



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

**JULIANA CAMARGO GIORDANO SANDLER**

**CENAS DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA BRASILEIRA:  
DA NORMATIZAÇÃO DA CESÁREA AO PAPEL DO PARTO HUMANIZADO**

***SCENES OF BRAZILIAN CHILDBIRTH ASSISTANCE:  
FROM THE TRIVIALIZATION OF CESAREAN SECTION TO THE ROLE OF  
RESPECTFUL MATERNITY CARE***

CAMPINAS  
2018

JULIANA CAMARGO GIORDANO SANDLER

**CENAS DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA BRASILEIRA:  
DA NORMATIZAÇÃO DA CESÁREA AO PAPEL DO PARTO HUMANIZADO**

***SCENES OF BRAZILIAN CHILDBIRTH ASSISTANCE:  
FROM THE TRIVIALIZATION OF CESAREAN SECTION TO THE ROLE OF  
RESPECTFUL MATERNITY CARE***

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos para obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde, área de concentração em Saúde Materna e Perinatal.

*Thesis presented to the Post Graduate Program of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical Sciences, University of Campinas – UNICAMP, for obtaining the PhD title in concentration area of Maternal and Perinatal Health.*

ORIENTADORA: Profa. Dra. Fernanda Garanhani de Castro Surita

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE  
DEFENDIDA PELA ALUNA JULIANA CAMARGO GIORDANO SANDLER E  
ORIENTADA PELA PROFA. DRA. FERNANDA GARANHANI DE CASTRO SURITA

CAMPINAS

2018

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** CAPES

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-3773-759>

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

G437c Giordano, Juliana Camargo Sandler, 1980-  
Cenas da assistência obstétrica brasileira : da normatização da cesárea ao papel do parto humanizado / Juliana Camargo Giordano Sandler. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Fernanda Garanhani de Castro Surita.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Parto humanizado. 2. Direitos das mulheres. 3. Equipe multidisciplinar de saúde. 4. Taxa de cesárea. 5. Experiência positiva de parto. I. Surita, Fernanda Garanhani de Castro, 1964-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

#### Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Scenes of brazilian childbirth assistance : from the trivialization of cesarean section to the role of respectful maternity care

**Palavras-chave em inglês:**

Humanizing delivery

Women's rights

Multiprofessional health team

Cesarean section rate

Positive birth experience

**Área de concentração:** Saúde Materna e Perinatal

**Titulação:** Doutora em Ciências da Saúde

**Banca examinadora:**

Fernanda Garanhani de Castro Surita [Orientador]

José Guilherme Cecatti

Leila Katz

João Paulo Dias de Souza

Iracema de Mattos Paranhos Calderon

**Data de defesa:** 14-12-2018

**Programa de Pós-Graduação:** Tocoginecologia

---

## **BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO**

**JULIANA CAMARGO GIORDANO SANDLER**

---

**ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dra. Fernanda Garanhani de Castro Surita**

---

### **MEMBROS:**

- 1. PROF.<sup>a</sup> DRA. FERNANDA GARANHANI DE CASTRO SURITA**
  - 2. PROF. DR. JOSÉ GUILHERME CECATTI**
  - 3. PROF. DR. JOÃO PAULO DIAS DE SOUZA**
  - 4. PROF.<sup>a</sup> DRA. IRACEMA DE MATTOS PARANHOS CALDERON**
  - 5. PROF.<sup>a</sup> DRA. LEILA KATZ**
- 

Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora consta no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

**Data: 14/12/2018**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a todos os ativistas dos direitos humanos e das minorias.  
Aos obstetras humanizados, rotineiramente perseguidos por nadarem contra a corrente das  
práticas hegemônicas.  
Às parteiras, cujo ofício inúmeras vezes é cerceado pela hierarquia médico-centrada.  
Às doulas, linha de frente na difusão da urgente necessidade da valorização de uma  
experiência de parto positiva.  
Às ativistas do movimento da humanização do parto no Brasil, que abriram meus olhos e  
meu coração para a imperativa necessidade da conexão humana com as mulheres parindo.  
Dedico especialmente este trabalho a duas pessoas que me inspiram a seguir acreditando:  
meu obstetra, Jorge Kuhn, e minha parteira, Ana Cristina Duarte.*

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora Fernanda Surita, que por muitas vezes esteve atenta e forte ao meu lado. Sua generosa firmeza e perseverança de pesquisadora possibilitou que eu concluísse este projeto depois de muitas curvas no rio. Em tempos de ameaça à livre expressão das ideias, faz-se urgente destacar toda minha admiração às suas convicções científicas e humanas.

Aos profissionais do CAISM e da Comissão de Pós-Graduação, que seguem trabalhando na linha de frente da produção do conhecimento científico nacional, da assistência à saúde das mulheres e do ensino obstétrico. Aos demais professores, funcionários e colegas doutorandos do CAISM, que compartilharam essa trajetória comigo. Especialmente aos professores Rodolfo Pacagnella, que generosamente me ajudou na organização do banco de dados deste trabalho e possibilitou uma análise mais profunda dos resultados, e Luiz Gustavo Brito, pela leitura atenta e excelentes sugestões na elaboração do segundo artigo. À amiga doutoranda Débora Schützer, pela contribuição na elaboração do terceiro artigo; à Conceição Silva, pela revisão atenta do material, e ao estatístico Helymar Machado, pela disponibilidade ímpar na revisão estatística.

Aos meus pais, Raquel e Roberto Giordano, que, para além de meu imenso porto seguro de afeto e presença, são grandes pesquisadores e meus mais belos exemplos de ética e perseverança na construção de mundo mais justo.

Ao meu marido, Guilherme Sandler, meu grande incentivador, que se jogou corajosamente no meu rio revolto por correntezas, cachoeiras e pedras, e dele sabiamente pescou lindos peixes. Seu amor, sua parceria, sua criatividade e seu ativismo apaixonantes são a combinação mais ousada e maravilhosa que eu poderia esperar do que se chama casamento.

Aos meus filhos, Eduardo e Elis, e à pequena Dora, que partiu muito pequena do meu ventre e cumpriu seu papel de transmutar dor em crescimento. Três gestações, dois lindos partos e um doloroso aborto durante o doutorado me fizeram acreditar ainda mais na potência dos corpos femininos e nas histórias que precisamos continuar contando.

À minha incrível rede de apoio; só as mães entendem como ela se faz valiosa e necessária para que possamos seguir na missão quase impossível de maternar com presença e amor e manter nossas paixões profissionais vivas. À babá dos meus filhos, Maria Aparecida Carluccio (a querida Nenê-babá) e ao seu companheiro Milton Carluccio; novamente aos meus pais, que merecem duplo agradecimento diante de tanta beleza e presença que empregam em minha vida; aos meus sogros Marta Labriola e Sergio Sandler; à minha tia Lucia Elena Camargo; ao meu irmão Bruno Giordano; às minhas cunhadas Daniele Ferreira, Livia Botin, Luiza Sandler e Carlos Sandler; e à minha prima Giovana Venturelli. Sem o apoio de todos vocês, eu não teria conseguido.

Às minhas maravilhosas companheiras de parto Carolina Maia, Flavia Estevan, Andrea Carreiro e Cristina Balzano, parteiras de mão cheia e de coração generoso, sempre dispostas a me oferecer colo e coragem. Mulheres que amam o que fazem,

que diariamente me tiram da zona de conforto e me ensinam com suas humanidades a lidar com as entranhas do imenso privilégio que é a conexão profunda com uma mulher parindo e com a parteria-arte.

À amiga Ana Luíza Gibertoni, médica e cientista brilhante que muito me inspira e que me ajudou com sugestões e traduções do segundo artigo. À Jessica Cirelli, parteira nata, dona das melhores manobras de resolução de distócia de ombro que já vi e grande incentivadora deste trabalho, cuja ajuda na coleta de dados do segundo projeto foi fundamental. Às velhas e novas amigades, que mesmo distantes em alguns momentos da jornada são figuras cativas no meu coração e peças-chave no delicado equilíbrio emocional de uma doutoranda, mãe, obstetra e esposa: Luciane Bottamedi, Renata Di Sessa, Sandra Brocksom, Karin Blikstad, Tatiana Dimov, Marília Mader, Milena Codato e Viviane Pepice.

Aos obstetras humanizados de São Paulo, que gentilmente me receberam em seus consultórios e forneceram os contatos de suas clientes, possibilitando dessa forma que este projeto acontecesse.

Ao movimento de humanização do parto e nascimento no Brasil e a suas multifacetadas mulheres e homens inspiradores, que abriram meus olhos e os de tantos outros para a necessária mudança de paradigma na assistência obstétrica: Daphne Rattner, Melania Amarin, Leila Katz, Carla Polido, Ana Cristina Duarte, Gabriela Hugues, Mariana de Mesquita, Maira Libertad, Ana Paula Caldas, Claudia Guimarães, Roxana knobel, Simone Diniz, Eduardo Chauvet, Ricardo Jones, Ligia Sena e tantas outras.

Às mulheres que participaram deste estudo, confiaram suas histórias aos meus cuidados e me inspiram a seguir lutando por uma assistência ao parto centrada na mulher.

A todas as mulheres cuja jornada de gravidez e parto eu tive o imenso privilégio de acompanhar, especialmente àquelas que estiveram comigo antes da difícil e constante metamorfose de obstetra tecnocrata a humanista.

À CAPES, pelo apoio financeiro. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Finalmente, talvez o mais importante: às mulheres que têm seus corpos expostos às boas intenções dos profissionais do parto, contudo sem a necessária conexão com os seus medos e anseios. A essas mulheres minhas profundas desculpas, por mim e por toda a estrutura hierárquica médico-centrada do parto institucional, que dispõe dos seus corpos como objeto e não sujeito ativo de cuidado. São minhas memórias pessoais como algoz de violência obstétrica que transmutam a dor do erro em coragem para continuar sendo voz ativa na difusão da assistência humanizada ao parto e nascimento.

*"A vida de alguém tem valor enquanto alguém atribui valor à vida dos outros, por meio do amor, da amizade, da indignação e da compaixão"*

*Simone de Beauvoir*

## RESUMO

**Objetivos:** Conhecer a prevalência de cesárea de acordo com tipo de financiamento e características socioeconômicas em Campinas-SP; avaliar a prevalência de boas práticas na assistência humanizada ao parto e nascimento (AHPN) e desfechos perinatais; compreender vivências de parto em São Paulo-SP. **Métodos:** Foram realizados dois estudos de corte transversal: o primeiro foi uma análise secundária em Campinas-SP avaliando três maternidades (pública, público-privada e privada) entre 2011 e 2014. A amostra calculada foi de **995** casos. Critérios de elegibilidade: pós-parto, gestação única e recém-nascido vivo. Avaliados dados sociodemográficos, planejamento da gravidez e atendimento pré-natal, via de parto, dados do recém-nascido e tipo de seguro social. O segundo foi um estudo original com mulheres que buscaram a AHPN, entre 2014 e 2017. Um questionário inspirado na publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) *Care in normal birth: a practical guide* foi enviado por e-mail para as mulheres elegíveis. A amostra foi calculada em **385** casos. A análise estatística de ambos os estudos utilizou frequências e porcentagens e análise de associação com testes *t* de Student e de Qui-quadrado de Pearson. O nível de significância foi de 5% e foram utilizados os *softwares* Epi-info 7.2 e NVIVO 12. Ambos os estudos foram aprovados na Plataforma Brasil. **Resultados:** no primeiro estudo, **1276** mulheres foram entrevistadas. A taxa de cesárea foi de 57% e, respectivamente, de 42%, 55% e 90% para as maternidades pública, mista e privada. O risco de cesárea esteve relacionado a formação superior, possuir emprego, gravidez planejada, atendimento pré-natal privado e primiparidade. No segundo estudo, 1012 mulheres foram procuradas; **580** foram incluídas no estudo. A taxa de cesárea foi de 15,5%; 97% tinham formação superior e 75%, renda familiar  $\geq 10$  salários mínimos; 98% elaboraram um plano de parto; 81% pariram em posição alternativa, com 1% de episiotomia. Todos os escores de APGAR de 5 minuto foram  $\geq 7$  e 2% de transfusão sanguínea pós-parto; 96% tiveram contato pele a pele imediatamente após o parto; 6% relataram violência obstétrica; 76% foram acompanhadas por uma doula e 83%, por parteiras. O antecedente de cesárea não aumentou o risco de cesárea (OR 0,68, IC 95% 0,37–1,24); a indução de trabalho de parto aumentou em 3 vezes o risco de cesárea (OR 3.14, IC 95% 1,89–5,23) e o parto na água reduziu a chance de laceração perineal (OR 0.3, IC 95% 0,1–0,5). Mulheres acompanhadas dentro do modelo de AHPN relataram que a contratação de equipe particular multidisciplinar que respeitasse seu protagonismo e autonomia e as



protegesse dos protocolos hospitalares foi fundamental para uma experiência de parto positiva. **Conclusões:** Melhores condições socioeconômicas e primiparidade foram associadas a maior risco de cesárea no primeiro estudo. Uma experiência segura e positiva de parto e a redução da taxa de cesáreas, conforme recomendado pela OMS, podem ser obtidas através do trabalho de equipe multidisciplinar focada na autonomia da mulher e no compartilhamento de informações, responsabilidades e escolhas durante pré-natal e parto. A vivência de uma assistência ao parto humanizada refletiu positivamente no vínculo mãe-bebê.

**Palavras chave:** Parto Humanizado. Direitos da Mulher. Equipe multiprofissional em saúde. Taxa de cesárea. Experiência positiva de parto.

## ABSTRACT

**Objectives:** To determine the Cesarean Section (CS) rate in Campinas city according to category of health insurance and socioeconomic characteristics associated with the mode of delivery and to assess the prevalence of birth practices, perinatal outcomes and to explore the experience of birth of women assisted by the respectful maternity care (RMC) model in São Paulo city. **Methods:** Two cross-sectional studies were carried out: the first was a secondary analysis in Campinas-SP performed in three maternity services (public, mixed public and private, and private center) from 2011 to 2014. Calculated sample size was **995**. Eligibility criteria were: postpartum, singleton pregnancy and live newborn. Socio-demographic, pregnancy planning and prenatal care information, type of birth, newborn data and type of health insurance data were collected. The second was an original study with women who searched RMC model of assistance, from 2014 to 2017. A questionnaire adapted from World Health Organization's (WHO) publication "Care in normal birth: a practical guide" was sent by email to eligible women. The sample size was calculated in **385** cases. Statistical analysis in both studies used frequencies and percentages and analysis of association with *t*-student and Chi-square test. The assumed level of significance was 5% and the software Epi-info 7.2 and NVIVO 12 software for qualitative analysis. Both studies were approved by the National Review Board. **Results:** A total of **1276** women were included in the first study. The overall CS rate was 57%: 42%, 55% and 90% for public, mixed, and private maternity services, respectively. CS risk was related to higher education, employment, planned pregnancy, antenatal care in a private service, and primiparity. In the second study **1012** women were sought; **580** interviews were included in the study. CS rate was 15,5%, 97% reported bachelors' degree, 75% were from high-income households, 98% had a birth plan; 81% gave birth in an alternative position, 1% of episiotomy. All 5-min APGAR score were  $\geq 7$  and 2% of women received blood transfusion, 96% had skin-to-skin contact immediately after birth, 6% reported obstetric violence, 76% were assisted by a doula and 83% hired a midwife. Previous CS did not raise the risk of subsequent CS (OR 0.68, 95% CI 0.37-1.24), induction of labor raised the risk of CS (OR 3.14, CI 95% 1.89-5.23) and water birth reduced perineal tears (OR 0.3, CI 95% 0.1-0.5). Women attended in the RMC model reported that hiring a private multidisciplinary birth team that respected their protagonism and autonomy during childbirth and protected them from facilities protocols was essential for a positive birth experience. **Conclusion:** Better

socioeconomic conditions and primiparity were associated with higher CS rates in the first study. A multidisciplinary team focused on women's autonomy by sharing information, responsibilities and choices during prenatal care and birth is a possible path for a safe and positive birth experience and also to reduce CS rates as recommended by WHO. The experience of respectful maternity care childbirth assistance reflected positively on the mother-baby bond.

