos, Brasil, 2011/2012.

| | Teve um acompanhante | | | Valor de p |
|----------------------------------|--|--|--|------------|
| | Nenhum momento (ausência total) (24.5%) | Em algum momento (ausência parcial) (56.8%) | Todos os momentos/ presença contínua (18,7%) | |
| Tipo de parto | | | | |
| Vaginal | 30,8 | 48,6 | 20,6 | < 0,001 |
| Cesárea | 18,7 | 64,3 | 17,0 | |
| Região de residência | | | | |
| Norte | 26,3 | 62,0 | 11,7 | 0,010 |
| Nordeste | 25,9 | 60,0 | 14,1 | |
| Sudeste | 22,4 | 54,5 | 23,1 | |
| Sul | 19,5 | 57,9 | 22,6 | |
| Centro-oeste | 38,9 | 47,4 | 13,7 | |
| Escore ABIPEME (renda) | | | | |
| A+B | 12,9 | 57,5 | 29,7 | < 0,001 |
| C | 25,8 | 56,8 | 17,4 | |
| D+E | 33,8 | 55,9 | 10,3 | |
| Idade materna (anos) | | | | |
| ≤ 19 | 25,1 | 57,4 | 17,5 | 0,054 |
| 20-34 | 24,7 | 56,8 | 18,5 | |
| ≥ 35 | 22,3 | 55,3 | 22,4 | |
| Escolaridade materna (anos) | | | | |
| Até 7 | 32,7 | 54,1 | 13,3 | < 0,001 |
| 8-11 | 25,3 | 56,7 | 18,0 | |
| 12 ou mais | 11,3 | 60,8 | 27,9 | |
| Cor da pele | | | | |
| Branca | 18,9 | 57,7 | 23,4 | < 0,001 |
| Negra | 33,0 | 50,0 | 16,9 | |
| Parda | 26,6 | 57,2 | 16,2 | |
| Estado civil | | | | |
| Sem parceiro | 25,7 | 55,9 | 18,4 | 0,354 |
| Com parceiro | 24,2 | 56,9 | 18,8 | |
| Paridade | | | | |
| Primípara | 19,8 | 59,2 | 20,9 | < 0,001 |
| Multípara | 28,6 | 54,6 | 16,8 | |
| Fonte de pagamento | | | | |
| Privado | 4,7 | 62,2 | 33,1 | < 0,001 |
| Público | 29,5 | 55,4 | 15,1 | |
| Profissional que atendeu o parto | | | | |
| Médico | 32,4 | 52,5 | 15,1 | 0,249 |
| Parteira/Enfermeira | 25,3 | 47,5 | 27,2 | |

(Tabela 3). Como esperado, os serviços nos quais as mais mulheres tiveram acompanhante durante todo o período de internação foram os que apresentavam estrutura mínima de alojamento (tais como cadeiras para todos os acompanhantes), que ofereciam privacidade mínima para

as mulheres durante a sua estadia. Os hospitais acreditados como Amigos da Criança e aqueles que receberam o Prêmio Galba de Araújo para serviços humanizados foram menos associados a ter “nenhum acompanhante” e mais associados com o “acompanhante contínuo”. Ter uma

Tabela 3

Acompanhante durante diferentes momentos da internação para o parto, de acordo com a estrutura e os processos do hospital. Brasil, 2011/2012.

