

Pesquisa Nacional sobre Aborto,
Parto e Nascimento (2021 a 2023)

Retratos do Parto e Nascimento no estado do Rio de Janeiro



Financiamento



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Contexto

O estudo *Nascer no Brasil II – Pesquisa Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento* foi realizado mais de uma década depois da pesquisa *Nascer no Brasil I: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento* – um marco na produção de conhecimento sobre saúde materno-infantil no país. O objetivo principal desse estudo é dimensionar o panorama da saúde obstétrica brasileira baseado em informações a respeito das condições socioeconômicas das mulheres, fatores de risco gestacionais, acesso e qualidade dos serviços de saúde, condições do aborto, do parto e do nascimento, assim como dos principais desfechos maternos e neonatais, permitindo o acompanhamento contínuo e ampliado do cenário da assistência à saúde sexual e reprodutiva no país.

É um estudo transversal, de base hospitalar, com representatividade por macrorregiões geográficas, região metropolitana e interior, com financiamento público e privado. Coordenado pelo Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), o *Nascer no Brasil II* foi realizado em 395 maternidades públicas e privadas entre 2021 e 2025. Entrevistamos mulheres durante a internação para o parto ou aborto e coletamos informações de cadernetas de pré-natal e de prontuários de puérperas e de recém-nascidos. No segundo e no quarto mês, após a primeira entrevista, foram realizados mais dois novos contatos por telefone. Gestores e profissionais de Saúde também contribuíram para avaliar a estrutura e os processos assistenciais dos serviços de obstetrícia e neonatologia.

O lançamento dos primeiros resultados do *Nascer no Brasil II* tem como foco o estado do Rio de Janeiro (ERJ) e é baseado no número temático da *Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo*, com sete artigos originais, listados ao final deste sumário. Espera-se que os resultados contribuam para ampla reflexão acerca dos avanços e desafios do parir e do nascer no ERJ.

O estudo do Rio de Janeiro

Terceiro estado mais populoso do país, o ERJ apresenta elevada razão de mortalidade materna, fetal e perinatal, bem como incidência de sífilis congênita superior à média nacional. Esse cenário não é compatível com o desenvolvimento econômico do estado, nem com a elevada cobertura pré-natal e de assistência ao parto. Assim, o Grupo de Pesquisa, contemplado com financiamento da

Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa no Estado do Rio de Janeiro (Faperj), pôde avaliar os indicadores de saúde perinatal nessa unidade federativa.

No ERJ, a coleta de dados do *Nascer no Brasil II* ocorreu entre 2021 e 2023. A amostra incluiu 29 hospitais localizados em 18 municípios. No total, foram entrevistadas 1.923 mulheres, sendo 1.762 pós-parto (1.752 nascidos vivos e 10 natimortos) e 161 pós-aborto. Para saber mais sobre o método do estudo, consulte os artigos originais.

Características das Maternidades

Do total de estabelecimentos de saúde investigados, 73% eram públicos e 27% privados. Mais da metade dos hospitais estavam localizados na região metropolitana, com maior concentração das maternidades públicas em municípios no interior. Os hospitais de maior complexidade, com leitos de unidade de tratamento intensivo adulto e neonatal (UTI/UTIN), eram cerca de 30% do total dos públicos e 85% dos privados. Dos estabelecimentos públicos e privados conveniados ao SUS, metade não estava cadastrada no Sistema Nacional de Regulação (SISREG) para internação de gestantes e recém-nascidos de risco, expressando a falta de organização da rede de atenção para esse grupo. A formação de residentes em Obstetrícia e/ou Neonatologia ocorria principalmente nos hospitais públicos.

A presença ininterrupta de obstetras durante as 24 horas foi declarada em todos os estabelecimentos estudados. Entretanto, foi reduzida a presença de anestesistas, enfermeiras obstetras e neonatologistas, o que pode gerar falhas na assistência a mulheres em processo de abortamento, em trabalho de parto e parto e aos recém-nascidos.

A disponibilidade de protocolos clínicos, normas e rotinas técnicas, ferramentas importantes para melhor qualidade da assistência e capacitação profissional, foi declarada em todas as maternidades do setor privado, mas em pouco mais da metade das instituições do SUS.

Maternidades do SUS sem UTI/UTIN, ou seja, de menor complexidade, não atendiam à legislação no que se refere à disponibilidade de todas as classes de medicamentos essenciais para o manejo adequado das emergências obstétricas, incluindo complicações hipertensivas e hemorrágicas. Também faltavam equipamentos mínimos necessários ao atendimento de emergência para a mulher. Esses problemas não foram identificados na rede privada. Os resultados evidenciam diferenças na disponibilidade de equipamentos e insumos dos serviços de atenção ao parto e nascimento, segundo o tipo de financiamento e grau de complexidade.