**Keywords:** Humanizing Delivery. Women's Rights. Multiprofessional health team. CS rate. Positive birth experience.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHPN	Assistência Humanizada ao Parto e Nascimento
AIG	Adequado para Idade Gestacional
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
DUM	Data da Última Menstruação da gestante
GIG	Grande para Idade Gestacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
IMC	Índice de Massa Corporal
MBE	Medicina baseada em evidências
MNFAD	Método não farmacológico de alívio da dor
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-Nascido
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (DATASUS)
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS.....	18
2.1. Objetivo geral.....	18
2.2. Objetivos específicos.....	18
3. METODOLOGIA.....	19
3.1. Projeto 1.....	19
3.2. Projeto 2.....	23
3.3. Considerações éticas.....	33
4. RESULTADOS.....	35
4.1. Artigo 1.....	36
4.2. Artigo 2.....	44
4.3. Artigo 3.....	62
5. DISCUSSÃO GERAL.....	78
6. CONCLUSÕES.....	85
7. REFERÊNCIAS.....	86
8. ANEXOS.....	90

## 1. INTRODUÇÃO

A busca por uma experiência materna positiva na assistência ao parto e o respeito à autonomia da mulher têm sido a tendência mundial para a assistência obstétrica e o objetivo de declarações recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1, 2). Até recentemente, a satisfação das mulheres com o processo de trabalho de parto não era valorizada ou estudada, tampouco os desfechos maternos e neonatais relacionados. A Assistência Humanizada ao Parto e Nascimento (AHPN) é a nova consciência de um direito humano básico: o respeito aos direitos fundamentais das mulheres, dos recém-nascidos e das famílias durante o processo de trabalho de parto e à prática da assistência baseada em evidências, além do reconhecimento e valorização das idiosincrasias de cada família (3-5).

Segundo estudo da Fiocruz, no início da gravidez, 15% das brasileiras atendidas em serviços públicos e 36% das mulheres em atendimento privado queriam ser submetidas a uma cesárea. Até o final da gravidez, as mulheres atendidas em serviços públicos mantiveram os 15% de preferência pela cesárea; no entanto, aumentou para 67% o percentual de mulheres sob cuidados privados que escolheram a cesárea até o final do pré-natal (6).

A busca das mulheres por uma experiência de parto mais satisfatória e não violenta é um dos fatores da aceitação da cesárea pelas mulheres, uma vez que a assistência ao parto normal no Brasil ainda está muito associada a experiências negativas (7, 8). O uso indiscriminado de intervenções que aceleram o trabalho de parto ou promovem cicatrizes muitas vezes evitáveis, e a ausência de um companheiro de escolha durante o trabalho de parto são alguns dos fatores ligados à experiência negativa das mulheres durante o parto (8-11).

O Brasil permanece entre os países com maior taxa de cesárea no mundo: 55,6% (12, 13). Existe ainda uma grande diferença entre as taxas de cesárea nos setores público e privado, sendo que no setor privado essa taxa é usualmente próxima a 90% (14). Ainda que muitas mulheres e até profissionais da saúde acreditem que a cesárea pode ser uma escolha tão segura quanto o parto normal ou até mais segura, o aumento das taxas de cesárea no Brasil não foi acompanhado por melhorias nos indicadores de atenção obstétrica (11, 15).

Mudanças graduais em direção a uma diminuição das causas evitáveis da mortalidade materna são agora entendidas como um fenômeno chamado “transição obstétrica” (16). Esse conceito refere-se à tendência global de diminuição das altas taxas de morbimortalidade maternas por causas diretas, com uma proporção crescente de causas indiretas, pela institucionalização e medicalização do trabalho de parto e pelo aumento nas taxas de intervenção obstétrica. Os países desenvolvidos iniciaram sua transição há mais de um século, ao passo que o Brasil começou essa transição mais recentemente e ainda está em estágios intermediários do processo (17). Tais mudanças estão fortemente associadas à implementação de políticas públicas que promovam o desenvolvimento social e a conscientização sobre a saúde.

Em 2015, foram lançados pela Organização das Nações Unidas (ONU) os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS, de 2015–2030), que são uma versão mais abrangente e atual dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM, de 2000–2015) (18). Na terceira meta dos ODS, que se refere à saúde, foi adicionado ao objetivo geral o “bem-estar para todos”; foi a primeira vez que o bem-estar foi destacado como ponto importante para norteamo de políticas públicas (18, 19).

Nas últimas décadas, a Razão de Morte Materna (RMM) no Brasil não atingiu a meta dos ODM de redução por 75% de 1990 a 2015, mas teve um avanço significativo, com redução de mais de 50% (15). Sabe-se que mais de 98% das brasileiras têm assistência hospitalar ao parto; historicamente, a mudança do cenário principal da assistência ao parto do ambiente domiciliar para o hospitalar, juntamente com os avanços tecnológicos na área da saúde, evitou milhões de mortes maternas. Ainda assim, sabe-se que, mesmo quando mulheres têm acesso a intervenções medicamentosas e cirúrgicas na assistência ao parto e a equipe qualificada, se elas já experimentaram violência ou maus tratos tendem a adiar a procura por atendimento ou a se recusar a essa procura, aumentando seus riscos e a chance de desfechos graves. (20, 21).

Nos anos 1990, publicações sobre maus tratos na assistência ao parto iniciaram uma conscientização crescente entre mulheres grávidas de que a assistência ao parto frequentemente violava direitos humanos e era uma experiência desagradável. Na intenção de orientar a assistência ao parto em todo o mundo, ainda nos anos noventa, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o documento *Care in Normal Birth: a practical guide*, classificando as práticas relacionadas ao parto e nascimento em

quatro categorias: A: Práticas úteis que devem ser encorajadas; B: Práticas prejudiciais que deveriam ser eliminadas; C: Práticas que têm evidências insuficientes e devem ser usadas com cautela; e D: Práticas que são frequentemente usadas de forma inadequada (22).

Em 1993, uma organização da sociedade civil foi fundada na capital brasileira: Rede Brasileira para a Humanização do Parto (ReHuNa). A demanda central da ReHuNa é a valorização do processo fisiológico do nascimento, de modo que se evite o uso desnecessário de intervenções no parto e que se promovam cuidados perinatais baseados em evidências (23).

Em 2001, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o manual *Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher*, primeira iniciativa nacional de valorização dos direitos reprodutivos das mulheres e de preocupação com a satisfação materna no parto (24). Concomitantemente a essas iniciativas, muitos grupos da sociedade civil começaram a se reunir para orientação e apoio às mulheres brasileiras que buscavam evitar intervenções desnecessárias, dentre elas a cesárea sem indicação obstétrica ou o parto normal com intervenções rotineiras como episiotomia, posição litotômica ou condução do segundo período com ocitocina. Em São Paulo, os grupos de apoio à AHPN oferecem hoje informações para gestantes e familiares sobre hospitais públicos e obstetras privados que assistem o parto hospitalar de acordo com as declarações da OMS, baseiam seus processos de decisão na medicina baseada em evidências (MBE) e, principalmente, possuem taxas de cesárea próximas às recomendadas pela OMS. Esses grupos também ajudam as mulheres a denunciar maus tratos e comportamento desrespeitoso durante o parto (25-27).

A crescente busca das mulheres por uma experiência de parto mais fisiológica e respeitosa esbarra atualmente na dificuldade de grande parte dos profissionais do setor privado em atender essa demanda, entre outros motivos devido à necessidade de cumprir protocolos institucionais engessados e muitas vezes não norteados pela MBE, e à falta de uma equipe transdisciplinar para assistência ao parto.

Este trabalho pode mostrar novos caminhos para a redução da alarmante taxa de cesáreas e dos desfechos negativos correlatos, como as altas taxas de intervenções no trabalho de parto, as internações em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal e



o desmame precoce. Contempla ainda possibilidades para uma vivência do processo de trabalho de parto mais prazerosa pelas mulheres.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

- Conhecer a taxa de cesárea nas mulheres campineiras de acordo com a categoria de seguro de saúde, características socioeconômicas e antecedentes obstétricos e a prevalência de boas práticas na assistência humanizada ao parto de risco habitual entre mulheres do setor privado na cidade de São Paulo e seus desfechos maternos e perinatais.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Identificar a taxa de cesárea em mulheres campineiras de acordo com a categoria de seguro de saúde, antecedentes obstétricos, características socioeconômicas e os seus respectivos desfechos maternos e perinatais.
- Identificar o percentual de práticas na assistência ao parto, práticas que devem ser evitadas ou eliminadas e práticas que ainda não tem evidência científica ou que são usualmente realizadas de maneira inadequada, a via de parto e os desfechos perinatais na assistência humanizada ao parto de risco habitual na cidade de São Paulo.
- Compreender as vivências relatadas pelas mulheres na assistência humanizada ao parto de risco habitual na cidade de São Paulo.

### **3. METODOLOGIA**

Para cumprir os objetivos propostos o presente trabalho aborda resultados de dois projetos de pesquisa distintos, ambos com a mesma linha, voltados à avaliação da assistência obstétrica e seus desfechos correlatos. O método de cada é descrito separadamente.

#### **3.1. Projeto 1**

##### **3.1.1. Desenho do Estudo**

Corte transversal, multicêntrico, realizado em três maternidades da cidade de Campinas – SP. Análise secundária de dados.

##### **3.1.2. Tamanho Amostral**

Calculado para se obter uma amostra representativa dos nascimentos na cidade de Campinas – SP, caracterizando um estudo de base populacional. Estimou-se a população do estudo a partir de informações disponíveis do ano anterior ao início do estudo (2010), dos dados disponíveis no DATASUS/SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos). O número observado de nascimentos decorrentes de gestação única de mulheres residentes no município de Campinas foi de 14.693 no ano de 2010. Para o cálculo, foi assumida a maior variabilidade possível baseada na prevalência de cesárea; portanto  $p = 50\%$  (0,5), e um nível de significância de 5%, Erro amostral = 3%,  $n = 995$ .

Para orientar a determinação dos centros colaboradores a serem incluídos no estudo, considerou-se o número de nascimentos em cada centro, sendo selecionados aqueles que concentraram o maior número de partos e assim a distribuição da amostra em cada centro.

Foram selecionados quatro centros que correspondem a 76% dos partos da cidade de Campinas, no entanto um dos centros recusou-se a participar do estudo. A amostra foi então composta pelos centros: Maternidade A (número de partos/ano = 6800), Maternidade B (número de partos/ano = 2335), Maternidade C (número de partos/ano = 2002), em um total de  $n=11.137$  nascimentos (75,8% da população de nascidos em Campinas em 2010). Os centros representam respectivamente, 46,3%, 15,9%, 13,6%

da amostra de 11.137 nascimentos, esta proporção foi considerada na amostragem proporcionalmente.

### 3.1.3. Variáveis

**Idade materna:** tempo, em anos completos, transcorrido a partir da data de nascimento até a data da coleta de dados, segundo a mulher.

**Cor da pele:** cor da pele da mulher, auto classificada por ela – branca, preta, parda, amarela, indígena segundo as categorias utilizadas no censo demográfico de 2000, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dicotomizada em brancas e não brancas.

**Estado marital:** situação conjugal, referida pela mulher: com ou sem companheiro.

**Escolaridade:** nível máximo de educação escolar formal referido pela participante. Categorizada posteriormente em: ensino fundamental, ensino médio, ensino superior ou pós-graduação.

**Paridade:** quantidade de partos anteriores com idade gestacional superior a 22 semanas, referida pela mulher, independente da condição de vitalidade fetal.

**Serviço onde realizou o pré-natal:** local onde a mulher recebeu assistência pré-natal. Categorizado em público ou privado.

**Financiamento do Pré-Natal:** tipo de financiamento referido pela mulher. Categorizado em público ou privado.

**Financiamento do Parto:** tipo de financiamento na assistência ao parto referido pela mulher. Categorizado em público ou privado.

**Gravidez Planejada:** referido pela mulher, quando perguntado se a atual gravidez foi planejada. Categorizada em sim, não e não quis responder.

**Idade gestacional no início do pré-natal:** tempo de gestação medido em semanas, de acordo com a data da última menstruação, segundo consta no cartão de pré-natal ou pelo exame de ultrassom realizado até a primeira metade da gestação, na ocasião da primeira consulta registrada no cartão de pré-natal (limites definidos pelos critérios de inclusão).

**Idade gestacional no final da gestação:** tempo de gestação medido em semanas de acordo com a data da última menstruação, segundo consta no cartão de pré-natal ou pelo exame de ultrassom realizado até a primeira metade da gestação, na ocasião do parto, registrada no cartão de pré-natal (limites definidos pelos critérios de inclusão).

**Peso inicial:** peso (em kg) registrado na ocasião da primeira consulta de pré-natal. IMC no início do pré-natal: calculado através do peso no início do pré-natal (primeira consulta) em quilogramas (kg) dividido pela altura em metros (m) ao quadrado.

**Peso final:** peso (em kg) na última consulta de pré-natal ou na ocasião do parto, registrado no cartão de pré-natal ou no prontuário, em kg (peso mais próximo da data do parto).

**Ganho de peso gestacional:** peso (em kg) total adquirido durante a gravidez, calculado pelo pesquisador com base na diferença entre peso final e peso pré-natal (referido pela participante).

**Via de parto da gestação atual:** forma como ocorreu o nascimento da criança, como consta no prontuário: vaginal, fórceps, cesárea.

**Idade gestacional clínica do RN:** determinação da idade gestacional da criança ao nascer, utilizando determinados critérios somáticos.(28)

**Peso do recém-nascido:** peso do RN em gramas, medido no ato do nascimento, conforme consta no prontuário.

**Adequação do peso do RN:** adequação do peso do RN à sua idade gestacional segundo a curva de Alexander (1996), categorizada em adequado (AIG), pequeno (PIG) ou grande (GIG) para idade gestacional [48].

**Vitalidade do recém-nascido:** avaliação das condições de vida do recém-nascido através do índice de APGAR no 1º e 5º minutos de vida, segundo consta no prontuário, categorizado de zero a dez.

#### **3.1.4. Seleção dos centros participantes**

Foram selecionados os centros com as maiores concentrações do número de partos no ano de 2010. Uma carta-convite foi enviada para as maternidades selecionadas a fim de obter aprovação para coleta de dados nas instituições. Das quatro maternidades selecionadas apenas uma maternidade não autorizou a coleta de dados nas suas dependências. A amostra foi coletada por três pesquisadoras que alternavam os dias durante a semana para a coleta de dados, sendo os casos selecionados de maneira sequencial no tempo.

#### **3.1.5. Seleção dos sujeitos**

Foram selecionadas mulheres no puerpério imediato, que realizaram o parto hospitalar. As mulheres foram triadas nos alojamentos conjuntos ou enfermarias das maternidades participantes. As mulheres que residiam em Campinas, estavam no puerpério imediato e deram à luz a recém-nascidos vivos foram convidadas a participar do estudo. As entrevistadas receberam informações sobre o estudo e sua

participação, consistindo em entrevista através de questionários e coleta de dados dos prontuários, sem necessidade de retornos ou exames extras e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 1) foram incluídas no estudo.

### **3.1.6. Critérios de inclusão**

Mulheres no puerpério imediato internadas nas maternidades selecionadas,

Ter dado à luz a recém-nascido vivo,

Residir na cidade de Campinas-SP.

### **3.1.7. Critérios de exclusão**

Gestação múltipla,

Gestantes com dificuldade de leitura e/ou comunicação,

Condições clínicas que dificultaram a participação na pesquisa,

Idade de início de pré-natal após 12 semanas,

Não ter informação sobre altura e peso no início (primeira visita) do pré-natal e no final do pré-natal (última visita).

### **3.1.8. Instrumento para coleta de dados**

#### **Lista de verificação**

Contém os critérios de inclusão e exclusão verificados para permanência dos sujeitos no estudo (Anexo 2).

### **3.1.9. Ficha de coleta de dados**

Ficha de dados pré-codificada elaborada para a pesquisa, composta por questões abertas e fechadas sobre dados pessoais, sociodemográficos e obstétricos da mulher,

e os dados do recém-nascido. As informações foram obtidas parte nos prontuários e parte por informações fornecidas pela própria mulher (Anexo 3).

### **3.1.10. Coleta de dados**

Cada participante respondeu verbalmente às perguntas em relação aos dados sociodemográficos. Os dados referentes à história obstétrica, evolução da gestação, parto e as variáveis do recém-nascido foram extraídos dos prontuários da mulher e do recém-nascido e da carteira de pré-natal.

### **3.1.11. Plano de Análise**

Os resultados foram descritos com média e desvio padrão (DP) para desfechos contínuos com distribuições normais, a mediana e a variação para desfechos contínuos com distribuições não-normais e a frequência e porcentagem para desfechos categóricos.

As associações entre as variáveis e o tipo de parto (cesárea ou vaginal) foram testadas usando testes *t* de Student (para variáveis contínuas) e testes de qui-quadrado (para variáveis categóricas). Para estimar a chance de cesárea, foi calculado o odds ratio (OR) e o intervalo de confiança (IC) de 95% correspondente. O nível de significância foi assumido como sendo de 5%. O software utilizado para realizar a análise estatística foi o Epi-info versão 5.1 e o SAS versão 9.2.