| | Teve um acompanhante | | | Valor de p |
|--|--|---|--|------------|
| | Nenhum momento (ausência total) (24.5%) | Em algum momento (ausência parcial) (56.8%) | Todos os momentos/ presença contínua (18,7%) | |
| O hospital tem uma unidade de alto risco ou casa de apoio à gestante | | | | |
| Não | 29,0 | 55,3 | 15,7 | 0,193 |
| Sim, unidade própria | 22,8 | 53,3 | 23,9 | |
| Sim, conveniada | 37,1 | 57,8 | 5,1 | |
| Oferece uma cadeira ao acompanhante | | | | |
| Não | 45,3 | 47,9 | 6,8 | < 0,001 |
| Sim, para alguns leitos | 35,3 | 53,0 | 11,7 | |
| Sim, para todos os leitos | 17,9 | 58,9 | 23,1 | |
| Local onde a mulher fica durante o parto | | | | |
| Centro obstétrico | 28,0 | 53,8 | 18,2 | 0,770 |
| Centro cirúrgico | 27,6 | 57,7 | 14,7 | |
| Quarto, enfermaria | 25,9 | 61,9 | 12,2 | |
| Outros | 30,0 | 53,8 | 16,1 | |
| Hospital de ensino | | | | |
| Sim | 28,0 | 53,3 | 18,7 | 0,053 |
| Não | 28,0 | 61,1 | 10,9 | |
| Hospital Amigo da Criança | | | | |
| Sim | 23,0 | 52,4 | 24,6 | 0,009 |
| Não | 30,1 | 58,2 | 11,7 | |
| Em processo de acreditação | 34,8 | 48,7 | 16,5 | |
| Hospital Galba de Araújo | | | | |
| Sim | 14,5 | 39,2 | 46,2 | < 0,001 |
| Não | 29,3 | 56,9 | 13,8 | |
| Já concorreu | 16,8 | 47,9 | 35,3 | |
| Política de admissão de acompanhantes conforme a lei | | | | |
| Sim | 13,1 | 54,3 | 32,6 | < 0,001 |
| Não | 34,5 | 55,8 | 9,8 | |
| Privacidade mínima para a mulher e acompanhante em todas as etapas | | | | |
| Sim | 6,5 | 70,6 | 22,8 | 0,025 |
| Não | 28,6 | 54,7 | 16,7 | |

Unidade de Alto Risco, Casa de Apoio à gestante, se o serviço era um hospital-escola, o lugar onde ocorreu o parto, e o tipo de profissional não foram associados com acompanhante. Verificamos que nos serviços onde o gestor informou que todas as mulheres têm o direito a acompanhante durante toda a sua permanência no hospital,

apenas 32,5% das mulheres relatam ter tido um. Se uma mulher quiser ter um acompanhante de acordo com a lei e tiver alguém para ficar com ela, os lugares mais seguros para ir são os hospitais Galba de Araújo, com 46,2% de acordo com as entrevistas das mulheres.

A Tabela 4 apresenta a comparação entre “acompanhante contínuo”, como referência, e “sem acompanhante” (total ausência de acompanhantes) no primeiro bloco, e “acompanhante

parcial” (ausência parcial de acompanhante) no segundo. Os fatores maternos associados a ter maiores chances de total ausência de acompanhante foram: o parto vaginal (OR = 1,6), viver

Tabela 4

Modelo de regressão multinomial para acompanhantes durante a internação para o parto *, de acordo com as características maternas e hospitalares.