Perfil das puérperas

Mais de dois terços das puérperas entrevistadas residiam na região metropolitana do ERJ, 70% delas se declararam negras e com idade entre 20 a 34 anos. Quase 60% tinham ensino médio completo ou mais, 81% viviam com companheiro e quase metade era mãe pela primeira vez.

No ERJ, dois terços das parturientes utilizaram o SUS, mas, em municípios do interior, alcançou 86% das puérperas, reiterando a importância da saúde pública, especialmente para quem não está nos grandes centros.

Comparadas às mulheres que tiveram seus partos em instituições com financiamento público, aquelas que tiveram financiamento privado da assistência hospitalar eram em maior proporção brancas, com idade igual ou maior a 35 anos, maior escolaridade, viviam com companheiro, eram primíparas e, entre aquelas com parto anterior, a cesariana foi a principal via de parto.

Um em cada dez partos ocorreu em adolescentes, enquanto o dobro ocorreu em mulheres com idade materna avançada, ou seja, 35 anos ou mais. As faixas etárias extremas da vida reprodutiva estão associadas ao aumento de risco de complicações obstétricas e perinatais. A gravidez na adolescência demanda atenção diferenciada em razão dos maiores riscos de óbito perinatal, parto prematuro e restrição do crescimento fetal, especialmente nas mais jovens. Elas peregrinaram mais em busca de atendimento para o parto, foram menos vinculadas à maternidade e tiveram menor chance de contar com acompanhante em tempo integral. Apresentaram menor prevalência de diabetes gestacional, porém maiores chances de desfechos perinatais negativos, como óbito perinatal e ter um recém-nascido termo precoce (37 a 38 semanas gestacionais). Já no grupo com idade de 35 anos ou mais, as mulheres tiveram mais chance de ter síndromes hipertensivas, diabetes gestacional, descolamento prematuro de placenta e morbidade materna grave. Elas também receberam mais orientação sobre a maternidade de referência. Recém-nascidos dessas mulheres apresentaram maior chance de ter Apgar < 7 no quinto minuto e menor chance de sífilis congênita.

Atenção Pré-natal

A Atenção ao Pré-Natal se constitui em um conjunto de ações que são simultaneamente preventivas, promotoras de saúde, diagnósticas e curativas, visando ao bom desfecho da gestação para as mulheres e seus filhos, segundo recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS).

Atualmente, a cobertura da assistência pré-natal no ERJ é praticamente universal (98%); contudo, sua adequação ainda é baixa: 79% das gestantes iniciaram o pré-natal até a décima segunda (12^a) semana de gestação, e 75% realizaram o número adequado de consultas para a idade gestacional no parto. As gestantes usuárias do serviço de saúde privado apresentaram melhor desempenho, evidenciando as desigualdades que persistem no país. Resultados da primeira rotina de exames estavam presentes em 65% das cadernetas das gestantes, enquanto resultados da segunda rotina estavam registrados em apenas 19%. A imunização adequada para tétano e hepatite B foi registrada entre 30% das gestantes, percentual semelhante foi observado para suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico. Menos de 20% das mulheres receberam todas as orientações recomendadas: riscos e benefícios sobre tipos de parto, maternidade de referência e uso de álcool e tabagismo. Apesar do acesso à atenção pré-natal ser universal, ao se considerar todas as recomendações do Ministério da Saúde, a adequação do pré-natal no RJ foi inferior a 1%, mostrando que ainda há um grande caminho a ser percorrido para que todos os benefícios dessa atenção sejam alcançados.

Uma em cada quatro mulheres usuárias do SUS foi classificada como de alto risco obstétrico, identificada no pré-natal (gestação gemelar, hipertensão crônica, diabetes pré-gestacional ou gestacional, doença renal crônica, doença cardíaca, lúpus, esclerodermia, infecção pelo HIV e outras infecções). A maior prevalência de alto risco obstétrico foi observada entre as mulheres com 35 anos ou mais, com até 11 anos de estudo, nas múltiparas e nas obesas – características que predispõem ao desenvolvimento de complicações na gestação. As mulheres com alto risco obstétrico atendidas pelo SUS declararam ter sido internadas quase três vezes mais durante a gravidez do que as mulheres de risco habitual.

Um percentual significativo de gestantes de alto risco realizou o pré-natal exclusivamente em unidades de atenção básica, sem acesso à assistência especializada, evidenciando a limitação no atendimento em serviços de saúde capazes de oferecer o cuidado específico necessário a essas mulheres. A realização incompleta de processos e procedimentos recomendados por normas técnicas do MS, por exemplo, exames de glicemia, avaliação do estado nutricional e aferições de pressão arterial, interfere não só na identificação de intercorrências na gravidez, como também na intervenção oportuna.

Uma em cada cinco mulheres de alto risco atendidas pelo SUS peregrinou para conseguir assistência ao parto.