## **3.2. Projeto 2**

### **3.2.11. Desenho do Estudo**

Estudo original de corte transversal, realizado com mulheres que foram assistidas em maternidades da rede privada da cidade de São Paulo- SP.

### 3.2.12. Tamanho Amostral

O cálculo amostral foi feito para estimativa de proporção para um estudo com ausência de informação na literatura da estimativa de proporção de parto humanizado. Para tanto, fixamos a estimativa da proporção em 50%, que fornece o maior tamanho amostral. O erro amostral foi estipulado em 5% e o nível de significância (*valor de p*) de 5%. Com esses valores o cálculo do tamanho amostral foi de **385** sujeitos. (28)

### 3.2.13. Conceitos e Variáveis

#### 3.2.14. Conceitos

##### **Formas de término da gestação:**

**Parto Normal:** segundo definição do Ministério da Saúde (MS) é o parto vaginal de termo, de baixo risco no início do trabalho de parto, e assim permanece por todo o trabalho de parto e parto, com recém-nascido vivo.

**Parto Instrumental:** parto vaginal com uso de vácuo extração ou fórceps.

**Cesariana:** técnica de extração cirúrgica do feto por via abdominal

##### **Antecedente de doenças crônicas, ginecológicas e obstétricas:**

**Hipertensão arterial:** hipertensão de qualquer etiologia, com nível da pressão  $\geq 140$ -90 mmHg presentes antes da gravidez ou diagnosticada até a 20ª semana de gestação.

**Antecedente de Diabetes mellitus (pré-gestacional):** definida pela elevação da glicose no sangue, diagnosticada através de exame de sangue. Dividida em: Diabetes tipo 1: Surgimento na infância; Diabetes tipo 2: Surge quando o indivíduo já é adulto, porém antes da gestação atual;

**Herpes genital:** presença no momento do parto de lesões vesiculares em mucosa genital ou colo uterino, com base eritematosa, usualmente em forma de cachos, pruriginosa e dolorosa.

**Anomalias da inserção placentária:** placenta prévia centro total ou acretismo placentário.



### 3.2.15. Variáveis

**Idade materna:** tempo em anos transcorridos a partir da data de nascimento até a data da coleta de dados, segundo a mulher. Categorizadas em: <20, 20-29, 30 a 35 e >35.

**Cor da pele:** cor da pele da mulher, auto classificada por ela: branca, preta, parda, amarela ou indígena; segundo as categorias utilizadas no censo demográfico de 2000, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e dicotomizada em brancas e não brancas.

**Estado marital:** situação conjugal da gestante, referida pela mulher: Com companheiro(a)/Sem companheiro(a).

**Escolaridade:** Referido pela mulher: ensino fundamental completo, ensino médio completo, superior completo, pós-graduação

**Profissão:** ocupação, ofício, emprego, trabalho ou atividade especializada exercida dentro da sociedade, referido pela mulher em campo aberto.

**Renda familiar:** somatório da renda individual de moradores do mesmo domicílio em salários mínimos (R\$880,00), proveniente de salários, proventos, pensões, pensões-alimentícias, benefícios de previdência pública ou privada, comissões, pró-labore, outros rendimentos do trabalho não assalariado, rendimentos do mercado informal ou autônomo. Categorias: <um salário-mínimo, um a cinco, seis a 10, 11 a 20, >20.

**Financiamento do Pré-Natal:** tipo de financiamento referido pela mulher. Categorizado em público, privado ou ambos.

**Paridade:** quantidade de partos anteriores, referida pela mulher, independente da condição de vitalidade fetal, excluindo abortos. Categorizada de zero a três, e campo aberto para outras.

**Via de partos anteriores:** forma como ocorreram os partos anteriores ao que estamos pesquisando: nenhum, 1 cesárea, 1 parto normal, 2 cesáreas, 2 partos normais, 1 parto normal e 1 cesárea, campo aberto: outros. Categorizada posteriormente em cesárea, normal ou sem antecedente.

**Antecedente de aborto:** expulsão do feto com menos de 500 gramas, ou idade gestacional menor que 22 semanas. Categorizado em zero, um, dois, mais que dois.

**Medicação:** uso de algum medicamento (exceto poli vitamínicos) durante a gestação, referido pela mulher. Categorizado em: não, sim.

**Local do Pré-natal:** maioria do acompanhamento da gestação em consultas pré-determinadas. Categorizado em SUS, privado, ambos, não fez pré-natal.

**Planejamento do parto:** discussão durante o pré-natal determinando as preferências da mulher quanto ao local de nascimento, as possíveis intervenções durante o parto, momento ideal para internação, fases do trabalho de parto e composição da equipe de parto. Categorizados em: sim, não, parcialmente, não sei, campo aberto (outros);

**Doenças associadas à gestação:** desenvolvimento durante seu pré-natal ou puerpério (pós-parto) de doenças associadas à gestação: Diabetes gestacional, hipertensão gestacional/ pré-eclâmpsia, Síndrome HELLP, não sei, campo aberto (outros);

**Alterações fetais durante o pré-natal:** diagnóstico de alterações fetais realizado durante as consultas e/ou exames pré-natais, referidas pela entrevistada, categorizada em: nenhuma, restrição de crescimento fetal, diminuição do líquido amniótico, aumento do líquido amniótico, alteração na circulação de sangue fetal (diagnosticado ao ultrassom doppler), não sei, campo aberto: outros.

**Apresentação fetal durante o trabalho de parto:** insinuação do feto, referido pela entrevistada, categorizada em: cefálico (cabeça para baixo), pélvico (bumbum para baixo), situação transversa, não sei.

**Indução do parto:** internação agendada para estimular as contrações com medicamentos, antes do início espontâneo do trabalho de parto. Categorizados em: sim, não, não se aplica, não sei.

**Indicação da indução:** caso a entrevistada tenha sido internada para indução, deverá responder se sabe qual o motivo da indução. Categorizada em: Ruptura da bolsa amniótica antes do início do trabalho de parto, idade gestacional  $\geq 41$  semanas, restrição de crescimento fetal e/ou alteração na circulação sanguínea fetal, diabetes gestacional, hipertensão gestacional (pré-eclâmpsia, HELLP síndrome), não sei, não se aplica, outras (campo aberto).

**Enemas:** prescrição de enemas (laxantes) no momento da internação. Categorizados em: sim, não, não sei.

**Tricotomia:** raspagem de pelos pubianos no momento da internação. Categorizados em: sim, não, parcialmente, não sei.

**Presença de doula:** presença de acompanhante de parto profissional, responsável pelo conforto físico e emocional da parturiente durante o pré-parto, nascimento e pós-parto. Categorizados em: sim, não, parcialmente, não sei o que é doula, campo aberto (outros).

**Presença de obstetriz/ enfermeira obstetra:** presença de profissional formada em obstetrícia ou enfermagem obstétrica, responsável pela assistência técnica da parturiente durante nascimento. Categorizados em: sim, não, parcialmente, campo aberto (outros).

**Acompanhante de escolha:** permissão para estar acompanhada do parceiro, familiar ou pessoa de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto. Categorizados em: sim, não.

**Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida:** manter o recém-nascido junto ao colo da mãe durante a primeira hora de vida e permitir amamentação. Categorizados em: sim, não, parcialmente, não sei.

**Aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade:** somente para partos ocorridos há mais de seis meses do momento da entrevista. O bebê foi nutrido exclusivamente pelo leite da mãe até seis meses de vida? sim, não, parcialmente (com complemento de leite artificial), não sei, meu bebê tem menos de seis meses, campo aberto (outros). Categorizado em: sim (sim e parcialmente) e não.

**Tempo de aleitamento materno:** quanto tempo a mulher amamentou o bebê, pergunta direcionada para as mulheres que já desmamaram seus bebês. Categorizada em: até dois meses, de dois a quatro meses, quatro a seis meses, seis a 12 meses, 12 a 18, >24 meses, não amamentei, sigo amamentando meu bebê, outros.

**Idade gestacional ao nascimento:** valor relatado à mãe pelo pediatra para determinação da idade gestacional da criança ao nascer, utilizando critérios somáticos descritos por CAPURRO et al (42). Categorizado em <37 semanas, 37 a 38 semanas, 38+1 a 39 semanas, 39+1 a 40 semanas, 40+1 a 42 semanas, > 42 semanas ou não sei.

**Peso do recém-nascido:** peso medido no ato do nascimento, conforme relato materno. Categorizado em: <2500 gramas, 2500 a 3500 gramas, 3501 a 4000 gramas, 4001 a 4500 gramas e > 4500 gramas.

**Índice de Apgar:** avaliação da vitalidade do recém-nascido ao primeiro e ao quinto minutos de vida, segundo informação do neonatologista, de acordo com relato materno: categorizados de zero até 10 no primeiro minuto e de zero a 10 no quinto minuto.

**Internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal:** transferência do recém-nascido para UTI após o parto. Categorizado em: sim, não.

**Transfusão sanguínea:** necessidade da mulher de receber transfusão sanguínea após o parto. Categorizados em sim, não, não sei.

**Infecção puerperal:** prolongamento da internação ou reinternação para realização de antibióticos. Categorizados em sim, não, não sei.

**UTI materna:** internação materna em UTI após o parto. Categorizados em sim, não.

**Violência obstétrica:** definida segundo a defensoria do estado como: “apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos impactando na sexualidade e negativamente na qualidade de vida das mulheres. Categorizado em: sim, não, parcialmente, não sei (29).

**Tipo de violência obstétrica:** segundo classificação da defensoria pública do estado de São Paulo: Atendimento negado ou dificultado; permanecer sem água ou comida durante o trabalho de parto, gritos direcionados a parturiente; Impedimento de escolha pela parturiente da forma e de local do parto, obrigando-a, por exemplo, a se submeter a uma cesárea ou à episiotomia (corte na vagina) por interesse ou conveniência do profissional da saúde; proibição da presença de acompanhante, outra (campo aberto)(29).

**Tentaria parto normal na próxima gravidez:** desejo da mulher de vivenciar o trabalho de parto numa gestação futura. Categorizado em sim, não, não sei.

**Aspectos positivos do parto:** apontamento da mulher quanto aos aspectos positivos da sua experiência de parto, podendo responder mais de uma questão como afirmativa. Categorizado em: fiquei feliz de ter entrado em trabalho de parto; gostei da minha experiência de parto, gostei de ter participado ativamente do meu trabalho de parto, senti segurança sobre meu estado de saúde, senti segurança quanto ao estado de saúde do meu bebê durante o trabalho de parto, recuperei-me rapidamente do meu parto e pude cuidar do meu bebê com tranquilidade.

**Aspectos negativos do parto:** apontamento da mulher quanto aos aspectos negativos da sua experiência de parto, podendo responder mais de uma questão como afirmativa. Categorizado em: não gostei de ter entrado em trabalho de parto; gostei da minha experiência de parto, fiquei preocupada com meu estado de saúde durante o trabalho de parto, fiquei preocupada com o estado de saúde do meu bebê durante o trabalho de parto, demorei a me recuperar do meu parto e tive dificuldade de cuidar do meu bebê nos primeiros dias, não gostei de nada sobre minha experiência de parto.

**Privacidade:** percepção da mulher quanto ao respeito a sua privacidade durante o parto. Categorizados em: sim, não, parcialmente, não sei.

**Métodos Não-Farmacológicos de Alívio da Dor (MNFAD):** categorizados em: massagens, chuveiro, banheira, TENs, acupuntura, não.

**Vocalização:** não repreensão pela equipe ao desejo da mulher de gritar, emitir sons guturais. Categorizados em: sim, não (ao contrário, foi solicitado que ficasse em silêncio), parcialmente, não sei.

**Analgesia de parto:** punção na região lombar com infusão de medicamento pelo anestesista para alívio da dor durante o trabalho de parto. Categorizados em: sim, não, não se aplica.

**Demanda da analgesia:** quem determinou/ pediu que fosse realizada a analgesia. Categorizada em: minha demanda (da mulher), demanda da equipe, demanda de ambas, não sei.

**Acesso venoso:** permanência de acesso venoso puncionado durante o trabalho parto. Categorizados em: sim, não, não sei.

**Jejum:** orientação de não ingerir líquidos e/ou sólidos durante o trabalho de parto. Sim, não, parcialmente, não sei.

**Liberdade de Movimentação:** percepção da mulher sobre a sua liberdade para deambular, sentar, acocorar durante o trabalho de parto. Categorizada em: sim (fui encorajada a adotar outras posições além de permanecer deitada durante o parto), não (precisei permanecer deitada todo o tempo), parcialmente (tive dificuldade de movimentação), não sei.

**Ocitocina:** foi realizada infusão de soro com ocitocina durante o trabalho de parto. Categorizados em: sim, não, parcialmente, não sei.

**Indicação ocitocina:** explicação pela equipe do motivo de prescrição da ocitocina e consentimento da mulher. Categorizada em: sim, da equipe, de ambas, não sei.

**Rotura artificial da bolsa amniótica:** introdução de equipamento pelo canal vaginal, realizado pelo profissional durante o trabalho de parto, no intuito de romper a membrana amniótica. Categorizados em: sim, não, não sei, não se aplica.

**Orientação de puxos:** orientação da equipe a fazer força para o feto nascer, antes da mulher sentir vontade espontânea. Categorizados em: sim, não, parcialmente, não sei.

**Mudar de local na hora do período expulsivo:** sair do ambiente que estava até então e ser conduzida a uma sala cirúrgica durante o período expulsivo do trabalho de parto, até o nascimento. Categorizados em: sim, não, se aplica, não sei.

**Episiotomia:** incisão efetuada na região do períneo para ampliar o canal de parto. Categorizados em: sim, não, não se aplica, não sei.

**Via de parto da gestação atual:** forma como ocorreu o nascimento da criança, como relatado pela mulher. Categorizado em: vaginal (natural ou normal); cesárea intraparto: após início do

trabalho de parto; cesárea eletiva: fora de trabalho de parto ou cesárea, não especificado se eletiva ou intraparto.

**Vácuo extrator ou fórceps:** utilização de instrumental médico para ajudar no nascimento do feto pela vagina. Categorizados em: sim, não, não se aplica, não sei.

**Pernas amarradas:** imobilização das pernas na perneira ginecológica com faixas. Categorizados em: sim, não, não se aplica, não sei.

**Posição ao nascer:** posição adotada pela mulher na hora do nascimento. Categorizada em: banqueta de parto, cócoras, banheira, quatro apoios (mãos e joelhos no chão, ventre para baixo), lateralizada, semigincológica (deitada com as pernas dobradas ou puxando-as para o peito, sem perneira), ginecológica tradicional (com perneiras), em pé, meu parto terminou numa cesárea, outra.

**Indicação de cesárea:** motivo pelo qual a cesárea foi indicada pelo médico. Categorizada em: Parada secundária da descida (ou desproporção céfalo-pélvica), popularmente, “não teve passagem”, Estado fetal não tranquilizador (alterações dos batimentos cardíacos fetais), não sei e outras.

**Lacerações perineais:** trauma com ruptura do tecido mucoso e ou muscular pela passagem do feto no canal de parto. Categorizados em: sim, não, não se aplica, não sei.

**Percepção da laceração:** avaliação indireta do grau da laceração através do relato materno e categorizadas pela pesquisadora em: superficiais (tive uma rápida cicatrização, não precisei de pontos pois minha laceração foi superficial) e minha cicatrização foi difícil e me atrapalhou nos cuidados com o bebê, precisei de pontos para corrigir a laceração e/ou parar o sangramento, tenho/tive dores fortes no local da laceração.

**Clampeamento tardio:** aguardar pelo menos cinco minutos após o nascimento para clampar o cordão umbilical. Categorizados em: sim, não, não sei.

**Vivência do parto:** questão aberta ao final do questionário: “Caso queira reportar algum evento que julgue relevante para a pesquisa utilize o espaço abaixo livremente”.

### 3.2.16. Seleção dos sujeitos

Foram selecionadas mulheres que tiveram partos em maternidades privadas da cidade de São Paulo e foram acompanhadas por obstetras indicados pelos grupos de apoio ao parto humanizado da cidade de São Paulo. Os médicos foram convidados a

participar da pesquisa fornecendo o contato das mulheres que haviam atendido, e preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 5). Amostra proposital a fim de se estudar um grupo de mulheres motivadas a ter um parto normal e cuja equipe de assistência também fosse focada na valorização de um processo de parto fisiológico.