| | Em nenhum momento (ausência total) | | Em algum momento (ausência parcial) | |
|--|---------------------------------------|------------|--|-----------|
| | Odds ratio | IC95% | Odds ratio | IC95% |
| Cesárea (Ref: sim) | | | | |
| Não | 1,58 | 1,25-2,00 | 2,51 | 2,00-3,14 |
| Região (Ref: sudeste) | | | | |
| Norte | 1,15 | 0,50-2,63 | 1,54 | 0,80-2,94 |
| Nordeste | 0,96 | 0,52-1,78 | 1,36 | 0,90-2,05 |
| Sul | 1,22 | 0,59-2,51 | 1,36 | 0,83-2,23 |
| Centro-oeste | 5,04 | 2,19-11,56 | 2,09 | 1,16-3,77 |
| Escore de renda ABIPEME (Ref: A+B) | | | | |
| C | 1,81 | 1,53-2,13 | 1,53 | 1,30-1,79 |
| D+E | 2,83 | 2,00-4,00 | 2,20 | 1,54-3,13 |
| Idade materna (ref: 12-19 anos) | | | | |
| 20-34 | 1,30 | 1,00-1,68 | 1,11 | 0,09-1,34 |
| 35 ou mais | 1,19 | 0,87-1,63 | 0,96 | 0,76-1,22 |
| Escolaridade materna (Ref: > 11 anos) | | | | |
| Até 7 | 1,86 | 1,40-2,47 | 1,23 | 0,98-1,53 |
| 8-11 | 1,84 | 1,42-2,40 | 1,25 | 1,03-1,52 |
| Cor da pele (Ref: branca) | | | | |
| Preta | 1,36 | 0,96-1,95 | 0,99 | 0,79-1,25 |
| Parda | 1,27 | 1,04-1,56 | 1,20 | 1,02-1,41 |
| Paridade (Ref: primípara) | | | | |
| Múltipara | 1,65 | 1,43-1,90 | 1,18 | 1,04-1,34 |
| Fonte de pagamento (Ref: privado) | | | | |
| Público | 13,36 | 7,96-22,42 | 3,16 | 2,30-4,34 |
| Cadeira para o acompanhante? (Ref: sim para todos os leitos) | | | | |
| Sim | 3,42 | 1,78-6,57 | 1,40 | 0,82-2,38 |
| Sim, para alguns leitos | 1,99 | 1,09-3,63 | 1,13 | 0,68-1,88 |
| Hospital de ensino (Ref: sim) | | | | |
| Não | 0,95 | 0,56-1,62 | 1,02 | 0,70-1,49 |
| Acompanhantes permitidos em todas as fases do parto (Ref: sim) | | | | |
| Não | 4,13 | 2,42-7,04 | 2,26 | 1,56-3,27 |
| Privacidade para a mãe e acompanhantes (Ref: sim) | | | | |
| Não | 0,92 | 0,34-2,48 | 0,59 | 0,35-1,02 |
| Hospital Amigo da Criança (Ref: sim) | | | | |
| Não | 2,36 | 1,35-4,12 | 1,80 | 1,12-2,88 |
| Em processo de acreditação | 1,29 | 0,64-2,61 | 0,91 | 0,51-1,60 |
| Prêmio Galba de Araújo (hospital humanizado) (Ref: sim) | | | | |
| Não | 4,15 | 1,79-9,64 | 2,90 | 1,59-5,27 |
| Em processo de acreditação | 3,88 | 1,56-9,68 | 2,68 | 1,48-4,87 |

IC95%: intervalo de 95% de confiança; Ref: referência.

* Presença contínua de uma companhia em todos os momentos da internação para o parto (como definido pela legislação).

na Região Centro-oeste (OR = 5,0), classe social (OR = 2,8 para D + E e OR = 1,8 para a classe C), escolaridade materna (OR = 1,8 para até 11 anos), cor da pele (OR = 1,3 para pardas), multiparidade (OR = 1,6) e ser usuária do SUS (OR = 13,3). Os fatores da estrutura hospitalar associados com as maiores chances de ausência total de acompanhante foram: não ter uma cadeira para o acompanhante (OR = 3,4) ou apenas para alguns leitos (OR = 2,0), não haver uma política de permissão de acompanhantes (OR = 4,1), não ser um Hospital Amigo da Criança (OR = 2,3), não ter um prêmio Galba Araújo (OR = 4,1) e nunca ter se candidatado a este prêmio (OR = 3,9).

Os fatores maternos relacionados a maiores chances de ter um acompanhante só em algum momento (ausência parcial) foram: parto vaginal (OR = 2,5), viver na Região Centro-oeste (OR = 2,1), classe social (OR = 2,2 para D + E e OR = 1,5 para a classe C), escolaridade materna (OR = 1,2 entre 8 e 11 anos), cor da pele (OR = 1,2 para pretas e pardas), multiparidade (OR = 1,2) e ser usuária do SUS (OR = 3,2). Os fatores relacionados à estrutura do hospital associados com maiores chances de ausência parcial de um acompanhante foram: não ter uma política de permitir os acompanhantes (OR = 2,3), não ser um Hospital Amigo da Criança (OR = 1,8), não ter um prêmio Galba Araújo (OR = 2,9) e nunca ter se candidatado a este prêmio (OR = 2,7).