A principal razão para isso foi a dificuldade de chegar a uma maternidade adequada às suas necessidades, o que acaba postergando o recebimento de cuidados apropriados. No SUS, um terço das gestantes de alto risco obstétrico foi atendido em maternidades que não possuem UTI e UTIN, enquanto 40% das gestantes de risco habitual receberam atendimento em unidades de maior complexidade. Essa situação revela que os caminhos assistenciais não estão adequados, considerando o nível de risco das gestantes, que deveriam ser vinculadas a maternidades compatíveis com suas necessidades.

Atenção ao parto

Políticas públicas voltadas à melhoria da assistência ao parto, tomando como referência as evidências científicas e recomendações da OMS e Ministério da Saúde, vêm sendo adotadas no país desde os anos 1990, com destaque para a Rede Cegonha, implantada em 2011, que tinha como objetivo garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, além de assegurar o desenvolvimento saudável das crianças.



Foto: Pedro Teixeira

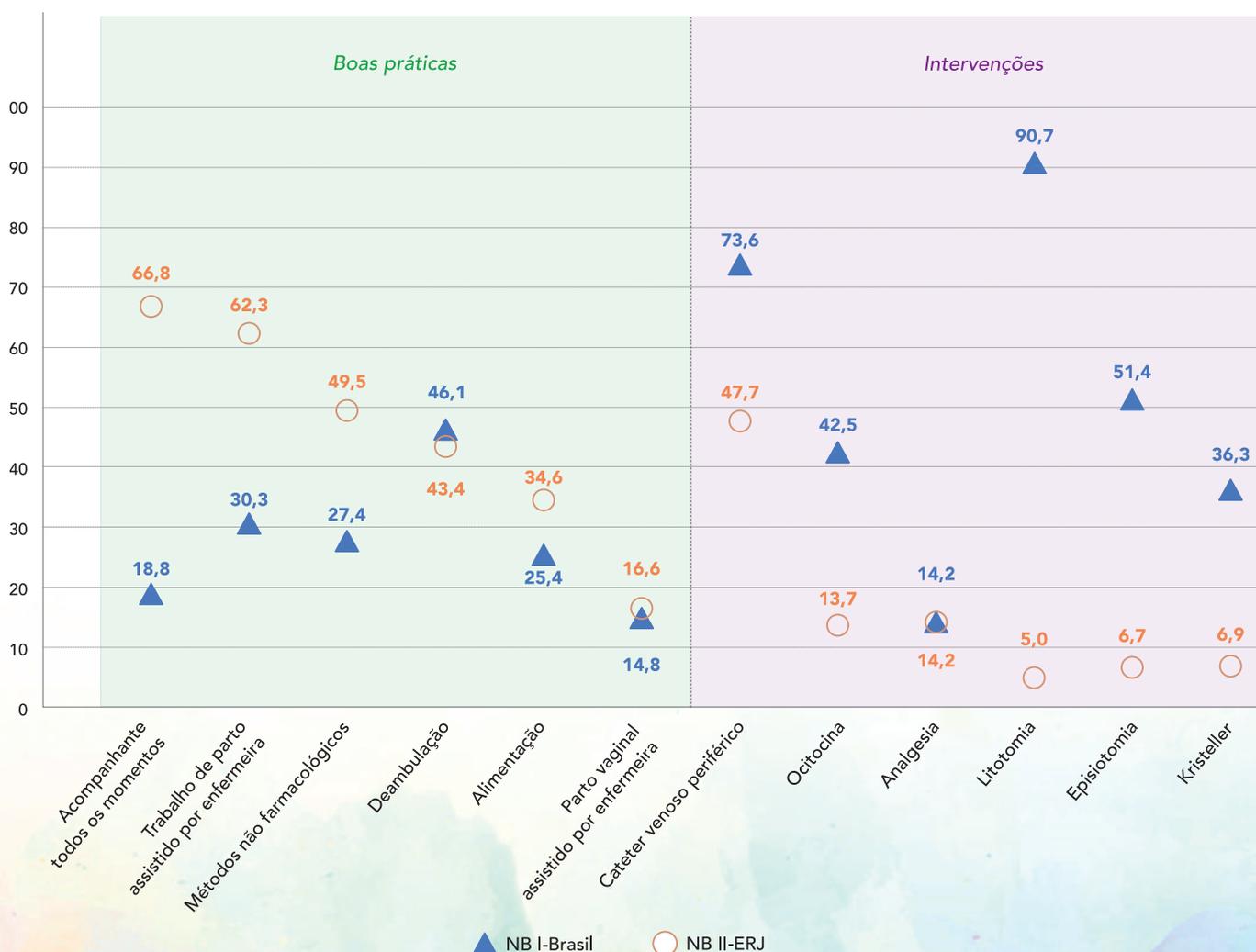
No ERJ, 80% das mulheres atendidas no SUS tiveram acompanhante em tempo integral e 98% entre as que foram atendidas no setor privado. A lei que garante o direito ao acompanhante em tempo integral e de livre escolha da parturiente é de 2005, mas, no Brasil, em 2011, apenas 18% das parturientes desfrutaram desse direito.