As mulheres receberam informações sobre o estudo e sua participação, consistindo em preenchimento dos questionários de critérios de inclusão no estudo (Anexo 6). As mulheres que desejavam um parto normal durante o pré-natal, não tinham patologias prévias à gestação (hipertensão arterial ou diabetes mellitus), não apresentavam lesão genital herpética ativa no momento do parto, não apresentavam alterações da implantação placentária ou malformações fetais e tiveram parto hospitalar de termo foram convidadas a participar do estudo após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 8). O TCLE foi digitalmente assinado por e-mail, antes do início do preenchimento do questionário de pesquisa (Anexo 8), sem necessidade de retornos ou exames extras.

### **Critérios de inclusão**

Gestação de risco habitual

Parto hospitalar

Idade gestacional no momento do parto  $\geq$  37 semanas

Gestação única

### **Critérios de exclusão**

Doença crônica pré-gestacional: Hipertensão Arterial Sistêmica ou Diabetes Mellitus

Herpes genital ativo no momento do parto

Anomalias da inserção placentária

Malformações fetais

### **3.2.17. Instrumento para coleta de dados**

As informações foram coletadas pela pesquisadora e registradas em ficha de dados pré-codificada elaborada para a pesquisa e questionários:

**Lista de verificação:** contém os critérios de inclusão e exclusão a serem verificados para a inclusão da mulher no estudo (Anexo 6).

**Ficha de coleta de dados:** ficha de dados pré-codificada elaborada para a pesquisa, composta por questões sobre dados pessoais, sociodemográficos e obstétricos da mulher e os dados do recém-nascido. As informações foram obtidas por informações fornecidas pela própria mulher (Anexo 8).

### **Coleta de dados**

A seleção dos sujeitos foi realizada pela pesquisadora através de contato pela página de cada profissional em páginas de mídia social e de fóruns virtuais de apoio ao parto humanizado. As mulheres cujos contatos foram fornecidos pelos obstetras e as mulheres que se interessaram ativamente em participar após a chamada pela rede social foram abordadas por e-mail para preenchimento da lista de verificação. Aquelas que preencheram os critérios de inclusão foram convidadas a participar da pesquisa.

### **Controle de qualidade**

Foi realizada revisão dos questionários pela pesquisadora a fim de avaliar incongruências nas respostas e, quando houve, a coleta foi refeita ou os dados descartados.

#### **3.2.18. Processamento e análise dos dados**

Os dados foram alocados automaticamente num banco de dados em planilha Excel gerado pelo programa Google-form. Todo o material utilizado para a coleta dos dados ficará armazenado durante cinco anos e mantido sob sigilo pela pesquisadora.

A análise estatística quantitativa foi realizada de forma descritiva utilizando frequências e porcentagens para as variáveis categóricas e análise de associação com teste de Qui-quadrado de Pearson. O nível de significância assumido foi de 5% e o software Epi-info versão 7.2

Foi realizada uma análise qualitativa da última questão do formulário de pesquisa. A questão de campo aberto foi elaborada para possibilitar um espaço de fechamento individual da vivência de parto de cada mulher após terem em respondido todas as questões de múltipla escolha sobre a assistência ao parto. A questão analisada para



o estudo qualitativo foi: “Caso queira reportar algum evento que julgue relevante para a pesquisa utilize o espaço abaixo livremente”.

Das 580 participantes, 174 responderam essa questão. Das 174 respostas, 36 foram excluídas por não se tratarem de vivências relacionadas ao parto, mas sim:

- Recados para a pesquisadora:

Boa sorte

Sucesso no seu estudo!!!

Gostaria de ver os resultados.

- Apresentavam dúvidas, sugestões ou esclarecimentos sobre questões respondidas previamente:

...não tenho certeza sobre as pernas, não me lembro; foi necessária essa posição por conta do vácuo extrator.

Fui para a casa de parto “A antes de ir para o hospital (que era meu plano B).

Meu peso pré-gestacional era 42kg e o questionário só permite o intervalo de 45 a 140...

Foram incluídas na análise qualitativa 138 questões abertas referentes às vivências dessas mulheres. As primeiras 34 foram avaliadas por critério de saturação de informação. (30) Após análise das respostas por duas pesquisadoras de formações distintas, médica obstetra e psicóloga psicanalista, seguindo a técnica de leitura flutuante, foram elaborados oito núcleos de sentido conforme a saturação dos elementos avaliados. Esses núcleos deram origem aos temas, os nós, no software NVIVO (31). Para análise do total de 138 respostas foi utilizado o software NVIVO, versão 11 (32).

### **3.3. Considerações éticas**

O Projeto 1 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Plataforma Brasil-CAAE:0900.0.146.000-11, no dia 27 de Setembro de 2011 (Anexo 4). Todas as mulheres incluídas manifestaram por escrito, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Anexo 1), sua conformidade com a participação na pesquisa e receberam uma cópia do mesmo. Foram informadas que a recusa em participar da pesquisa não afetaria a realização nem a qualidade do

atendimento. As mulheres foram tratadas com dignidade e respeitadas em sua autonomia. Cada possível participante foi adequadamente informada sobre os objetivos, benefícios e riscos previstos e método da pesquisa. Também foram informadas sobre o direito de retirar seu consentimento em participar, a qualquer momento, ou de não responder à alguma pergunta que considerasse desconfortável, além da garantia ao sigilo de sua identidade e à proteção de sua imagem e utilização de dados exclusivamente para os propósitos da pesquisa.

O Projeto 2 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Plataforma Brasil - CAAE: 55760216.2.0000.5404, no dia 13 de Junho de 2016 (Anexo 7). Todas as mulheres incluídas manifestaram sua conformidade com a participação na pesquisa e receberam uma cópia por e-mail do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Anexo 9). O mesmo foi assinado por autorização digital identificada pelos e-mails das participantes. Cada possível participante foi adequadamente informada sobre os objetivos, benefícios e riscos previstos e método da pesquisa. Também foram informadas sobre o direito de retirar seu consentimento em participar, a qualquer momento, ou de não responder à alguma pergunta que considerassem desconfortável, além da garantia ao sigilo de sua identidade e à proteção de sua imagem e utilização de dados exclusivamente para os propósitos da pesquisa. Em arquivo separado foi armazenada a identificação das participantes, que foi mantido sob sigilo e responsabilidade das pesquisadoras. Os dados coletados foram transcritos automaticamente em arquivo no software Excel através do programa Google Forms e posteriormente armazenados no software Epi-info, onde não constava o nome das mulheres ou suas iniciais, somente o código de ficha de coleta de dados. Foram seguidas as recomendações da Declaração de Helsinki (Declaração de Helsinki III, 2000) e da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 12 de dezembro de 2012).

#### 4. RESULTADOS

Os resultados desta tese serão apresentados em forma de artigos:

Artigo 1 – “The misleading choice for safer births in Brazilian's most developed region: A cross sectional study.”

Publicado na revista “The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine”.

Artigo 2 – “Think different: the role of the respectful maternity care model in private maternities centers of São Paulo city-Brazil, a cross-sectional study.”

Submetido à revista BJOG – “British Journal of Obstetrics and Gynecology”.

Artigo 3 – “Empowered women: exploring the experiences of birth of women who sought the respectful maternity care model of assistance- a qualitative study.”

A ser submetido à revista “Plos One”.

## 4.1. Artigo 1



## The Journal of Maternal-Fetal &amp; Neonatal Medicine

ISSN: 1476-7058 (Print) 1476-4954 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/doi/ijmf20>

## The misleading choice for safer births in Brazilian's most developed region: a cross-sectional study

Juliana Camargo Giordano, Simony Lira Nascimento, Ana Carolina Godoy-Miranda & Fernanda Garanhani Surita

To cite this article: Juliana Camargo Giordano, Simony Lira Nascimento, Ana Carolina Godoy-Miranda & Fernanda Garanhani Surita (2017): The misleading choice for safer births in Brazilian's most developed region: a cross-sectional study, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, DOI: [10.1080/14767058.2017.1390558](https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1390558)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1390558>



Accepted author version posted online: 08 Oct 2017.  
Published online: 23 Oct 2017.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 76



View Crossmark data [↗](#)

Full Terms & Conditions of access and use can be found at  
<http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ijmf20>



Our Ref: AF/IJMF/P18/2106

19 November 2018

Dear Juliana Giordano,

**Material requested: 'The misleading choice for safer births in Brazilian's most developed region: a cross-sectional' by Juliana Camargo Giordano, Simony Lira Nascimento, Ana Carolina Godoy-Miranda & Fernanda Garanhani Surita *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* pp. 1-6 Published Online: 23 October 2017.**

Thank you for your correspondence requesting permission to reproduce the above mentioned material from our Journal in your printed thesis entitled "SCENES OF BRAZILIAN CHILDBIRTH ASSISTANCE: FROM THE TRIVIALIZATION OF CESAREAN SECTION TO THE ROLE OF RESPECTFUL MATERNITY CARE" and to be posted in the university's repository UNICAMP; The University of Campinas.

We will be pleased to grant permission on the sole condition that you acknowledge the original source of publication and insert a reference to the article on the Journals website: <http://www.tandfonline.com>

This is the authors accepted manuscript of an article published as the version of record in 2017 ©Taylor & Francis. Link to article: <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1390558>

This permission does not cover any third party copyrighted work which may appear in the material requested.

Please note that this license does not allow you to post our content on any third party websites or repositories.

Thank you for your interest in our Journal.

Yours sincerely,

**Annabel Flude** – Permissions Administrator, Journals

Taylor & Francis Group

3 Park Square, Milton Park, Abingdon, Oxon, OX14 4RN, UK.

Tel: +44 (0)20 7017 7617

Fax: +44 (0)20 7017 6336

Web: [www.tandfonline.com](http://www.tandfonline.com)

e-mail: [annabel.flude@tandf.co.uk](mailto:annabel.flude@tandf.co.uk)



**Taylor & Francis Group**  
an informa business

Taylor & Francis is a trading name of Informa UK Limited,  
registered in England under no. 1072954


264 Park Square, Milton Park, Abingdon, Oxfordshire OX14 4RN  
Tel: +44 (0) 20 7017 6000; Fax: +44 (0) 20 7017 6336

[www.tandf.co.uk](http://www.tandf.co.uk)

registered in england and wales. registered number: 1072954  
registered Office: 5 southwark place, london, se10 1ed

an informa business

## The misleading choice for safer births in Brazilian's most developed region: a cross-sectional study

Juliana Camargo Giordano<sup>a</sup>, Simony Lira Nascimento<sup>b</sup>, Ana Carolina Godoy-Miranda<sup>a</sup> and Fernanda Garanhani Surita<sup>a</sup> 

<sup>a</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, State University of Campinas, Campinas, Brazil; <sup>b</sup>Department of Physiotherapy, Federal University of Ceará, Fortaleza, Brazil

### ABSTRACT

**Purpose:** To analyze the Cesarean Section (CS) rate in Brazilian women according to category of health insurance and individual characteristics associated with the mode of delivery.

**Materials and methods:** A cross-sectional study was performed in three maternity services (one public tertiary referral center, one maternity service for both public and private care, and one private maternity service) in Campinas city, Brazil. Eligibility criteria were: inpatient during the immediate postpartum period, hospital birth, single pregnancy, and live newborn. Sociodemographic and anthropometric data, reproductive history, pregnancy planning, and prenatal care information was obtained from participants. Comorbidities, type of birth, and newborn data were collected from medical records. The mode of delivery was categorized as either CS or vaginal delivery.

**Results:** A total of 1276 women were included in this study. The overall CS rate was 57.5%. CS rates were 41.6, 54.8, and 90.1% for public, mixed (public and private), and private maternity services, respectively. Mean age was higher in women who had a CS ( $28.0 \pm 6.0$  years versus  $25.9 \pm 6.5$  years,  $p < .0001$ ) as was the mean Body Mass Index ( $25.2 \pm 5.3$  kg/m<sup>2</sup> versus  $23.8 \pm 4.5$  kg/m<sup>2</sup>,  $p < .0001$ ). CS was related to higher education, employment, white skin color, planned pregnancy, antenatal care in a private service, and primiparity.

**Conclusions:** The overall CS rate was high (greater than 50%); in the private service, almost all participants had a CS delivery (90.1%). Better socioeconomic conditions and primiparity were associated with higher CS rates in Brazil. Political pressure for the management of unnecessary CSs is vital in Brazil. Together with the provision of real incentives for normal deliveries in public and, most importantly, private services.

### ARTICLE HISTORY

Received 27 June 2017

Revised 6 October 2017

Accepted 6 October 2017

### KEYWORDS

Cesarean section; body mass index; macrosomia; sociodemographic patterns; public/private care

### Introduction

At the beginning of pregnancy, one study showed that 15% of Brazilian women in public care and 36% of women in private care wanted to give birth by cesarean section (CS) [1]. By the end of pregnancy, 15% of women in public care maintained their preference for a CS birth; however, there was an increase in the percentage of women under private care wanting a CS delivery (67%) [1]. The decision for a CS delivery was underscored by the hope of a less painful and a safer birth for the baby; although in recent decades, increasing CS rates in Brazil have not been accompanied by improvements in obstetric care indicators [2]. It is known that, compared to vaginal delivery, CS is associated with higher risk of maternal and fetal complications such as the need for blood transfusions, puerperal infections, abnormal placentation, and

uterine rupture in subsequent pregnancies, in addition to perinatal risks such as admission to Neonatal Intensive Care Unit (NICU), iatrogenic prematurity, and perinatal death [3–8]. Since 1985, the international medical community has recommended that no more than 15% of births occur by CS. After many discussions on the subject, this value has recently been reviewed by the World Health Organization (WHO) and has been sustained [9]. Despite the WHO's recommendation, the CS rate has increased worldwide. Brazil currently has the highest rate of CS worldwide [10]. This top ranking is a result of multiple socioeconomic and cultural issues, such as the negative cultural perception attributed to vaginal delivery, and the practice of defensive medicine by doctors [11,12]. In addition, it is important to mention the strong cultural association between technological advancements and safety,

**CONTACT** Fernanda Garanhani Surita  [surita@unicamp.br](mailto:surita@unicamp.br)  Department of Gynecology and Obstetrics, State University of Campinas, Rua Alexander Fleming, 101, Campinas, São Paulo, Brazil

© 2017 Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group



without the necessary criticism of indiscriminate use of technology during physiological birth process.

Women's search for a more satisfying and nonviolent birth experience is also responsible for the increase in requests for CSs, since normal birth care in Brazil is still very much associated with obstetric violence [13]. Indiscriminate use of interventions that accelerate labor or promote scarring that is often preventable, and the absence of a companion of choice during labor, are some of the factors linked to the negative experience of women during labor and delivery [13,14].

In Brazil, both public and private health care are available. Sistema Único de Saúde (SUS; Portuguese acronym for Unified Health System) is Brazil's publicly funded health care system. SUS is entirely free of any cost, for any person, including foreigners. CS rates in SUS maternity services are higher than recommended by the WHO. In 2014, the CS rate in these services was 35%, which corresponds to 56% of the total births in Brazil. In the private health care system, the CS rate reached around 86% in 2016 [15].

A national cohort evaluating more than 23 000 mothers, between the years 2011–2012, found that the rate of CSs among women in the private sector was much higher than recommended by WHO; fear of the pain of a vaginal delivery was the most cited reason (47%) among those who opted for surgery [1]. It is known that a lack of nonpharmacological methods of pain relief (i.e. the presence of a doula, freedom of movement during labor, hot bath, massage), and the deficiency of labor analgesia in many centers, contributes to the perception of normal birth as a negative and painful event [1,14].

Based on the discrepancy in CS rates observed in the different (public/private) health care scenarios in Brazil, the aim of this study was to analyze the CS rate in Brazilian women according to category of health insurance and individual characteristics associated with the mode of delivery.

## Materials and methods

### Study design

Secondary analysis of an original cross-sectional study [16].

### Setting

This study took place in three maternity services (one public tertiary referral center, one private maternity service, and one maternity service for both public and

private care) in Campinas municipality, in the state of São Paulo, Brazil. The city is located in Brazil's most developed region, the Southeast. The population is approximately 1.5 million, with approximately 15,000 births per year. Data collection was performed from October 2011 to February 2014.

### Participants

Women were approached between 12 and 72 hours postpartum. Eligibility criteria were: postpartum women who lived in Campinas and had a hospital birth, single pregnancy, and live newborn. Those who presented with difficulty with written or verbal comprehension, or who had physical or psychological conditions that could interfere with comprehension and/or autonomy in consent to participate, were excluded.

Eligible participants were identified through a standardized chart review. They were invited to participate in the study and signed a consent form confirming their agreement to participate.