Discussão

Neste inquérito, cerca de um quarto das mulheres não teve qualquer acompanhante, menos de uma em cada cinco teve acompanhamento contínuo, e 55,2 % tiveram acompanhante parcialmente. O parceiro da mulher esteve presente em um em cada quatro partos no total da amostra, e em 35,4 % dos partos entre as mulheres que tiveram algum acompanhante. As mulheres com rendimentos mais baixos, menor escolaridade, pretas ou pardas, e usuárias do SUS, tiveram menos acompanhantes em qualquer momento do parto. A grande maioria das mulheres relatou que ter um acompanhante foi útil ou muito útil. Dentre as mulheres que não tiveram acompanhante, a principal causa foi a proibição do hospital; apenas 1,4 % do número total de mulheres não queria ter um acompanhante.

A implementação foi associada à mudança das regras e da cultura institucional, como ter uma política clara permitindo acompanhantes para todas as mulheres em todas as etapas do atendimento, e mudanças na ambiência e no mobiliário, tais como ter cadeiras para todos os acompanhantes. A qualidade dessa informação

no prontuário é precária, e perguntar às mulheres sobre sua experiência é uma fonte confiável, o que ajuda a compensar essas deficiências.

Em outra análise do inquérito *Nascer no Brasil*, com foco na satisfação das mulheres²⁹, no que diz respeito à experiência delas sobre violência durante a assistência ao parto, verificou-se que as mulheres que entraram em trabalho de parto relataram maior incidência de violência física, verbal ou psicológica, em comparação com aquelas que não entraram em trabalho de parto, o que ocorre desproporcionalmente mais no setor público. Ou seja, se uma mulher tinha um acompanhante presente, ela era menos vulnerável à violência, mesmo em um serviço público e em trabalho de parto²⁹.

Estudos qualitativos sobre os serviços públicos mostram que as mulheres sabem que existe o direito a acompanhante, mas elas não confiam que os serviços vão respeitar o seu direito, e com base na experiência de dificuldades relatadas por parentes e amigas nestas situações, têm medo de confronto e retaliação durante a internação, se elas insistirem em ter um acompanhante^{30,31}.

As pesquisas qualitativas sobre a experiência de acompanhantes no setor privado mostram que, mesmo quando as entrevistadas disseram que os acompanhantes estavam “presentes em todas as fases da internação hospitalar”, na verdade estavam presentes em “algum momento de cada etapa”, não necessariamente durante “todo tempo daquela etapa”. Por exemplo, o acompanhante podia estar com a mulher em um momento da internação, mas teria de se separar dela quando ele estava preenchendo papéis; ele então a encontrava e ficava depois durante parte do trabalho de parto, e se separava novamente quando a mulher ia para o centro cirúrgico. A maioria dos parceiros não era autorizada a ficar com a mulher, sendo chamados no momento do nascimento em si, depois do qual geralmente saía da sala junto com o recém-nascido, quando as mulheres ficavam sem acompanhante durante o resto da cirurgia e, em seguida, a maioria das mulheres ficava sozinha na maior parte do período pós-parto imediato. Em estudos qualitativos, o período pós-parto imediato foi considerado por algumas mulheres que tiveram cesáreas como a pior parte da experiência do parto, uma vez que sentiram-se sós e desamparadas em uma sala separada, sem notícias sobre o bebê, sem capacidade de se mover ou procurar ajuda, pois estavam sob os efeitos da analgesia^{30,32}. Essa descrição pode ser a realidade daquelas que tiveram os melhores resultados da presente pesquisa, classificados como “acompanhamento contínuo”.