Mais da metade das mulheres entrou em trabalho de parto, e o parto vaginal ocorreu em 46% das mulheres, com elevado uso de boas práticas como alimentação, liberdade de movimentos e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor. Em relação ao estudo *Nascer no Brasil I*, de 2011, houve redução

de intervenções no parto, como no uso de ocitocina (utilizada para acelerar o trabalho de parto), da amniotomia (rompimento artificial da bolsa amniótica), da manobra de Kristeller (prática de empurrar a barriga da gestante para agilizar a descida do recém-nascido no momento do parto) e da episiotomia (corte no períneo). A litotomia (posição para parir deitada com as pernas elevadas), relatada por 92% das brasileiras em 2011, foi substituída, no ERJ, pela posição verticalizada para parir (95%), sem distinção por área geográfica ou tipo de financiamento. A posição verticalizada (sentada, recostada, de cócoras, ou de pé) é recomendada para abreviar o período expulsivo e o uso de fórceps. Esses resultados são animadores e demonstram o aprendizado das equipes de Saúde, adotando novo manejo da atenção ao trabalho de parto e parto no ERJ, de acordo com as evidências científicas.

Outros avanços foram mais limitados. As enfermeiras assistiram mais de 60% do trabalho de parto das mulheres no ERJ, exceto no setor privado (38%). No entanto, a assistência ao parto por elas foi de apenas 17%, sendo mais frequente no MRJ e nos serviços públicos (23%). A assistência ao trabalho de parto e parto por enfermeiras obstetras/obstetrizes é recomendada pela OMS e está associada a menor uso de intervenções, menor proporção de cesarianas e maior satisfação das mulheres. A presença de doula, pessoa que apoia a gestante durante o trabalho de parto e parto fornecendo suporte emocional, ocorreu em menos de 5% dos partos, foi mais frequente no setor privado e favoreceu maior uso de boas práticas obstétricas e ocorrência do parto vaginal. A analgesia peridural foi ofertada para apenas 1% das parturientes do SUS, frequência inferior à observada no Brasil há mais de uma década. Para as usuárias do setor privado, o acesso a esse

Manejo durante o trabalho de parto e parto vaginal NB I-Brasil e NBII-ERJ



procedimento foi de 30%. A oferta de analgesia peridural se associou com o parto vaginal, sendo uma tecnologia útil para alívio da dor do parto, podendo ser uma aliada na redução de cesarianas sem indicação clínica.

As cesarianas foram mais frequentes nos municípios do interior (66%) e no setor privado (85%), principalmente aquelas realizadas antes do trabalho de parto. Mulheres que tiveram seus filhos no SUS tiveram chance quase dez vezes maior de entrar em trabalho de parto em comparação com as que tiveram financiamento privado. No setor privado, observou-se que, quando a parturiente entra em trabalho de parto, ela evolui para um parto vaginal quase tanto como no setor público. Entretanto, apenas 15% das mulheres da rede privada tiveram parto vaginal, e o modelo da cesariana anteparto é o que prevalece.

Ser atendida em serviço público e ter um parto vaginal anterior foram as principais variáveis que contribuíram para a ocorrência do parto vaginal no ERJ. A preferência da mulher pelo parto vaginal no final da gestação, a presença da doula e a oferta de analgesia peridural também foram fatores importantes.

Destacam-se os resultados mais favoráveis observados no município do Rio de Janeiro, onde a implantação de recomendações para a atenção ao parto na sua rede de maternidades públicas se iniciou quase duas décadas antes da política nacional da Rede Cegonha. Por isso, os dados encontrados mostram diferenças geográficas que resultam dessa decisão histórica: as gestantes da capital entraram mais em trabalho de parto (63%), tiveram mais parto vaginal (46%) e cesariana intraparto (17%). Nove em cada dez contaram com a presença de acompanhante e houve maior participação da enfermeira (23%) na assistência ao parto.

Saúde mental materna

O nascimento de um bebê é um período de maior vulnerabilidade da mãe devido às grandes transformações físicas e emocionais que ocorrem durante a gravidez e o pós-parto. Mesmo sem complicações, esses períodos são potencialmente estressantes, aumentando o risco de desenvolver sintomas de algum transtorno mental: sintomas de depressão, ansiedade e de estresse pós-traumático associado ao parto.

Os resultados, coletados por meio de entrevista telefônica entre 45 e 60 dias após o parto, revelam que 18% das mulheres apresentaram sintomas de depressão, 16% sintomas de ansiedade e 8% sintomas de estresse pós-traumático associado ao nascimento.