### Variables and data sources

Selected women were interviewed and asked about their sociodemographic data (age, skin color, educational level, occupation), anthropometric data, reproductive history, pregnancy planning, mode of prenatal care (public or private center), and maternity service where they gave birth (public tertiary referral center, private maternity service, or mixed public and private maternity service). Comorbidities in current pregnancy, type of birth, and newborn data were collected from medical records. The mode of delivery was categorized as either CS or vaginal delivery.

### Study size

The sample size was based on the number of deliveries per year (single pregnancy) among Campinas residents, estimated to be 14,693 in 2010 [17]. For the sample size, the highest variability possible based on annual deliveries, was calculated, resulting in  $p = 50\%$  (0.5), level of significance of 5%, sampling error of 3%, and finally,  $n = 995$ . The sample was divided into three major maternity services, which covers 85% of hospital births in the city, according to the proportion of annual deliveries.

### Statistical analysis

Results were described with the mean and standard deviations (SD) for continuous outcomes with normal

distributions, the median and variation for continuous outcomes with non-normal distributions, and the frequency and percentage for categorical outcomes.

Associations between the variables and the type of delivery (CS or vaginal) were tested using Student's

t-tests (for continuous variables) and chi-square tests (for categorical variables). To estimate the chance of CS, the odds ratio (OR) and corresponding 95% confidence interval (CI) was calculated. The level of significance was assumed to be 5%. The software used to perform statistical analysis was Epi-info version 5.1 and SAS version 9.2 (Cary, NC: SAS Institute, Inc. 2002-2008).

### Ethical aspects

This study was approved by the ethics committee of the University of Campinas under record 991/2011. All the STROBE statement items for a prospective study were present in this paper [18].

### Results

In total, 1791 women were invited to participate in the study. After applying the exclusion criteria, 1276 women were included (Figure 1).

Mean age was higher in women who had a CS delivery ( $28.0 \pm 6.0$  years versus  $25.9 \pm 6.5$  years,  $p < .0001$ ), as was the mean Body Mass Index (BMI) ( $25.2 \pm 5.3$  kg/m<sup>2</sup> versus  $23.8 \pm 4.5$  kg/m<sup>2</sup>,  $p < .0001$ ).

Table 1 shows the demographic factors associated with CS: obesity, higher level of education, paid work, and white skin color were associated with higher odds

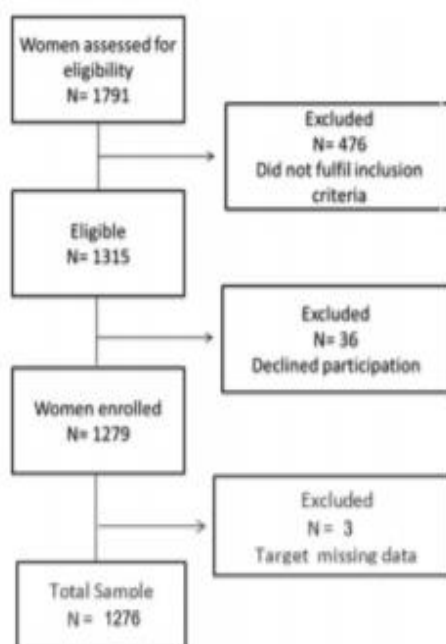


Figure 1. Flowchart of women's admission into the study.

Table 1. Estimated risk of Cesarean Section (CS) according to demographic factors in Campinas, Brazil.

Women's characteristics	C-section - n % N = 733	Vaginal birth - n % N = 543	p value	OR (95%CI)
Age (years)			<.0001	
≤19	67 (9.1)	98 (18.1)		0.4 (0.3-0.6)
20-34	555 (75.7)	372 (68.5)		Ref
35-39	89 (12.1)	60 (11.0)		0.9 (0.6-1.4)
≥40	22 (3.0)	13 (2.5)		1.1 (0.5-2.2)
BMI			.0001	
≤18.5	37 (5.1)	45 (8.6)		0.6 (0.4-1.08)
18.6-24.9	375 (51.9)	312 (59.6)		Ref
25-29.9	190 (26.3)	117 (22.3)		1.9 (1.0-1.7)
≥30 kg/m <sup>2</sup>	120 (16.6)	49 (9.37)		2.0 (1.4-2.9)
Prenatal care			<.0001	
Public care	402 (55.1)	481 (89.0)		Ref
Private care	327 (44.9)	59 (11.0)		6.6 (4.8-9.0)
Ethnicity - n (%)			<.0001	
White	394 (53.8)	211 (39.0)		1.8 (1.4-2.2)
Non-white	338 (46.2)	330 (61.0)		Ref
Schooling - n (%)			<.0001	
College/University/Advanced	219 (30.0)	57 (10.6)		3.6 (2.6-4.9)
Elementary/High school	512 (70.0)	482 (89.4)		Ref
Worked during pregnancy			<.0001	
Yes	438 (59.8)	253 (46.7)		1.7 (2.3-1.1)
No	294 (40.2)	289 (53.3)		Ref
Parity - n (%)			<.0001	
1	382 (52.1)	224 (41.2)		1.5 (1.2-1.9)
≥2	351 (47.9)	319 (58.8)		Ref
Planned pregnancy - n (%)			.0009	
Yes	395 (54.0)	42 (44.4)		1.4 (1.1-1.8)
No	337 (46.0)	301 (55.4)		Ref

Missing data: <sup>a</sup> = 1; <sup>b</sup> = 2; <sup>c</sup> = 2; <sup>d</sup> = 4; <sup>e</sup> = 11; <sup>f</sup> = 20.



for CS. Among the variables related to pregnancy, CS was associated with primiparity, pregnancy planning, and antenatal care in the private service (Table 1).

Figure 2 illustrates the proportion of vaginal deliveries and CSs in the total sample, and in the different hospitals, depending on the category of health insurance. However, there was a predominance of CSs in the total sample (57%). For those using public insurance exclusively, the percentage of vaginal deliveries was higher than CSs.

Table 2 summarizes the main neonatal outcomes according to mode of delivery; higher incidence of macrosomia was observed among CS deliveries.

## Discussion

The CS rate in public and private care in the current study is higher than the rate recommended by the WHO. Our findings indicate a strong association between the type of health insurance (public, private, or mixed) and mode of delivery.

The exclusively private care maternity service in the current study had a CS rate far higher than the public and public-private services, suggesting that women with a better socioeconomic status are more likely to undergo a surgical delivery.

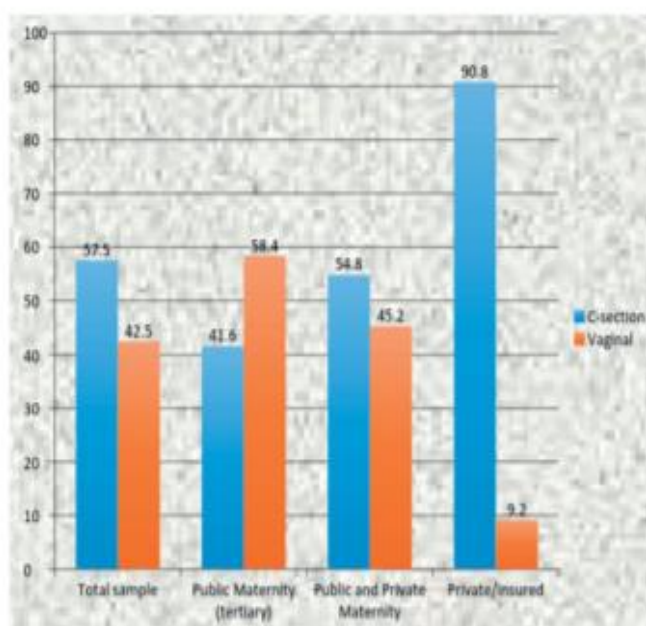


Figure 2. Type of delivery according to category of maternity health insurance. Total sample: C-section = 733, Vaginal = 543; Public Maternity: C-section = 138, Vaginal = 194; Private/Insured: C-section = 192, Vaginal = 20; Public and Private: C-section = 398, Vaginal = 329.

Table 2. Perinatal outcomes according to mode of delivery.

	C-section	Vaginal	p value
Gestational age at birth (mean $\pm$ SD) <sup>a</sup>	38.7 $\pm$ 1.4	38.8 $\pm$ 1.7	.64 <sup>*</sup>
Gestational age <37 weeks (n - %) <sup>a</sup>	38-5.3%	31-5.8%	.66 <sup>**</sup>
Somatic gestational age (mean $\pm$ SD) <sup>b</sup>	38.7 $\pm$ 1.4	38.8 $\pm$ 1.4	.03 <sup>*</sup>
Somatic gestational age <37 weeks (n - %) <sup>b</sup>	47-6.9%	24-4.7%	.12 <sup>**</sup>
Newborn weight (mean $\pm$ SD) <sup>c</sup>	3275.3 $\pm$ 461.5	3171.8 $\pm$ 436.7	.0001 <sup>*</sup>
Newborn weight (n - %) <sup>c</sup>			.0022 <sup>**</sup>
<2500 g	36-5.1%	39-7.4%	
2500-3999 g	643-90.2%	481-91.1%	
$\geq$ 4000 g	34-4.8%	8-1.5%	
Apgar 1 minute <7 <sup>d</sup>	24-3.4%	17-3.3%	.28 <sup>**</sup>
Apgar 5 minutes <7 <sup>e</sup>	1-0.1%	0-0%	.39 <sup>**</sup>
Neonatal intensive care unit (n - %) <sup>f</sup>	31-4.3%	18-3.4%	.38 <sup>**</sup>

Missing data: <sup>a</sup> - 21; <sup>b</sup> - 72; <sup>c</sup> - 35; <sup>d</sup> - 40; <sup>e</sup> - 39; <sup>f</sup> - 23.

<sup>\*</sup>Student's t-test.

<sup>\*\*</sup>Chi-square test.

Among the possible influences for the discrepancy of incidence of vaginal birth in the three settings it should be emphasized that the public/tertiary care maternity is the only one that offers labor delivery rooms, with shower and gym balls available, this maternity is also the only one that present an annual report describing the incidence of induction of labor, which has oscillated from 15 to 18% in the last 5 years; it is also the only one that has a public report of the incidence of vaginal birth and with the indication of C-section is most of the time clear and documented in charts. In the private/public maternity and in the exclusively private maternity women have to delivery in operating rooms, both setting don't offer labor delivery rooms. The maternity with public and private care and the maternity with exclusively private care don't have internal guidelines to help the decision making process of doctors; both settings count exclusively on individual judgment of the independent private care obstetrician responsible for each case to indicate the route of delivery.

This study was performed in the most developed region of the country, and corroborates the findings of other Brazilian studies, in which the CS rates were greater in women with higher age, higher education level, primiparity, and who had antenatal care in private services [19,20].

There are likely multiple factors influencing the decision of maternity managers and independent private care doctors to perform a CS. Some possibilities include the ability to schedule and better organize operating rooms and hospital wards, and the attempt to avoid holiday calls or other appointment conflicts when spontaneous labor takes place [21].

Some defenders of the elective CS proclaim that the possibility of scheduling the time of birth stems from the respect for a women's autonomy, without considering that a great many of those women were not informed of the risks and benefits of CS (those already evidenced by medical literature) during antenatal care [12]. In this unfavorable scenario for normal birth, Brazilian women are led to believe that CS is equally safe (or even safer) than normal birth [19]. This results in the trivialization of surgical birth among women in Brazil, a lack of access to doulas and antenatal meetings to prepare those women for the event of birth, a lack of consideration or description of a personal birth plan, and a missed opportunity for pain relief methods during labor [22,23]. Even though robust evidence suggest that emotional and physical support of doulas reduce birth complications [24], great restriction for their presence in birth settings are

applied in all of the three maternities: in the public care maternity the women in labor has to choose just one companion (either her partner or the doula), in the others two maternities doulas have to go through an very restricted selection among the board of directors to be allowed to support women in process of labor.

Unfortunately, our study also indicated that primiparas women were 1.5 times more at risk of CS. This presents a great concern regarding the increasing possibility of subsequent surgeries in this group of women, and all of the risks that come with successive CSs, including increased risk of abnormal placentation, blood transfusions and infections, and injury of the bladder or other organs [3-6].

Obese women also had twice the risk of CS compared to those classified as eutrophic. The increased surgical risks in this population, such as venous thrombosis (VTE), site infection, and blood loss should be taken into account when deciding on a CS [25].

Macrosomia was the only perinatal factor linked with a greater risk of CS. This actually highlights the false sense of security for the baby during a CS, and is often used as an excuse for scheduling the intervention, despite the fact that the mother is subjected to surgical risks associated with CS. Our study has not been design to investigate neonatal outcomes depending on the mode of delivery, which might be one possibility for the lack of significant results with respect to perinatal factors.

Although the Brazilian maternal mortality rate has improved in the last few years, the outrageous increase in cesareans triggers an iatrogenic cascade that underpins the recent stagnation of national obstetric care rates (especially maternal and perinatal morbidity and mortality) [2-8].

A limitation of the current study is the lack of data on CS indication; many charts did not report the indication for CS, or reported multiple relative CS indications.

There has been a systemic launch of initiatives to decrease CS rates in private care by the ANS (Portuguese acronym for National Health Agency), the Brazilian governmental agency that regulates private health care. In the year 2016, ANS launched a new recommendation forbidden the scheduling of elective C-section before 39 weeks of pregnancy, despite this guidance; the percentage of vaginal birth has not increased. Our results highlight the need for political pressure to reduce the CS rate, and suggest that management of unnecessary CSs is vital in Brazil. Further, real incentives for normal deliveries are needed in public and, most importantly, private care.



### Acknowledgements

The authors would like to thank Karina Tamy Kasawara for her help with collecting data.

### Disclosure statement

The authors report no conflicts of interest.

### ORCID

Fernanda Garanhani Surita  <http://orcid.org/0000-0003-4335-0337>

### References

- [1] Domingues RM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Suppl1):S1–S16.
- [2] Souza JP, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, 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*. 2010;8:71.
- [3] Gregory KD, Jackson S, Korst L, et al. Caesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits? *Am J Perinatol*. 2012;29:7–18.
- [4] Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205:262.e1–262.e8.
- [5] Villar J, Carroli G, Zavaleta N, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335:1025.
- [6] Simoes E, Kunz S, Bosing-Schwenkglens M, et al. Association between method of delivery and puerperal infectious complications in the perinatal database of Baden-Württemberg 1998–2001. *Gynecol Obstet Invest*. 2005;60:213–217.
- [7] Tracy SK, Tracy MB, Sullivan E. Admission of term infants to neonatal intensive care: a population-based study. *Birth*. 2007;34:301–307.
- [8] MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, et al. Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: application of an 'intention-to-treat' model. *Birth*. 2008;35:3–8.
- [9] Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, et al. WHO Working Group. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG*. 2016;123:667–670.
- [10] Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, et al. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *World Health Rep*. Geneva: WHO; 2010.
- [11] Betrán AP, Ye J, Moller AB, et al. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990–2014. *PLoS One*. 2016;11:e0148343.
- [12] Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ*. 2002;324:942–945.
- [13] Diniz SG, Chacham AS. 'The cut above' and 'the cut below': the abuse of cesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reprod Health Matters*. 2004;12:100–110.
- [14] Vogel JP, Bohren MA, Tunçalp Ö, et al. Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *BJOG*. 2016;123:671–674.
- [15] Neto EV, Lima CP, Magalhaes AA, et al. Mapa assistencial da saúde suplementar; 2016. [cited 2017 June 10]. Available from: <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/mapa-assistencial>
- [16] Nascimento SL, Surita FG, Godoy AC, et al. Physical activity patterns and factors related to exercise during pregnancy: a cross sectional study. *PLoS One*. 2015;10:e0128953.
- [17] DATASUS/SISPRENATAL—Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; 2011. [cited 2017 Jun 10]. Available from: <http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php>
- [18] Von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008;61:344–349.
- [19] Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Rev Saude Publica*. 2011;45:635–643.
- [20] Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Soc Sci Med*. 2000;51:725–740.
- [21] Balogh G. Maternidades de SP lotam em dias antes de grandes feriados. *Folha de SP*. 2014. [cited 2017 May]. Available from: <http://maternar.blogfolha.uol.com.br/2014/05/29/maternidades-de-sp-lotam-em-dias-antes-de-grandes-feriados/>
- [22] do Carmo Leal M, da Silva AA, Dias MA, et al. Birth in Brazil: National survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012;9:15.
- [23] Dias MA, Domingues RM, Schilithz AO, et al. Factors associated with cesarean delivery during labor in primiparous women assisted in the Brazilian Public Health System: data from a National Survey. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl3):114.
- [24] Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7:CD003766.
- [25] Athukorala C, Rumbold AR, Willson KJ, et al. The risk of adverse pregnancy outcomes in women who are overweight or obese. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:56.