Os estudos qualitativos indicam que o papel dos acompanhantes no Brasil pode ser muito

diferente do parceiro que é um ajudante ativo no parto, tal como aparece em outros cenários e nos ensaios clínicos, uma vez que geralmente acompanhantes do sexo masculino têm suas potenciais contribuições muito restringidas^{31,32}. No parto vaginal, frequentemente só é permitido a eles ficarem quietos ao lado da cabeça das mulheres, aconselhados explicitamente a não ver a distensão da vagina, o parto em si, as suturas, ou a expulsão da placenta, supostamente pelo risco de perder o interesse sexual pela mulher; estes comandos são muitas vezes feitos em frente da paciente^{11,12,31}. Isso pode explicar, em parte, por que há mais acompanhantes em cesarianas, quando essas restrições relacionadas a noções de decência e vergonha das mulheres são prevenidas por um parto ordenado e desgenitalizado.

Mesmo em tais contextos, nos quais pouca participação ativa é esperada ou permitida aos acompanhantes – assim como às mulheres – essa presença passiva é altamente valorizada, mesmo que apenas como testemunha de um momento fundamental. Nesta pesquisa, quase todas as mulheres acharam que essa presença foi muito útil e que contribuiu para tornar o nascimento uma experiência melhor, mais calma. Em outra análise da pesquisa *Nascer no Brasil*, as mulheres que tinham acompanhantes relataram mais satisfação com o atendimento, receberam mais informações, se sentiram mais respeitadas pelos profissionais, e relataram menos qualquer forma de violência durante a internação²⁹.

Quinze anos depois das primeiras iniciativas oficiais para promover o acompanhante para todas as mulheres durante o parto e nascimento no Brasil há avanços a comemorar, mas muito a ser melhorado, especialmente em termos de equidade. Há um aumento claro no número de acompanhantes nos setores público e privado se comparado com os primeiros dados nacionais disponíveis, a *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde* (PNDS 2006)²⁷. Com dados de nascimentos entre 2001 e 2005, essa pesquisa mostrou que apenas 16% das mulheres tinham qualquer acompanhante, 9% no setor público, 32% no privado. No entanto, a forma como a pergunta foi feita na PNDS (“Você teve um acompanhante durante o parto?”) não deixa claro se faz referência a qualquer momento da internação para o parto, ou se durante o momento do nascimento em si. A recente iniciativa da Ouvidoria da Rede Cegonha pode trazer informações em tempo real sobre a implementação de acompanhantes e de outras políticas para melhorar a assistência materna.

Infelizmente, o texto ambivalente da *Lei nº 11.108/05* na prática é interpretado como se os médicos e os serviços tivessem autoridade para violar a lei. Não há sanções caso as autoridades

de saúde, gestores ou profissionais se recusem a permitir acompanhantes, justificando seu desrespeito aos direitos com base em sua “autonomia médica”, ou com a falta de privacidade nas enfermarias, ou que eles não tiveram tempo para se adaptar à nova legislação³³. Isso dificilmente pode ser considerado justificável após 9 anos para ajustarem-se à legislação nacional (2005). A ausência de qualquer obrigação de informar os dados sobre acompanhantes, ou de sanções por ignorar os direitos das mulheres, contribui para as baixas taxas de implementação dessa política.

Algumas experiências locais no Brasil mostram que é possível garantir os direitos das mulheres durante o parto como uma política pública. No Município de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, esse direito foi garantido – antes e de forma diferente da Lei Nacional para todas as mulheres – nos setores privado e público (SUS). Esse é um exemplo do poder da vontade política dos gestores locais: diferentemente do resto do país, em Belo Horizonte as mulheres no setor público tiveram mais acesso a acompanhantes durante todo o período de internação para o parto do que aquelas do setor privado: variando de 75 % (no hospital universitário) a 98,3 % em um Centro de Parto Normal, enquanto no setor privado estes níveis de implementação não foram alcançados³⁴.

Nesta pesquisa, como o instrumento utilizado não permitiu a identificação de mulheres que tiveram parto pago por desembolso direto, é possível que algumas mulheres atendidas em unidades mistas, e que foram classificadas como tendo pagamento público da assistência, tenham pago pela assistência do seu parto. Entretanto, como essas mulheres apresentaram características socioeconômicas muito semelhantes às das mulheres atendidas em unidades públicas, é provável que esse erro de classificação tenha ocorrido em poucos casos. Como se trata de erro de classificação não diferencial em relação aos desfechos estudados, espera-se que tenha ocorrido atenuamento da magnitude das associações observadas.