Em 11%, houve associação dos sintomas de depressão com ansiedade, 5% apresentaram coocorrência de sintomas de ansiedade e estresse pós-traumático e 4% sintomas de depressão e estresse pós-traumático. Baixa escolaridade e história de transtorno mental prévio estão associados aos sintomas dos três transtornos.

As mulheres com sintomas de estresse pós-traumático apresentaram quadro de maior vulnerabilidade. São mulheres com baixa escolaridade, história de transtorno mental prévio, aborto ou natimorto prévio, com três ou mais filhos, que desenvolveram complicações na gestação/parto e cujo bebê foi internado em UTI neonatal. As iniquidades sociais e os desfechos negativos no parto e nascimento são fatores que impactam na saúde mental materna.

Amamentação

A OMS e o Ministério da Saúde recomendam o Aleitamento Materno Exclusivo (AME), isto é, ofertar apenas leite materno ao bebê nos primeiros seis meses de vida. O leite materno protege o bebê contra infecções, favorece o desenvolvimento físico e cognitivo e reduz o risco de alergias, obesidade e diabetes ao longo da vida.

Dos 1.537 recém-nascidos no ERJ, cujas mães responderam à entrevista telefônica dois meses após o parto, cerca de 60% receberam contato pele a pele, sendo também amamentados ainda na primeira hora de vida, e 87% deixaram o hospital alimentados exclusivamente com leite materno. Aos dois meses, a amamentação continuava para 95% dos bebês, mas apenas 61% seguiam em AME.

A manutenção do aleitamento materno aos dois meses foi mais frequente quando o parto ocorreu em hospitais credenciados com a iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) implementada, entre mães com ensino médio ou superior, que tinham a intenção de amamentar por pelo menos um ano, com mais filhos e que se sentiram apoiadas na amamentação após a alta hospitalar. Já o AME aos dois meses foi mais comum em mulheres assistidas em hospitais públicos, com ensino superior, que viviam com companheiro(a) e pretendiam amamentar por pelo menos um ano. Embora a IHAC tenha se mostrado um fator relevante para a manutenção do aleitamento materno, sua implementação nos hospitais foi limitada: totalmente implantada em apenas 5 dos 14 hospitais públicos (36%), em nenhum dos 3 hospitais mistos (0%) e em 3 dos 12 hospitais privados (25%).

A alta hospitalar acompanhada de introdução de fórmula infantil reduziu de forma expressiva a manutenção tanto

do aleitamento materno como do AME aos dois meses de vida. Essa prática foi especialmente frequente em hospitais privados, em mulheres submetidas à cesariana e entre recém-nascidos de 37 a 38 semanas de gestação (termo precoce). As próprias puérperas relataram que, em mais de 70% dos casos, a introdução da fórmula durante a internação se deveu à percepção de “leite insuficiente” ou à dificuldade na pega.

A política brasileira de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno tem sido eficaz em garantir que quase todos os recém-nascidos saudáveis no ERJ estejam sendo amamentados aos dois meses de vida. No entanto, aumentar a proporção de crianças em AME ainda é um desafio. É fundamental ampliar a adesão às práticas de proteção da amamentação nos hospitais, fortalecendo diretrizes para reduzir o uso de fórmulas infantis em ambiente hospitalar, especialmente no setor privado.



Foto: Pedro Teixeira

Violência obstétrica

A violência obstétrica foi avaliada por entrevista telefônica cerca de quatro meses após o parto utilizando parte de um questionário endossado pela OMS. Foram incluídas cinco dimensões: abuso físico; abuso psicológico; negligência; estigma e discriminação; e toques vaginais inadequados.

Foram entrevistadas 1.190 mulheres. Aproximadamente dois terços das mulheres relataram ter sofrido pelo menos um tipo das violências investigadas. A dimensão de toques vaginais inadequados foi a mais relatada pelas mulheres (46%), seguido por negligência (31%), abuso psicológico (22%), estigma e discriminação (8%) e, por fim, abuso físico

(3%). A coocorrência dos quatro tipos de violência obstétrica mais prevalentes (abuso psicológico, negligência, estigma e discriminação e toques vaginais inadequados) foi de 3%.

Houve desigualdade na ocorrência desse problema, com maior vulnerabilidade entre mulheres em condições socioeconômicas desfavoráveis. Por exemplo, mulheres que recebiam algum auxílio governamental, não tiveram trabalho remunerado durante a gestação e foram assistidas pelo setor público tiveram maior prevalência de violência obstétrica em praticamente todas as dimensões. Também foi observado disparidades na ocorrência de violência obstétrica de acordo com algumas características demográficas como: cor da pele preta (estigma e discriminação), mulheres sem companheiro (estigma e discriminação), idade acima de 35

anos (abuso físico e toques vaginais inadequados), e escolaridade inferior a 12 anos de estudo (abuso psicológico e toques vaginais inadequados).