## 4.2. Artigo 2

**“Think different, the role of the respectful maternity care model in private maternities centers of São Paulo city-Brazil: a cross-sectional study.”**

**BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology** <onbehalf@manuscrij para surita, eu ▾

sáb, 10 de nov 16:46 (Há 3 dias) ☆ ↶ ⋮

🌐 inglês ▾ > português ▾ Traduzir mensagem Desativar para: inglês ×

10-Nov-2018

Dear Prof. Fernanda Surita,

Thank you for submitting your manuscript to BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. It is presently being given full consideration for publication.

Title: ""Think different: The role of the respectful maternity care model in private maternities centers of a São Paulo city- a cross-sectional study.""  
Author(s): Giordano, Juliana; Surita, Fernanda  
Manuscript ID: BJOG-18-0156  
Please mention this manuscript ID in all future correspondence.

You can view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/bjog>.

Co-authors: Please contact the editorial office as soon as possible if you disagree with being listed as a co-author for this manuscript.

Sincerely,  
BJOG Editorial Office

## **Main research article**

**“Think different, the role of the respectful maternity care model in private maternities centers of São Paulo city-Brazil: a cross-sectional study.”**

Juliana Giordano<sup>1</sup>; Fernanda Garanhani Surita<sup>1</sup>

1. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas (UNICAMP), School of Medical Sciences, Campinas, São Paulo, Brazil

Running title:

**Think different: the role of the respectful maternity care in Brazil**

The authors declare no conflicts of interests. The authors alone are responsible for the content and writing of this article.

### **Corresponding author:**

Fernanda G. Surita  
Department of Obstetrics and Gynecology,  
University of Campinas, SP,  
Rua Alexander Fleming, 101  
13083-881 Campinas-SP, Brazil  
Phone: +55-19-3521-9304  
E-mail: [surita@unicamp.br](mailto:surita@unicamp.br)

**Abstract:**

**Objective:** To assess cesarean section (CS) rates, prevalence of birth practices, perinatal outcomes and maternal satisfaction in women involved with Respectful Maternity Care (RMC) support groups.

**Design:** cross-sectional study.

**Setting:** private maternities in São Paulo city, Brazil.

**Population:** women involved with RMC support groups were categorized under usual risk and singleton pregnancy and had gestational age at birth  $\geq 37$  weeks.

**Methods:** application of a questionnaire available in online RMC groups. Variables to assess birth practices were adapted from WHO's publication "Care in Normal Birth: a practical guide" and classified as positive; negative or unspecified. Statistical analysis calculated frequencies and categorical variables were analyzed with Chi-square test, software Epi-info 7.2.

**Main Outcome Measures:** mode of delivery, existence of a transdisciplinary team, birth practices, perinatal outcomes and women satisfaction.

**Results:** 580 women completed the interview. CS rate was 15% with 83% of midwife's assistance and 75% with doula's support. In relation to birth practices, positive practices were present in  $> 81\%$ ; negative in  $< 2\%$  and unspecified from 1 to 40%. Previous CS did not increase the risk of subsequent CS (crude OR 0.68, 95% CI 0.37-1.24), and water birth reduced perineal tears (crude OR 0.3, CI 95% 0.1-0.5). In total, 83% of women declared a positive birth experience.

**Conclusions:** Woman's engagement with birth support groups and a transdisciplinary birth team focused in RMC is a possible path toward safe and positive experiences and reduction of CS rates.

**Funding:** none.

**Keywords:** respectful maternity care, transdisciplinary team, birth experience.

## Introduction

The promotion of respectful and safe births has been the global trend for labor assistance and the main goal of WHO's statements. (1, 2, 3) The recent Sustainable Development Goals were established by the United Nations for 2015-2030 include the overarching goal of "good health and wellbeing" for all. (4) Women's understanding and satisfaction with the labor process, as well as its effects on maternal and neonatal outcomes, have been poorly valued or studied to date. Respectful maternity care (RMC) is a new awareness of a basic human right: the respect of fundamental rights of women, newborns and families during the process of labor and the practice of evidence-based care in line with the recognition of the peculiarities and idiosyncrasies of each family. (5,6)

Brazil infamously holds one of the highest rates of CS in the world (56%).(7,8) In São Paulo city, CS rates are 35% and 82%, in public and private sector, respectively.(9) Women's preference for surgical delivery as a strategy to avoid being mistreated or subjected to disrespectful and painful practices is a well-known determinant of such high rates. (10) In the 1990s, publications about mistreatment of women in childbirth care raised awareness by emphasizing that birth assistance frequently configured a violation of human rights.(11) In 1993, a civil society organization was founded: ReHuNa –the Brazilian Network for the Humanization of Childbirth. The core of its principles are based on the valorization of the physiologic process of birth, avoidance of unnecessary use of interventions and promotion of evidence-based perinatal care in accordance with WHO guidelines.(12) In 2001, the Brazilian Ministry of Health published the first guideline on humanization of childbirth.(13) Despite such governmental and non-governmental initiatives to promote vaginal birth, Brazilian CS rates continued to rise, and it did not take long until Brazilian women who wanted alternatives to the over medicalization of child birth to avoid unnecessary interventions and CS took to internet resources such as the RMC support groups' on-line.(14-16)

Women's demands for a more physiological and respectful childbirth experiences were met with resistance from many hospitals and healthcare workers that tend to comply with non-

evidence-based protocols and to follow a business model to optimize the use of operating rooms by scheduling procedures in advance. (17-20)

Our objective was to assess the prevalence of CS rates, the frequency of childbirth practices, perinatal outcomes and experience of birth in Brazilian women involved with RMC support groups.

## **Methods**

This is a cross-sectional study conducted in accordance with the methodology described in the STROBE statement.(21)

The study took place in São Paulo city, the Latin America's leading financial center. (22)

Women who chose to be assisted during labor by private care obstetricians recommended by the Brazilian RMC support groups were invited to participate in the study by answering a Google-form questionnaire. Questionnaires could be answered in several ways: by email, on-line at social media platforms, social media groups, RMC support group websites or private online pages of Ob-Gyn engaged with the RMC Brazilian movement. We looked for hospital births in nine private healthcare centers from January 2014 to December 2017.

The inclusion criteria were: preference for vaginal birth, in a hospital setting, involving a singleton pregnancy and gestational age of 37 weeks or more. The exclusion criteria were: hypertension or diabetes previously diagnosed, genital herpes during labor, abnormal placentation or fetal anomalies. The eligible women who fulfilled the eligibility criteria were invited to read and sign the research consent form for inclusion in the study and to answer the second questionnaire. A standardized multiple-choice questionnaire was given to them for answering the questions.

The following data points were collected: obstetric background was assessed by primiparity, previous CS or vaginal birth; midwife assistance and doula support during labor; spontaneous or induced onset of labor; demographic and socioeconomic status such as age, ethnicity,



marital status; education level, family income, type of payment for antenatal care (private) or public (Brazilian National Health System); pre-gestational body mass index.

Variables to assess birth practices were adapted by the 1996 WHO's publication "Care in Normal Birth: a practical guide" (23) and classified in three groups: (i) "Practices that are proved to be positive and should be encouraged": having discussed a birth plan during antenatal care; respect to privacy; having a companion of choice during labor; use of non-invasive, non-pharmacological methods of pain relief (NINPMR) (massage, shower bath, TENs, acupuncture, open filed for others); freedom of movement throughout labor; non-supine birth position during second stage (yes: verticalized (birth stool, squatting, upright), water immersion, or others (all fours, lying on side or Sims); no: lithotomic); skin-to-skin contact and breastfeeding within the first hour after birth and freedom for vocalization. (ii) "Practices that are clearly harmful or ineffective and should be eliminated": use of enema; pubic shaving and fasting. (iii) "Practices with insufficient evidence or that are frequently used inappropriately and should be used with caution": early cord clamping; oxytocin augmentation; episiotomy; changing room during second stage; amniotomy; intravenous cannula and Valsalva maneuver.

The variables used to assess perinatal outcomes were: mode of delivery (cesarean section, vaginal birth with epidural; vaginal birth without epidural and operative vaginal delivery); need for maternal ICU or blood transfusion; obstetric violence (classified according to the public defenders of the state of São Paulo "Appropriation of the body and reproductive processes of women by health professionals, through dehumanized treatment; abuse of pharmacological treatment and pathologizing the natural processes, causing loss of autonomy and ability to freely decide about their bodies impacting on sexuality and negatively on women's quality of life)(24); fifth minute Apgar score, neonatal ICU admission, breastfeeding up until 6 months; preference for a natural birth in the next gestation; reporting of a positive birth experience; incidence and classification of perineal tears.

The study was approved by the National Review Board, a database of research records involving human beings, and followed all the ethical procedures to ensure the safety for the participants.(25)

At the time of designed of this study, there was no literature to estimate the prevalence of CS rates, the frequency of birth practices and distribution of perinatal outcomes according to the RMC model of assistance. Sample size was then calculated for estimating these prevalences by considering a proportion of 50% (that provides the maximum sample size), a sampling error of 5% and a significance level of 5%. The minimum expected sample size obtained was 385.(26) Statistical analysis was performed by open-access software Epi-Info version 7.2 and calculated percentage and frequencies for descriptive analysis and Pearson's Chi-square test for the analysis of association between categorical variables; it was calculated the odds ratio (OR) with its corresponding 95% confidence interval (CI).

## **Results**

A total of one thousand and twelve women were invited to participate the study and answered the first questionnaire for fulfilment of eligibility criteria; 183 were not eligible and 249 declined participation. At the end of this process, 580 women were eligible to participate. (Figure 1)

The interview was applied in different time points after childbirth, out of the 515 participants who answered the questionnaire after the first year of the event, 185 (36%) were still nursing their babies. (data not shown)

Seven women experienced trial of labor after two CS and one woman after three CS; from this subgroup, six had normal birth. (data not shown).

Approximately one fifth of participants had a previous CS; demographic and socioeconomic status were very homogenous: 89.7% were above 30 years old and there were no reports of teenage pregnancies. Most of the women declared to be white, to have a partner, high familiar

income and higher educational level. Almost all participants (98%) used private care during antenatal appointments. (Table 1)

The computed CS rate was 15.5%. Most of women had midwife assistance and doula support care during labor. Half of all participants had a normal birth without pharmacological pain relief methods and all of them had accesses to epidural anesthesia during labor if they so preferred. All positive birth practices were reported in over 80% of interviews: discussion of a birth plan, privacy respect, having a companion of choice, NINPMPR, freedom of movement and vocalization, early skin to skin contact. Practices that should be avoid had a frequency of less than 2%. Episiotomy was performed in 1.2% of the deliveries and 80% of women had superficial or no perineal tears. (Table 2)

Most of the women had a positive birth experiences and almost all of them nursed their babies up to six months. Among perinatal outcomes, 1.2% had an episiotomy, 2.4% of women needed blood transfusion, 5.7% referred experiences of obstetric violence, 1.4% answered yes and 4.3% answered partially. (Table 2). One woman out of the 580 referred not knowing what obstetric violence was. (Data not shown)

None of the assessed maternal socioeconomic characteristics assessed increased the risk of CS. Vaginal Birth After Cesarean Section (VBAC) was 86% and there was no higher chance of surgery among women with a previous CS (OR 0.67, 95% CI 0.37-1.24). The relative risk of CS was three times higher in the group of labor induction (OR 3.14, 95% CI 1.90 to 5.23). Water birth was protective to perineal tears (OR 0.3, 95% IC 0.1-0.5). (Table 3)

## **Discussion**

### **Main findings**

The CS rate found in our study is in accordance with WHO's recommendations and may be due to a specific combination of factors: the efforts of these women by seeking RMC support groups and studying birth care during pregnancy, which is reflected in the discussion of a birth plan and in the significant frequency of midwife assistance and doula support. The

encountered low CS rate was somewhat surprising in light of what would be expected from private care maternities of São Paulo city.(1, 27)

The excellent perinatal outcomes such as no Apgar score less than 7 in the fifth minute, almost 40% of women with no perineal tears, more than 90% of breastfeeding up until 6 months might reflect the combination of a high index of positive birth practices and low index of practices that should be avoided. VBAC rate was higher than the CS rate in the total group and highlights possibilities for a positive normal birth experience in this subgroup of women, usually at risk for subsequent CS.

More than half of the women in the study had a normal delivery without epidural, even though they had full access to the procedure if preferred or needed. A Brazilian national survey found a 31.4% incidence of epidural in normal births.(20) We found a high percentage of birth satisfaction and a low report of obstetric violence which may also reflect the high frequency of positive birth practices such as respect for privacy, the expressive presence of companion of choice during labor, the use of NINPMPR and freedom of movement.

### **Strengths and Limitations**

To our knowledge this is the first study assessing the perinatal outcomes of women that chose a birth team specifically by the valorization of the RMC model of assistance, which is a valuable strength of the study. (28) We had a very high percentage of answers for the first questionnaire, 70%. This shows a well-known trend in RMC support groups: women that experience this model of assistance usually become birth activists and like to talk about the differences between the traditional obstetric model of assistance and the RMC model.

Our study had limitations. The questionnaire was applied at different periods after birth, so some women had just experienced childbirth while others may have been influenced by recall bias, what could result in different perspectives for the subjective questions about obstetric violence and birth experience. Another possible bias is that women that had an unpleasant

experience or a bad perinatal outcome might be inclined to refuse to participate (selection bias).

Women who can afford to give birth in the most expensive private maternities of Sao Paulo city represent a very specific population. These women are highly educated and have accesses to updated professionals and the best birth care technologies. The privileges of this group cannot be generalized to the Brazilian reality nor to another middle-income countries (MIC). Although this selection bias might represent a limitation for generalizability, it reduces the possibility for other variables acting as confusing biases: women that well educated, economically privileged and highly motivated do not present huge barriers to be enrolled for RMC practices, and these results may find translational possibilities to other realities worldwide.

### **Interpretation (findings in light of other evidence)**

RMC model is based on the understanding that a positive birth experience is important and impact in a short and long term maternal and neonatal outcome. (5, 6) The difference from these group of women to others of similar socioeconomic status and give birth in the same settings is that women from this study were engaged to the RMC support groups and reached out to birth teams focused in value the biopsychosocial process of labor.

Mistreatment in childbirth care is still a hard variable to measure worldwide. (29, 30) Almost all the women in the study had discussed a birth plan in detail and had a good perception of the theme of obstetric violence, and only one woman answered that did not know what the term meant. Nevertheless, the great majority of women in the study declared a positive birth experience and few referred to have experienced obstetric violence, almost 5 times less than the number reported by a national survey about mistreatment in childbirth care in Brazil. (31)

Results from a recent systematic review pointed out that episiotomy should not be used as a routine intervention. (32) A national birth survey from 2012 found a prevalence of episiotomy of 56%. (20) Our study found a very low episiotomy rate, even though it was not able to

measure the degree of perineal trauma, less than 8% of women reported to have difficult or painful healing. WHO's recent statement on the subject did not establish acceptable rates for the procedure.(1) Yet, in accordance with a case control study comparing a selective versus a non-episiotomy protocol, our perineal results may reinforce that a non-episiotomy protocol might be a safe practice to be encouraged. (33)

Blood transfusion rate was 10 times higher than the results of a study with 8.5 million deliveries.(34) The present study wasn't designed to analyze post-partum hemorrhage (PPH), and there was no question about PPH prophylaxis after birth. It is possible that since those women were focused in the natural birth assistance many women might not have used oxytocin or other uterotonic after birth in order to avoid medical interventions, but that answer remains unclear and need further investigation. (16)

Since the rate of CS in private centers are more than 80%, women in our study with previous CS might have had an unnecessary procedure and reached out to natural birth support groups exactly to avoid another non-evidence-based indication of surgery.(8) The combination of highly motivated women with a birth-team focused in a trial of labor resulted a very satisfactory VBAC rate. Contrary to current literature, our findings showed no higher risk of subsequent CS in women with a previous CS. (35, 36)

A recent systematic review about immersion in water in labor and birth did not find studies assessing perineal tears outcomes.(37) Our findings indicating that water birth might prevent from perineal tears are in the same directions than a Sweden study published recently. (38)

CS rate in Brazil is a major public health issue. The majority of obstetric assistance in the country is in hospital settings and do not count on a transdisciplinary birth team with the presence of midwives and doulas.(20,39) Our results demonstrated a substantial participation of these professional and probably reinforce the safety of midwives-led model of care, which is women-centered in essence. (40)

## **Conclusion**

This study suggests new pathways to reduce CS rates and to create opportunities for more pleasant and safe labor experiences. Woman's engagement with birth support groups and a transdisciplinary team focused on recognizing the idiosyncrasies of each parturient, sharing information, responsibilities and choices during ANC and during childbirth are key elements to achieve great perinatal outcomes and women's satisfaction.