Conclusões

O apoio contínuo no trabalho de parto e nascimento é uma intervenção segura e altamente efetiva para melhorar os resultados maternos e neonatais, com altos índices de satisfação materna, custo muito baixo, e é um direito das mulheres brasileiras, conforme estabelecido pela *Lei nº 11.108/05*. Embora haja avanços a serem comemorados na implementação dessa política, como uma melhoria lenta, mas consistente

na presença de acompanhantes desde os últimos dados nacionais, a maioria das mulheres no Brasil não pode contar com a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto ou parto.

Este estudo mostrou que ter a presença contínua de um acompanhante durante o parto na maioria dos serviços ainda é um privilégio para as mulheres com maior renda e escolaridade, de cor branca, pagando pela assistência, e que tiveram uma cesariana. A resistência à garantia de acompanhantes para todas as mulheres em todos os momentos do parto, e para a promoção de um ambiente de nascimento confortável para a mulher, reforça a denúncia dos movimentos sociais de que há um conflito de interesses na organização da assistência ao parto, com o objetivo de “pessimizar a experiência do parto para vender cesáreas”³⁵; se uma melhor experiência de parto fosse possível, menos mulheres decidiriam por cesariana apenas para se sentirem mais protegidas da violência, da solidão e da indignidade. Ao mesmo tempo, a implementação depende da vontade política das autoridades de saúde e de gestores de serviços, públicos e privados, para mudar a cultura tradicional de descaso com o bem-estar, a segurança e o conforto das mulheres durante o parto. Isso inclui a autoridade e as

capacidades de negociação para promover uma cultura de respeito aos direitos das mulheres, superando a resistência dos profissionais à mudança de rotinas discriminatórias.

A presença de acompanhante pode ser considerada um marcador de segurança e qualidade do atendimento, e também um indicador da incorporação de vários dos princípios do Sistema Nacional de Saúde (SUS), como a integralidade dos cuidados de saúde, a universalidade, a equidade e a humanização. Se a presença dos acompanhantes no parto deve ser implementada como uma política de saúde universal e equitativa, a informação regular sobre esta presença deve ser parte de protocolos de serviços e dos treinamentos para os profissionais, incluindo a responsabilização dos serviços que recusam a proteger e cumprir os direitos das mulheres.

As experiências positivas devem ser analisadas e utilizadas para inspirar a ação, como a dos municípios que foram capazes de tornar o acompanhante universal pelo SUS, incluindo o repasse de recursos condicionados à presença de acompanhante, a formação de doulas e a informação sobre os seus direitos no parto, para as mulheres e seus acompanhantes em potencial, tanto durante o pré-natal quanto no momento da internação.

Resumen

La evidencia de los beneficios del apoyo continuo durante el parto llevó a la recomendación de que fuera ofrecido a todas las mujeres. En Brasil, se les garantiza a las mujeres por ley desde 2005, pero hay escasos datos sobre su aplicación. El objetivo fue estimar la frecuencia y factores asociados (socio-demográficos, obstétricos e institucionales) de las mujeres que tienen acompañantes durante el parto en la encuesta Nacer en Brasil. Una vez realizado el análisis estadístico descriptivo para la caracterización de los acompañantes (en diferentes momentos del parto), factores maternos e institucionales; las asociaciones investigaron los modelos bivariados y multivariados. El 24,5% de las mujeres no tenía

ningún acompañante, el 18,7% tenían acompañantes continuos y el 56,7% los tenía parcialmente. Predictores independientes de no tener acompañantes o tenerlos parcialmente fueron: bajos ingresos y educación, color moreno de piel, usar el sector público de sanidad, la multiparidad y el parto vaginal. La implementación de acompañantes se asoció con un ambiente adecuado, y normas institucionales claras sobre los derechos de las mujeres al acompañante.