Além disso, mulheres primíparas, que entraram em trabalho de parto, com trabalho de parto prolongado e tiveram parto vaginal também apresentaram maiores prevalências de violência obstétrica em algumas das dimensões investigadas. Os períodos do pré-parto e do parto foram os momentos de maior ocorrência da violência obstétrica. Ressalta-se que, a Prefeitura do Rio de Janeiro lançou um canal de denúncias para violência obstétrica por meio da Central de Atendimento ao Cidadão, o número 1746, em maio de 2021. Pessoas que foram vítimas ou testemunharam casos de violência obstétrica podem usar esse canal para fazer suas notificações e relatar os incidentes.

Recomendações gerais

Os resultados da pesquisa *Nascer no Brasil II* no estado do Rio de Janeiro evidenciam a necessidade de aprimorar o modelo de atenção pré-natal, ao parto e nascimento, uma vez que diversos desfechos adversos identificados estavam associados a problemas na qualidade da assistência. É fundamental o comprometimento de gestores, profissionais de Saúde, sociedade civil e o envolvimento das mulheres e famílias visando melhorar o cenário da assistência à saúde da mulher no Rio de Janeiro.

1. Recomendações para gestores de Saúde

Ampliar o acesso ao planejamento reprodutivo com métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, evitando gestações indesejadas, especialmente nas adolescentes.

Disponibilizar testes rápidos para diagnóstico de gravidez na Atenção Primária, dando início imediato à atenção pré-natal, ainda no primeiro trimestre da gestação.

Implantar estratégias para aumentar a adequação do pré-natal, assegurando acesso precoce e integral às consultas, vacinas, exames e informações, conforme recomendações do Ministério da Saúde.

Garantir o acesso das gestantes de alto risco à atenção especializada para acompanhamento oportuno e adequado do pré-natal.

Implementar uma rede articulada dos serviços que integram o SUS, provendo as maternidades com condições de estrutura e processos de trabalho para qualidade e segurança no cuidado obstétrico e neonatal.

Prover a vinculação de todas as gestantes à maternidade de referência, facilitando a visita prévia ao parto, evitando peregrinação.

Incluir os leitos de todas as maternidades do SUS dentro do Sistema de Regulação de Leitos (SISREG).

Incentivar o parto vaginal e, em caso de cesariana entre mulheres de risco habitual, aguardar o início do trabalho de parto.

Fortalecer políticas para redução de cesarianas desnecessárias, especialmente em primíparas.

Garantir atenção diferenciada e protocolos específicos diante do aumento de partos em mulheres de idade materna avançada, reconhecendo riscos e necessidades particulares.

Ampliar a adesão dos hospitais mistos e privados à Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Aumentar a oferta de analgesia peridural no trabalho de parto e parto para alívio da dor, visando ao conforto da parturiente e à redução de cesarianas.

Ampliar a presença de doulas no cenário do pré-parto e parto.

Desenvolver mecanismos institucionais para coibir a discriminação por raça, condição social, pessoas com deficiência física e mental, idade (adolescente e idade materna avançada) e doenças (HIV, sífilis e outras).

Criar mecanismos para cerceamento da violência obstétrica na rede de atenção pré-natal, ao parto e nascimento, reforçando o papel das Ouvidorias.

Promover capacitações para os profissionais de Saúde sobre transtornos mentais no puerpério e práticas respeitadas no parto, incluindo prevenção e mitigação da violência obstétrica.

Disponibilizar educação continuada para os profissionais de Saúde sobre boas práticas na atenção às gestantes, parturientes e recém-nascidos.

Promover a criação de carreira estruturada, com salários dignos, para os profissionais que atuam na atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

2. Recomendações para profissionais de Saúde

Promover a relação respeitosa entre profissional de Saúde e a mulher, com acolhimento, garantia de privacidade, autonomia e envolvimento da mulher nas decisões relacionadas à sua gestação e parto.

Ampliar o apoio à mulher, garantindo acesso a informações desde o pré-natal até o pós-parto.

Estimular e esclarecer, desde o início da gestação, as vantagens do parto vaginal e apoiar a decisão das mulheres que optarem por esse tipo de parto.

Seguir as recomendações da OMS e Ministério da Saúde em relação às práticas assistenciais durante o cuidado pré-natal, incluindo calendário de consultas, exames de rotina, vacinação, suplementação e orientações sobre cessação ou redução do tabagismo, uso de álcool e outras drogas, estímulo ao aleitamento materno e, principalmente, informar sobre direitos da mulher durante o pré-parto e parto.

Evitar o uso de tecnologias desnecessárias e utilizar as boas práticas obstétricas e neonatais, baseadas em evidência científica, na atenção ao trabalho de parto, parto e nascimento.

Trabalhar de forma colaborativa e em equipe multidisciplinar na atenção pré-natal, trabalho de parto, parto e nascimento.