### **Acknowledgements**

The authors acknowledge Jessica Fernandes Cirelli for the substantial help in conducting the interviews, Ana Luiza Gibertoni Cruz for the careful reading and suggestions, Helymar Machado for the statistical review and Capes foundation, the Federal Government agency responsible for quality assurance in postgraduate courses in Brazil.

### **Disclosure of Interests**

The authors declare no conflicts of interests. The authors alone are responsible for the content and writing of this article.

### **Contribution to Authorship:**

Conceived and designed the interviews: JCG and FGS. Performed the interviews: JCG. Analyzed the data: JCG, FGS. Wrote the paper: JCG, FGS.

### **Ethics Approval**

This study was approved by the Institutional Review Board from the University of Campinas, Brazil, CAAE report: 55760216.2.0000.5404

**Funding:** This research had no external funding.

## References

1. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018 [Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.]
2. WHO | Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth. WHO. 2017.
3. WHO non clinical interventions to reduce cs. [Internet]. Geneva-[Cited 2018 October 12] Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/non-clinical-interventions-to-reduce-cs> 2018
4. Gostin LO, Friedman EA. The Sustainable Development Goals: One-Health in the World's Development Agenda. *Jama*. 2015;314(24):2621-2.
5. de Kok B. Global maternal health: from women's survival to respectful care. *Bjog*. 2015;122(2):248.
6. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi V, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *Bjog*. 2017.
7. Betran AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148343.
8. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections - *The Lancet*. 2018.
9. Município estimula a realização do parto humanizado na Rede Municipal de Saúde | Secretaria Municipal da Saúde | Prefeitura da Cidade de São Paulo: Prefeitura da Cidade de São Paulo; 2016 [updated 2016-06-24]. Available from: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=219826>.
10. Domingues RM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira AP, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saude Publica*. 2014;30 Suppl 1:S1-16.
11. UN Division for the Advancement of Women - Reports and resolutions on violence against women 2018. Available from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/reports.htm>.
12. Rattner D, Santos MLd, Lessa H, Diniz SG. ReHuNa- La Red por la Humanización del Parto y Nacimiento. 4. 2010.
13. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. [Internet]Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. [Cited 2018 October 18] Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)
14. GAMA: grupo de apoio à maternidade ativa [Internet]. [Cited 2018 September 15] Available from: <https://www.maternidadeativa.com.br/>.
15. Associação Artemis - ONG contra Violência doméstica e obstétrica 2018. [Internet]. [Cited 2018 September 15] Available from: <https://www.artemis.org.br>.
16. Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa 2018. [Internet]. [Cited 2018 September 15] Available from: <http://www.partodoprincipio.com.br>.
17. Maternidades de SP lotam em dias antes de grandes feriados - *Maternar*. 2018. [Internet]. [Cited 2018 September 15] Available from: <https://maternar.blogfolha.uol.com.br/2014/05/29/maternidades-de-sp-lotam-em-dias-antes-de-grandes-feriados/>
18. Faundes A, Cecatti JG. [Caesarean section in Brazil: incidence, trends, causes, consequences and suggestions for change]. *Cad Saude Publica*. 1991;7(2):150-73.
19. Barros AJ, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC, et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Rev Saude Publica*. 2011;45(4):635-43.
20. 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.



21. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet*. 2007;370(9596):1453-7.
22. GaWC - The World According to GaWC 2016 2018. [Internet]. [Cited 2018 October 12]. Available from: <http://www.lboro.ac.uk/gawc/world2016t.html>.
23. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*. 1997;24(2):121-3.
24. DPdEdS [Internet]. [Cited 2018 September 15] Available from: [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha\\_VO.pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf) 2018
25. SISNEP, Sistema Nacional de Ética em Pesquisa. [Internet]. [Cited 2018 October 12]. Available from: [http://portal2.saude.gov.br/sisnep/Menu\\_Principal.cfm](http://portal2.saude.gov.br/sisnep/Menu_Principal.cfm) 2018
26. Fonseca JS, Martins GA. Curso de Estatística edição a, editor. São Paulo: Atlas; 1994;177-9.
27. Projeto Parto Adequado - ANS - Agencia Nacional de Saude Suplementar 2018. [Internet]. [Cited 2018 October 12]. Available from: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>.
28. Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. *Reprod Health*. 2018;15(1):23.
29. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*. 2015;12(6):e1001847; discussion e.
30. Khosla R, Zampas C, Vogel JP, Bohren MA, Roseman M, Erdman JN. International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth. *Health Hum Rights*. 2016;18(2):131-43.
31. Violência no parto: Na hora de fazer não gritou - Fundação Perseu Abramo [Internet]. 2013 [Cited 2013-03-25]. Available from: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>.
32. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:Cd000081.
33. M MA, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health*. 2017;14(1):55.
34. Kramer MS, Berg C, Abenheim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A, et al. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209(5):449.e1-7.
35. Bhide A, Caric V, Arulkumaran S. Prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;133(3):297-300.
36. Boatin AA, Schlottheuber A, Betran AP, Moller AB, Barros AJD, Boerma T, et al. Within country inequalities in caesarean section rates: observational study of 72 low and middle income countries. *Bmj*. 2018;360:k55.
37. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5:Cd000111.
38. Ulfsdottir H, Saltvedt S, Georgsson S. Waterbirth in Sweden - a comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97(3):341-8.
39. SINASC DATASUS [Internet]. 2018. [Cited 2018 October 12]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?iddb2012/f07.def>.
40. The Midwives Model of Care. 2010. [Internet]. [Cited 2018 October 31]. Available from: <https://mana.org/about-midwives/midwifery-model>.

Table 1: Total number and frequency of women's characteristics and obstetric background.

	<b>N (580)</b>	<b>%</b>
<b>Age</b>		
20-29	60	10.3
30-35	345	59.5
>35	175	30.2
<b>Skin color<sup>a</sup></b>		
White	490	84.6
Non-white	89	15.4
<b>Partner</b>		
Yes	572	98.6
No	8	1.4
<b>Schooling</b>		
High-school or less	18	3.1
Bachelor degree	206	35.5
Graduate	356	61.4
<b>Monthly family Income*<sup>a</sup></b>		
<10	143	24.7
10 to 20	266	45.9
>20	170	29.4
<b>Prenatal care</b>		
Private	570	98.3
Public	2	0.3
Public and private	8	1.4
<b>Pre-gestational BMC<sup>a</sup></b>		
≤18.5	24	4.1
18.6-24.9	407	70.3
25-29.9	115	19.9
≥30	33	5.7
<b>Obstetric background<sup>b</sup></b>		
Primiparous	369	63.2
Previous C-section	109	19.1

Missing data: (a) 1 case, (b) 8 cases.

\*Times Brazilian minimum wage of 880 Reais (220 USD at 4.0 Reais per USD)

Table 2 - Total number and frequency of Birth Practices according to WHO classification and Perinatal Outcomes.

		<b>N (580)</b>	<b>%</b>	
<b>Mode of Delivery</b>	C-Section	90	15.5	
	Vaginal Birth	490	84.5	
	Normal Birth without epidural	307	52.9	
	Normal Birth with epidural	128	22.1	
	Operative vaginal delivery	55	9.5	
<b>Midwife assistance <sup>a</sup></b>		408	83.1	
<b>Presence of Doula</b>		438	75.5	
<b>Positive Practices</b>	Birth plan	566	97.6	
	Privacy respect <sup>b</sup>	483	85.8	
	Companion of choice	580	100	
	NINPMPR <sup>c *</sup>	526	90.5	
	Vocalization <sup>f</sup>	529	97.1	
	Freedom of movement <sup>d</sup>	543	96.8	
	Non-supine birth position <sup>e</sup>	399	81.4	
	Skin-to-skin contact	556	95.9	
	<b>Harmful Practices</b>	Enema <sup>g</sup>	6	1.0
		Pubic shaving <sup>h</sup>	7	1.2
Fasting <sup>i</sup>		9	1.6	
<b>Inappropriate Unclassified Practices</b>		Intravenous cannula <sup>c</sup>	216	40
	Amniotomy <sup>c</sup>	116	21.5	
	Oxytocin Augmentation <sup>b</sup>	161	28.6	
	Changing room in 2 stage <sup>h</sup>	76	14.8	
	Valsalva maneuver <sup>i</sup>	61	11.2	
	Episiotomy <sup>b</sup>	7	1.2	
	Early cord-clamping <sup>j</sup>	36	6.7	
	<b>Perinatal Outcomes</b>	Maternal ICU <sup>h</sup>	7	1.2
Blood transfusion <sup>h</sup>		14	2.4	
5th min Apgar Score $\geq 7$ <sup>j</sup>		537	100	
Neonatal ICU		35	6.0	
Obstetric Violence		33	5.7	
Wishing a next normal birth		573	98.8	
Positive Experience <sup>g</sup>		481	83.1	
$\geq 6$ months breastfeeding <sup>k</sup>		480	94.1	
<b>Perineal tears <sup>l</sup></b>		No perineal tears	180	36.9
		With perineal tears	308	63.1
	Superficial perineal tears	210	43.0	
	Painful/Hard-to-heal tears	38	7.8	
	Not Classified	60	12.3	

Total cases: (a)491, (b)563, (c)540, (d)561, (e)490, (f)546, (g)578, (h)579, (i)560, (j)536, (h)514, (i)544, (j)537, (k) 510, (l)488

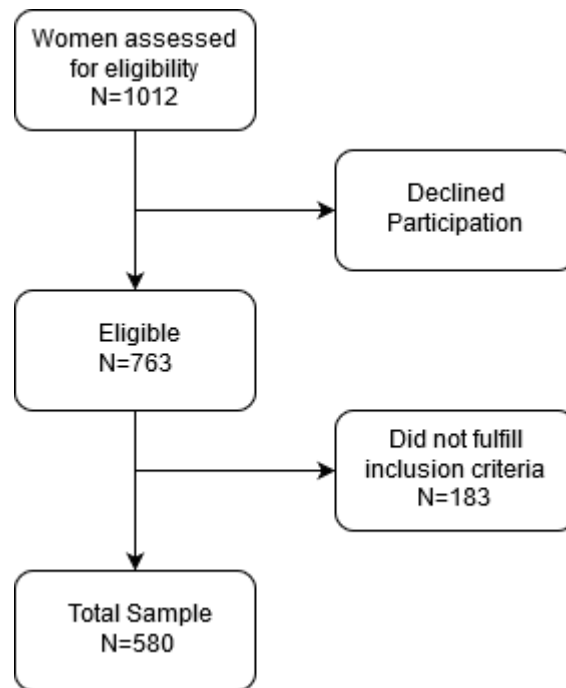
\*NPNIPRM= non-pharmacological non-invasive methods of pain relief

Table 3: Relative risk of C-section according to maternal characteristics and obstetric background and Relative risk of perineal trauma in Operative Vaginal Birth and according to birth position

Characteristics	C-section		Normal birth		OR	95% CI
	N	%	N	%		
<b>Age (Years)</b>						
20-29	11	18.3	49	81.7	ref.	
30-35	46	13.3	299	86.7	1.46	0.71-3.01
>35	32	18.3	143	81.7	1.00	0.47-2.14
<b>Skin color <sup>a</sup></b>						
White	77	15.7	413	84.3	ref.	
Non-white	13	14.6	76	85.4	1.09	0.58-2.06
<b>Monthly Family Income <sup>a</sup></b>						
<10	26	18.2	117	81.8	0.48	0.26-0.88
10 a 20	48	18.1	218	81.9	0.48	0.28-0.84
>20	15	8.8	155	91.2	ref.	
<b>Schooling</b>						
High-school or less	3	16.7	15	83.3	0.96	0.27-3.4
Bachelors degree	30	14.5	177	85.5	1.12	0.70-1.81
Graduate	57	16.0	299	84.0	ref.	
<b>Obstetric background <sup>b</sup></b>						
Primiparous	70	19.1	297	80.9	ref.	
Previous C-Section	15	14	94	86	0.68	0.37-1.24
Previous VB	0	0	97	100	-	-
<b>Onset of Labor<sup>*</sup></b>						
Spontaneous labor	50	11.2	395	88.8	ref.	
Induction of labor	31	28.4	78	71.6	<b>3.14</b>	<b>1.89-5.23</b>
		<b>Perineal Tears</b>		<b>No Perineal Tears</b>	<b>OR</b>	<b>95% CI</b>
<b>Operative VB <sup>**</sup></b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Yes	47	81	11	19	<b>3.14</b>	<b>1.58-6.23</b>
No	242	58	178	42	ref.	
<b>Birth position <sup>***</sup></b>						
Lithotomy <sup>****</sup>	63	71	26	29	ref.	
Verticalized	199	66	101	34	0.8	0.5-1.4
Others	26	55	21	45	0.5	0.2-1.1
Water immersion	20	38	32	62	<b>0.3</b>	<b>0.1-0.5</b>

Missing data: (a) 1 case, (b) 8 cases, \* excluded 4 cases of elective CS and 22 missing cases, \*\*Excluded 90 cases of CS, 12 missing cases, \*\*\* excluded 90 cases of CS, 2 missing cases, \*\*\*\*including the operative VB.

**Figure 1:** Flowchart of women's admission into the study



### 4.3. Artigo 3

#### **Article to be submitted to the Journal “Plos One”**

**“Empowered women: exploring the experiences of birth of women who sought the respectful maternity care model of assistance- a qualitative study.”**

Juliana Camargo Giordano<sup>1</sup>; Débora Bicudo Faria-Schutzer<sup>1</sup>, Fernanda Garanhani Surita<sup>1</sup>,

1. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas (UNICAMP), School of Medical Sciences, Campinas, São Paulo, Brazil

The authors declare no conflicts of interests. The authors alone are responsible for the content and writing of this article.

#### **Corresponding author:**

Fernanda G. Surita  
Department of Obstetrics and Gynecology,  
University of Campinas, SP,  
Rua Alexander Fleming, 101  
13083-881 Campinas-SP, Brazil  
Phone: +55-19-3521-9304  
E-mail: [surita@unicamp.br](mailto:surita@unicamp.br)

## Introduction

The Sustainable Development Goals, launched in 2015, are finally highlighting the promotion of well-being as an important step to an integrative health care assistance.(1) Women's perceptions and experiences of the childbirth process have being a recent subject of scientific publications, specially mentioning the negative impacts of the violations of women's rights in the scene of birth. (2-4) Obstetric transition is the dynamic process of ending avoidable causes of maternal deaths and decreasing maternal mortality in the last century. (5) As a result of the obstetric transition, a global improvement of maternal health care is happening and public politics are now able to expand actions not only to prevent maternal deaths and morbidity but also to promote gender equality, respectful maternity care and to avoid mistreatment during childbirth.(6)

Fortunately, it has been an increasing interest of the scientific community to explore the consequences of mistreatment of women during childbirth care. This has been a difficult task to achieve. (2, 7, 8) Recently, the World Health Organization (WHO) group has proposed a tool to guide health care providers globally to measure and moreover to prevent violations of women's rights during childbirth assistance.(9) Mistreatment not only occurs intentionally as in neglecting care, social, gender or race based prejudice, physical or verbal abuse, but it also has roots in institutional protocols such as not allowing the presence of a companion of choice during labor or separating mother and newborn after birth. (2) To preserve women's autonomy during childbirth care and to and provide women-center care, allowing them to be part of the decision-making process during antenatal and birth care, is a growing and recent demand of women and a huge challenge to obstetrical teaching and facilities providers.(10)

Since the 1980, social movements in Brazil, specially organized by feminist activists, have structured natural birth support groups to inform families about the value of the physiology of birth and the damages to women's health of the growing CS rates without obstetrical indication, and specially to promote political pressure in order to avoid mistreatment in maternity care. (10, 11) In Brazil, were CS rate in private care is 82% of all births, women attended by private care OB-GYN usually need an attitude to avoid a scheduled CS. (12, 13) There is a cultural perception of safety, easiness and even a social status by choosing a surgical delivery among Brazilian women. (14-16) Not to schedule a CS is almost a contra-cultural effort, there are many medical and social barriers women have to face to be able to experience the process of labor. (14, 17) Many Brazilian respectful maternity care (RMC) support groups provide online and face-to-face meetings to help women who wished a normal birth and recommend private birth teams that work in accordance to evidence-based medicine and provide multidisciplinary, women-centered birth assistance. (18-20)

Although recent studies have reported the importance of RMC and the elimination of institutional mistreatment to achieve better perinatal outcomes and positive women's experience of care, there is still a lack of data of what are the perceptions of childbirth care among women who focused in receiving RMC assistance. It is expected that women who searched RMC birth teams are highly motivated to go through the physiological process of labor, to explore the barriers to achieve a respectful birth in private care facilities and the related positive and negative aspects of the experience is the aim of this qualitative study.