Chaperones Médicos; Tocología; Salud Materno-Infantil; Parto

Colaboradores

C. S. G. Diniz colaborou no desenho e coordenação do estudo, propôs a análise de dados e escreveu a primeira versão do artigo. E. d'Orsi, R. M. S. M. Domingues, J. A. Torres, M. A. B. Dias, C. A. Schneck, S. Lansky, N. Z. F. Teixeira, S. Rance e J. Sandall colaboraram no desenho e coordenação do estudo, na análise de dados e revisaram a versão final do artigo.

Agradecimentos

Aos coordenadores regionais e estaduais, supervisores, entrevistadores e equipe técnica do estudo, e às mães participantes que tornaram este trabalho possível. A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pela bolsa de pesquisa de C. S. G. Diniz (processo 2011/18534).

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Projeto INOVA), e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

Referências

- Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98:756-64.
- Kitzinger S. A experiência de dar à luz. São Paulo: Editora Martins Fontes; 1987.
- Jordan B, Davis-Floyd R. Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. Prospect Heights: Waveland Press; 1993.
- Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface Comun Saúde Educ* 2012; 40:107-19.
- 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: Editora Guanabara-Koogan; 2005.
- Reiger KM. "Knights" or "knaves"? Public policy, professional power, and reforming maternity services. *Health Care Women Int* 2010; 32:2-22.
- Rich AC. Of woman born: motherhood as experience and institution. London: Virago; 1986.
- de Aguiar JM, d'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface Comun Saúde Educ* 2011; 15:79-91.
- Venturi Jr. G, Aguiar JM, Hotimsky SN. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras. In: Venturi Jr. G, Godinho T, organizadores. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. v. 1. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo/Serviço Social do Comércio – São Paulo; 2013. p. 47-61.
- Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health; 2010.

11. Malacrida C, Boulton T. Women's perceptions of childbirth "choices" competing discourses of motherhood, sexuality, and selflessness. *Gend Soc* 2012; 26:748-72.
12. Diniz SG, Chacham AS. "The cut above" and "the cut below": the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reprod Health Matters* 2004; 12:100-10.
13. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (2):CD003766.
14. De Rezende J, Martinez AR, Ferreira A. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan; 1991.
15. Simkin P. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth* 2007; 18:203-10.
16. Hotelling BA. From psychoprophylactic to orgasmic birth. *J Perinat Educ* 2009; 18:45.
17. World Health Organization. *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization; 1996.
18. Diniz S. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. *Reprod Health Matters* 2012; 20:125-32.
19. 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* 2013; 22:348-55.
20. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 1:S52-62.
21. Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:44-52.
22. Diniz SG, Bick D, Bastos MH, Riesco ML. Empowering women in Brazil. *Lancet* 2007; 370:1596-8.
23. Brasil. Lei nº 11.108. 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* 2005; 8 abr.
24. Área Técnica de Saúde do Homem, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
25. Lyra J, Medrado B, Azevedo M, Valente M. A importância do homem na humanização do parto: reflexões e ações pelo direito de ser acompanhante. In: Kalckman S, Batista LE, Castro CM, Lago TG, Souza SR, organizadores. *Nascer com equidade: humanização do parto e do nascimento: questões raciais/cor e de gênero*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2010. p. 155-74.
26. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra *Nascer no Brasil*: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S49-58.
27. do Carmo Leal M, da Silva AA, Dias MA, da Gama SG, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health* 2012; 9:15.
28. Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. *Applied logistic regression*. 3rd Edition. New York: Wiley; 2013.
29. 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* 2014; 30 Suppl:S154-68.
30. Salgado HO. *A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento [Dissertação de Mestrado]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2012.
31. 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.
32. Lino HC. *O bem-estar no parto sob o ponto de vista das pacientes e profissionais na assistência obstétrica [Dissertação de Mestrado]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2010.
33. Diniz SG. *Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal*. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2009; 19:313-26.
34. Lansky S. *Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal*. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva* 2010; 4(4). <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/846>.
35. Diniz SG, d'Oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion, and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters* 2012; 20:94-101.

Recebido em 16/Jul/2013

Versão final reapresentado em 12/Mar/2014

Aprovado em 20/Mar/2014