Indicar cesarianas com base em evidências científicas, particularmente para mulheres em seu primeiro parto (primípara), adolescentes, visando evitar a primeira cesariana, mas também as cesarianas em múltiparas, especialmente as cesarianas de repetição.

Ofertar métodos contraceptivos reversíveis de longa duração para todas as puérperas antes da alta hospitalar.

Priorizar o apoio ativo à amamentação no pré-natal, nas primeiras horas pós-parto, especialmente após cesáreas e em casos de nascimento termo precoce, oferecendo suporte físico e emocional à puérpera.

Identificar precocemente e manejar dificuldades comuns, como a percepção de leite insuficiente e dificuldades na pega, para evitar introdução desnecessária de fórmulas.

Garantir orientação individualizada baseada em evidências, abordando os benefícios do AME na maternidade, estratégia prática para manutenção do aleitamento materno.

Alertar os profissionais de Saúde sobre a necessidade de tratamento de transtornos mentais, como sintomas de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático associados ao parto, além das possíveis consequências para a saúde da mulher e do recém-nascido.

3. Recomendações para instituições de ensino

Incluir, no currículo dos cursos da área da Saúde, conteúdos atualizados sobre atenção humanizada ao pré-

natal, parto e nascimento, em consonância com diretrizes nacionais e internacionais da OMS e Ministério da Saúde.

Incentivar reflexões sobre os direitos sexuais e reprodutivos, a autonomia da gestante e o respeito à diversidade cultural e social na formação dos profissionais de Saúde.

Capacitar futuros profissionais para atuar de forma ética, empática e crítica, combatendo práticas discriminatórias e violadoras de direitos.

Incluir nos conteúdos formativos a discussão sobre violência obstétrica, racismo estrutural, desigualdades de gênero e outras formas de opressão presentes na atenção obstétrica.

Incentivar o trabalho em equipe multiprofissional e a prática centrada na mulher e na família, valorizando escuta qualificada, acolhimento e construção conjunta do plano de parto.

Garantir que os estágios e práticas supervisionadas ocorram em serviços que respeitem as boas práticas obstétricas, com ambientes acolhedores e condutas humanizadas.

Instruir sobre a importância do uso adequado de tecnologias que promovam o parto vaginal, com redução de intervenções desnecessárias.

Prover conteúdos sobre os benefícios do parto vaginal para a recuperação pós-parto, para o fortalecimento do vínculo afetivo mãe-bebê e redução de danos à mãe e ao recém-nascido.

Na formação dos profissionais de Saúde, orientar para a identificação de sinais de transtornos mentais na gestação e no puerpério, com encaminhamento rápido para especialistas, a fim de evitar a piora das condições emocionais da mulher.

Incluir, de forma transversal, a temática da amamentação nas graduações da área da Saúde, com ênfase nos benefícios e ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Promover capacitação permanente de docentes e preceptores, para garantir que a abordagem da amamentação esteja alinhada às políticas públicas e às diretrizes da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Fomentar a produção de pesquisa aplicada, voltada a entender barreiras contextuais ao AME, e avaliar a efetividade de intervenções educativas, assistenciais e regulatórias em diferentes realidades do país.

4. Recomendações para mulheres e famílias

Realizar o pré-natal, mesmo que já tenha tido gestações anteriores. Cada gravidez é única, e a assistência pré-natal pode contribuir para promoção da sua saúde, diagnóstico e tratamento oportuno de complicações que possam ocorrer ao longo da gestação.

Iniciar o pré-natal o mais precocemente possível, com comparecimento às consultas e realização de exames, vacinas e suplementações.

Buscar informações qualificadas sobre vantagens do parto vaginal para os desfechos da gestação atual e futuras.

Visitar a maternidade de referência para o parto a fim de obter mais familiaridade com os serviços e suas rotinas assistenciais.

Escolher um acompanhante na intenção de se sentir apoiada durante a internação para o parto.

Elaborar um plano de parto para ajudar a decidir previamente o tipo de cuidado que gostaria de receber durante o trabalho de parto e parto.

Solicitar informações sobre os benefícios do aleitamento materno e sobre a melhor forma de se preparar para a amamentação. Buscar informações sobre locais que podem apoiar no processo de amamentação (grupos de apoio para a amamentação, banco de leite humano).

Denunciar maus tratos ocorridos durante sua internação para o parto nas ouvidorias.

Procurar serviço de saúde para receber cuidados em saúde no puerpério, planejamento reprodutivo e cuidados com o recém-nascido.

Procurar serviços de apoio após o parto se apresentar sintomas de depressão, ansiedade ou estresse pós-traumático.

Artigos

Adequação do pré-natal no estado do Rio de Janeiro segundo tipo de financiamento do parto.

Rosa Maria Soares Madeira Domingues, Marcos Augusto Bastos Dias, Ana Paula Esteves Pereira, Barbara Vasques da Silva Ayres, Alessandra do Nascimento Bernardo, Maria do Carmo Leal.

Utilização do pré-natal e estrutura hospitalar segundo o risco obstétrico no Rio de Janeiro

Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt, Rosa Maria Soares Madeira Domingues, Danielle Portella Ferreira, Ana Paula Esteves-Pereira, Marcos Augusto Bastos

Dias, Marcos Nakamura-Pereira, Alessandra do Nascimento Bernardo, Paulo Cesar da Graça Souza Suppo Blengini, Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes, Maria do Carmo Leal.

Desigualdades na atenção ao Trabalho de Parto e Parto no Rio de Janeiro: Pesquisa Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento

Maria do Carmo Leal, Ana Paula Esteves-Pereira, Rosa Maria Soares Madeira Domingues, Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt, Mariza Miranda Theme Filha, Neide Pires Leal, Marcos Nakamura-Pereira, Marcos Augusto Bastos Dias, Thaiza Dutra Gomes de Carvalho, Tatiana Henriques Leite, Silvana Granado Nogueira da Gama.

Desfechos maternos e perinatais em adolescentes e mulheres com idade materna avançada

Silvana Granado Nogueira da Gama, Arthur Orlando Corrêa Schilithz, Maria do Carmo Leal, Talita Teresa do Carmo, Mariza Miranda Theme Filha, Denise Cavalcante de Barros, Glauce Cristine Ferreira Soares, Katrini Guidolini Martinelli.

Práticas hospitalares e amamentação no Rio de Janeiro: dados da Pesquisa Nascer no Brasil II

Ana Paula Esteves-Pereira, Katrini Guidolini Martinelli, Bárbara Vasques da Silva Ayres, Marcia Leonardi Baldisserotto, Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt, Claudio Heizer, Maria José Guardia Mattar, Paulo Blengini, Ricardo Leal Sabroza, Silvana Granado Nogueira da Gama, Maria do Carmo Leal.

Transtornos mentais no pós-parto no Rio de Janeiro 2021/2023. Pesquisa Nascer no Brasil II

Mariza Miranda Theme Filha; Marcia Leonardi Baldisserotto; Ana Claudia Santos Amaral; Maria Pappaterra Bastos; Arthur Orlando Corrêa Schilithz; Silvana Granado Nogueira da Gama; Carina de Cássia Caetano; Maria do Carmo Leal.

Violência obstétrica no estado do Rio de Janeiro: Pesquisa Nascer no Brasil II

Tatiana Henriques Leite, Emanuele Souza Marques, Maria do Carmo Leal, Rosa Maria Soares Madeira Domingues, Marcos Nakamura-Pereira, Mariza Miranda Theme Filha, Marcia Leonardi Baldisserotto, Karina de Cássia Caetano, Thaiza Dutra Gomes de Carvalho, Fernanda Freitas Fernandes, Rafaelle Mendes da Costa, Amanda Chiavazzoli, Marília Arndt Mesenburg.

Como citar

Autoras: LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; THEME FILHA, Mariza Miranda; CAETANO, Karina de Cássia; CARVALHO, Thaiza Dutra Gomes de; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; LEITE, Tatiana Henriques; VIELLAS, Elaine Fernandes. Nascer no Brasil II – Retratos do Parto e Nascimento no estado do Rio de Janeiro. (Sumário de pesquisa). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2025. DOI: xxxxxxxxxxxx

Equipe de campo do Rio de Janeiro

Neide Pires Leal

Denise Cavalcante de Barros

Alice Leal Sabroza

Danielle Portella Ferreira

Jessica Abreu Aragão

Caroline De Souza Lima

Aline Valadão

Maria Nunes Oliveira

Ficha técnica

Autoras

Maria do Carmo Leal

Silvana Granado Nogueira da Gama

Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt

Rosa Maria Soares Madeira Domingues

Mariza Miranda Theme Filha

Karina de Cássia Caetano

Thaiza Dutra Gomes de Carvalho

Ana Paula Esteves-Pereira

Tatiana Henriques Leite

Elaine Fernandes Viellas

Projeto gráfico e diagramação

Carlos Fernando Reis da Costa – CCI/ENSP/Fiocruz

Revisão

Ana Normando – CCI/ENSP/Fiocruz

Nascer no Brasil

Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos

Rio de Janeiro – RJ – Brasil

CEP: 21041-210 – Tel: +55 21 2598-2988

nascernobrasil.ensp.fiocruz.br



@nascernobrasil



@nascernobrasil



@nascernobrasilfiocruz



Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP)

Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ – Brasil
CEP: 21041-210 – Tel: +55 21 2598-2525
www.ensp.fiocruz.br



@ensp_fiocruz



@ensp



@fiocruz.ensp



@enspci



fala ensp!