## **Subjects and Methods**

### Study design

This is a qualitative study conducted in accordance with the methodology described in the COREQ statement.(21)

Women who chose to be assisted during labor by private care obstetricians recommended by the Brazilian RMC support groups were invited to participate in the study by answering a Google-form questionnaire. Questionnaires could be answered in several ways: by email, on-line at social media platforms, social media groups, RMC support group websites or private online pages of Ob-Gyn engaged with the RMC Brazilian movement. We looked for usual risk hospital births in nine private healthcare centers from January 2014 to December 2017.

The inclusion criteria were: preference for vaginal birth, in a hospital setting, involving a singleton pregnancy and gestational age of 37 weeks or more. The exclusion criteria were: previously diagnosed hypertension or diabetes, genital herpes during labor, abnormal placentation, fetal anomalies or home birth. Eligible women who fulfilled the eligibility criteria were invited to read and sign the consent form for inclusion in the study and to answer the second questionnaire. A standardized multiple-choice questionnaire with an open-ended question by the end was given to them for answering the questions.

The open-ended question was elaborated to explore the perceptions and experiences of birth in the group of women: "If you want to report any event that you consider relevant to the research use the space below freely".

Out of the 580 participants, 174 answered this question. Out of the 174 responses, 36 were excluded because they were not experiences related to childbirth, but rather:

- Comments for the researcher:

Good luck.

Success in your study!!! I would like to see the results.

- Presented doubts, suggestions or clarifications on the multiple-choice questions previously answered:

I'm not sure about (the position of) my leg, I do not remember; this position was necessary because of the vacuum extractor.

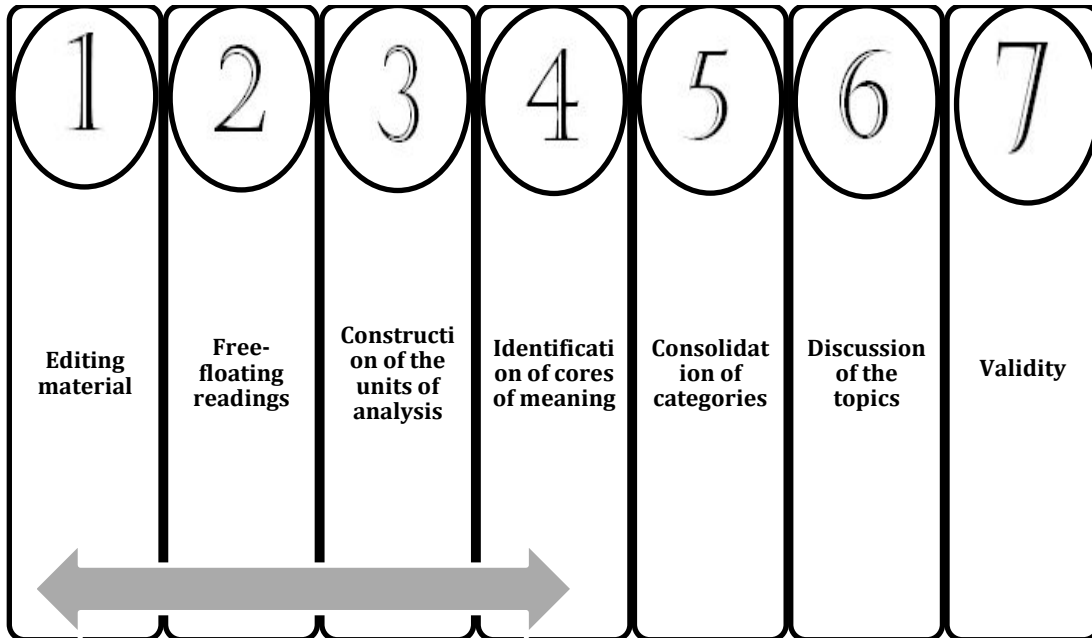
I went to a birth center before I went to the hospital (which was my plan B)

My pre-gestational weight was 42kg and the questionnaire only allows the range from 45 to 140...

At the end there were 138 eligible questions. We used two different theoretical frameworks to explore the outcomes of this qualitative study: The Clinical-Qualitative Content Analysis and the software NVIVO, version 12. (22-24)

Two female researchers (an Ob-Gyn and a Psychologist) analyzed the first 34 answers using the free-floating reading technique and created cores of meaning aggregating the perceptions of women of the event of birth, following the “Seven steps for qualitative treatment in health research: The Clinical-Qualitative Content Analysis”. (Figure 1). (24, 25)

**Figure 1: Flowchart of the Content Analysis**



**Results:**

Thirty-four questions were analyzed for the Clinical-Qualitative Content Analysis and created seven cores of meanings:

**Content 1: Women's perceptions of the RMC model in their childbirth experience:**

1. Positive experiences:
  - 1.1. Empowerment, feeling of personal satisfaction.
  - 1.2. Feeling grateful, secure and/or supported by the RMC birth team.
  - 1.3. Shielding, protection from hospital unnecessary protocols and protection of their autonomy by the RMC private birth team.
  - 1.4. Highlights to the positive impacts of following EBM and good practices such as: eating during labor, to be admitted during active phase of labor, no venous catheter unless necessary.
  - 1.5. Compliment to the hospital staff.
2. Negative experiences:
  - 2.1. Hospitals' staff not prepared to deal with women in process of labor. Hostility, sense of negative judgment by hospital staff for choosing a natural birth.
  - 2.2. Disappointment with RMC birth team.
  - 2.3. Unnecessary, non-evidence-based hospital protocols.
  - 2.4. Feeling insecure during labor.
3. The wish to broad the access to the experience (private birth teams are expensive). How to spread the differences from traditional childbirth care to RMC model of assistance to other women.
4. The role of RMC in the bound between women and newborn.
5. Difficulties and the importance of choosing a birth-team during pregnancy who can listen to them and respect their autonomy and protagonism as a mark in their efforts to achieve a positive experience.
6. Highlights to the importance of getting informed and prepared to the birth experience during antenatal care to reach a positive experience.
7. Wishing a home birth in the next birth experience.

Cores of meanings (NVIVO nodes)	Number of citations	Illustrational quotation
Empowerment, feeling of personal satisfaction	32	<p>“O parto foi a melhor experiência da minha vida, com um empoderamento sem igual.”</p> <p>“Amei as duas experiências que tive com parto humanizado. Hoje me sinto segura, empoderada é uma mulher totalmente diferente.”</p> <p>“Respondendo a esse questionário pude perceber o quanto meu TP foi respeitado, tive uma participação ativa e fomos protagonistas, minha filha e eu no seu nascimento.”</p>
Feeling grateful, secure or supported by the RMC birth team.	58	<p>“Me senti respeitada, segura, livre para fazer minhas escolhas e valorizada como mulher e como mãe durante toda a gestação e parto.”</p> <p>“Equipe dos sonhos! Parto dos sonhos! Muito feliz e realizada! Eternamente grata com tanto acolhimento e respeito!!!”</p> <p>“O encontro com (<i>a obstetra</i>) ressignificou minha história com o meu filho. Passei uma gravidez com muito medo do que iria viver devido a sua má formação renal. (<i>a obstetra</i>) me acolheu, me fez sentir a força do meu filho, a minha, do meu companheiro. Tive terceiro parto e o mais lindo de todos. (<i>a obstetra</i>) foi fundamental receber o nosso filho.”</p>
Shielding, protection from hospital unnecessary protocols and protection of their autonomy by the RMC private birth team.	8	<p>“Apesar de ter ocorrido no hospital, meu parto foi totalmente respeitoso pois a equipe contratada (obstetra, obstetriz e neonatologista) era humanizada e permitiu que nenhuma intervenção sem meu consentimento fosse feita por profissionais do hospital”</p> <p>“A obstetriz particular que me acompanhou fez toda diferença no parto. Sinto que ela agiu como um escudo entre o hospital e o meu parto. Sem ela, acho que teria tido outras respostas nesse questionário.”</p> <p>“O meu médico também conversou com a equipe da pediatria para que respeitassem o meu plano de parto em relação a bebê... Eu me senti, durante todo o tempo, acolhida, cuidada e protegida pela equipe.”</p>
EBM and good practices	24	<p>“Meu trabalho de parto se iniciou em casa, cheguei ao hospital no expulsivo o que conduziu um parto rápido e tranquilo.”</p> <p>“O legal é q entrei e sai da maternidade sem nenhuma punção venosa”</p> <p>“Comi chocolate e tomei água de coco durante todo o trabalho de parto. Além do meu marido, minha mãe e irmã puderam estar comigo durante todo o tempo.”</p>
Compliment to the hospital staff.	3	<p>“Minha experiencia no (<i>hospital</i>) foi excelente. Eles entenderam nossa vontade de estar só nos e respeitaram 100%”</p> <p>“O (<i>hospital A</i>) foi extremamente rápido no meu atendimento. Cheguei já em trabalho de parto, mas me senti muito mais seguro lá do que no (<i>hospital B</i>), onde também cheguei em trabalho de parto e me colocaram na recepção.”</p>

Cores of meanings (NVIVO nodes)	Number of citations	Illustrational quotation
Hospitals' staff not prepared to deal with women in process of labor. Hostility, sense of negative judgment for choosing a natural birth	21	<p>“Os hospitais particulares em SP não estão preparados para o PN. Ainda mais com indução. O (<i>hospital</i>) desrespeita tudo que diz respeito ao parto humanizado...”</p> <p>“falta MUITO preparo de hospitais para receberem quem quer parir, só sabem como proceder dentro de protocolos, massificam as mães e tratam com desdém e hostilidade quem não quer receber essa tratativa, já sofro desde já em imaginar que meu próximo parto pode novamente a contragosto ser hospitalar e ter que lidar com a equipe do (<i>hospital</i>) novamente...”</p> <p>“Além disso, fui criticada pela equipe de enfermagem do hospital por ter escolhido o parto humanizado (o comentário aconteceu na ausência da equipe humanizada e do acompanhante).”</p>
Disappointment with RMC birth team.	18	<p>“Má vontade da Doula no momento em que pedi para ir para o hospital e atitude dela quando o bebe nasceu de cesárea.”</p> <p>“Após o parto me senti abandonada, a equipe foi embora, nao tinha chuveiro p eu tomar banho, fiquei deitada suja muitas horas até o hospital disponibilizar o quarto”</p> <p>“Foi péssimo. O discurso da dra (<i>A</i>) era um e a pratica foi outra. me arrependi muito de ter ido pra ela.”</p>
Unnecessary, non-evidence-based hospital protocols.	14	<p>“o fato da bebê ter que ir ao berçário apenas por protocolo do hospital, por 3 horas, foi a única experiencia negativa.”</p> <p>“me desagradou foi apenas essa questão inicial da equipe do hospital (queriam que eu colocasse camisola e ficasse deitada na maca pra transferência até o centro cirúrgico - no (<i>hospital</i>) não tinha sala de parto propriamente dita).</p> <p>“O (<i>hospital</i>) não flexibilizou espera para dar banho no bebê só após 24h. Tivemos que dar banho nas primeiras horas contra minha vontade”</p>
Feeling insecure during or after labor.	3	<p>“...Embora estivesse fora de risco, esse episódio me deixou fragilizada pelo fato de ser muito raro e improvável dado o intervalo de tempo.”</p> <p>“Respondi que durante o TP fiquei preocupada com a saúde do meu bebê porque tinha mecônio espesso quando rompeu bolsa e eu sou médica - só por isso.”</p> <p>“não receitaram antibióticos, apenas anti-inflamatórios e, claro, a cesárea infeccionou depois que tive alta, foi muito perigoso e eu poderia ter morrido pois demorei a detectar a infecção, pois nunca tinha acontecido comigo antes.”</p>

Cores of meanings (NVIVO nodes)	Number of citations	Illustrational quotation
Broad the access to the experience (private birth teams are expensive). How to spread the differences from traditional childbirth care to RMC model of assistance to other women.	11	<p>“Contudo, sei que nem todas as gestantes tem a oportunidade e condições para ser assistida da forma como fui, pois, a rede pública e até mesmo particular (como o plano de saúde) não possuem profissionais que levam em consideração o bem-estar da mãe e do bebê. Infelizmente, muitos profissionais aproveitam este momento de sensibilidade para descrever o parto normal como algo extremamente incorreto e perigoso, dizem coisas desnecessárias e te induzem a uma cesárea agendada.”</p> <p>“Fui extremamente bem tratada e respeitada pela (médica) durante todo o meu pré-natal e parto. Este tratamento me fez querer, sempre que possível, auxiliar outras mulheres a ter uma experiência positiva em seus partos...”</p> <p>“Acho que é fundamental que haja a divulgação das opções de parto, suas consequências e benefícios... O desconhecimento sobre a possibilidade e benefícios do parto natural e humanizados é muito grande mesmo por mulheres instruídas.”</p>
Bound between women and newborn.	6	<p>“Nós (eu e me filho) tivemos todo apoio e respeito pelo nosso tempo ao longo do parto. não fomos forçados a nada e todo esse processo só serviu para fortalecer nosso vínculo. Além disso, toda a empatia e acolhimento da equipe de parto me fizeram sentir mais plena e preparada para receber meu filho, isso fez toda a diferença.”</p> <p>“O que me levou a procurar equipe humanizada foi o cuidado com o bebê, minha autonomia nas decisões e tudo foi ótimo; receber a criança nos braços e amamentar. " não leve meu bebê"</p> <p>“Minhas 2 filhas são muiito apegadas a mim, tenho certeza q foi por causa desse primeiro momento de vida que ficaram por 1 hora no meu colo.”</p>
To choose a birth-team during pregnancy who can listen to them and respect their autonomy and protagonism as a mark in their efforts to achieve a positive experience.	12	<p>“a situação do meu parto foi como relatei, pois, desde o início da gravidez me informei e busquei equipe humanizada.”</p> <p>“Durante o pré-natal, mudei três vezes de médico até chegar à obstetra que realizou o parto. Já estava com 36 semanas quando decidi pela troca definitiva. não senti que os médicos anteriores respeitariam meu desejo de ter parto natural. Sentia que estavam me desencorajando.”</p> <p>“Gostaria de dizer o quão difícil foi encontrar uma equipe que fosse a favor do parto humanizado. Durante a minha gestação, passei por inúmeros médicos que eram contra o parto normal, o que me fez ter uma imensa insegurança durante quase toda a minha gravidez.”</p>

Cores of meanings (NVIVO nodes)	Number of citations	Illustrational quotation
Getting prepared to the birth experience during antenatal care	14	<p>“O parto é um dos momentos mais importantes da vida da mulher e precisa ser tratado como tal. Estar cercada de profissionais que respeitaram meus desejos e do meu parceiro e que me incentivaram em todos os momentos (desde o pré-natal) foi fundamental para que eu vivesse esse momento de forma plena”</p> <p>“O pré-natal com a equipe humanizada nos deixou absolutamente tranquilos para o que viria no TP, então, em momento algum, senti medo. não quis analgesia e nao senti falta alguma dela. Meu parto foi uma das experiências mais bonitas e incríveis que já tive na vida, e devo isso a ter escolhido o atendimento humanizado”</p> <p>“Querida ter recebido mais informações objetivas no prenatal ( ex. tem risco X, Y, Z) e menos subjetivas (ex de coisas que eu escutei: "coitado do bebe que vai sofrer"... mas porque vai sofrer?; "tem que contratar pediatra neonatologista porque eh melhor"... mas porque eh melhor?, "voce vai ser pai hippy do bebe sujinho do berço"... nao somos da linha hippy, esse argumento nao nos convenceu). O mundo de partos normais/humanizados em Sao Paulo apela muito no lado afetivo, importante, mas para algumas pessoas tranquiliza de conhecer tambem os motivos científicos.”</p>
Wishing a Home birth	6	<p>“Em meu próximo parto, penso em fazer um parto domiciliar.”</p> <p>“Esse foi o meu primeiro parto, era para ser domiciliar, mas após 69 horas de TP, fomos para o hospital por uma queda de batimentos da bebê...Meu segundo parto foi domiciliar.”</p> <p>“... Sinto uma certa frustração pelo meu parto não ter sido em casa, pois elas me falaram que precisaria de transferência por causa do mecônio, mas acredito que tenha sido o melhor.”</p>

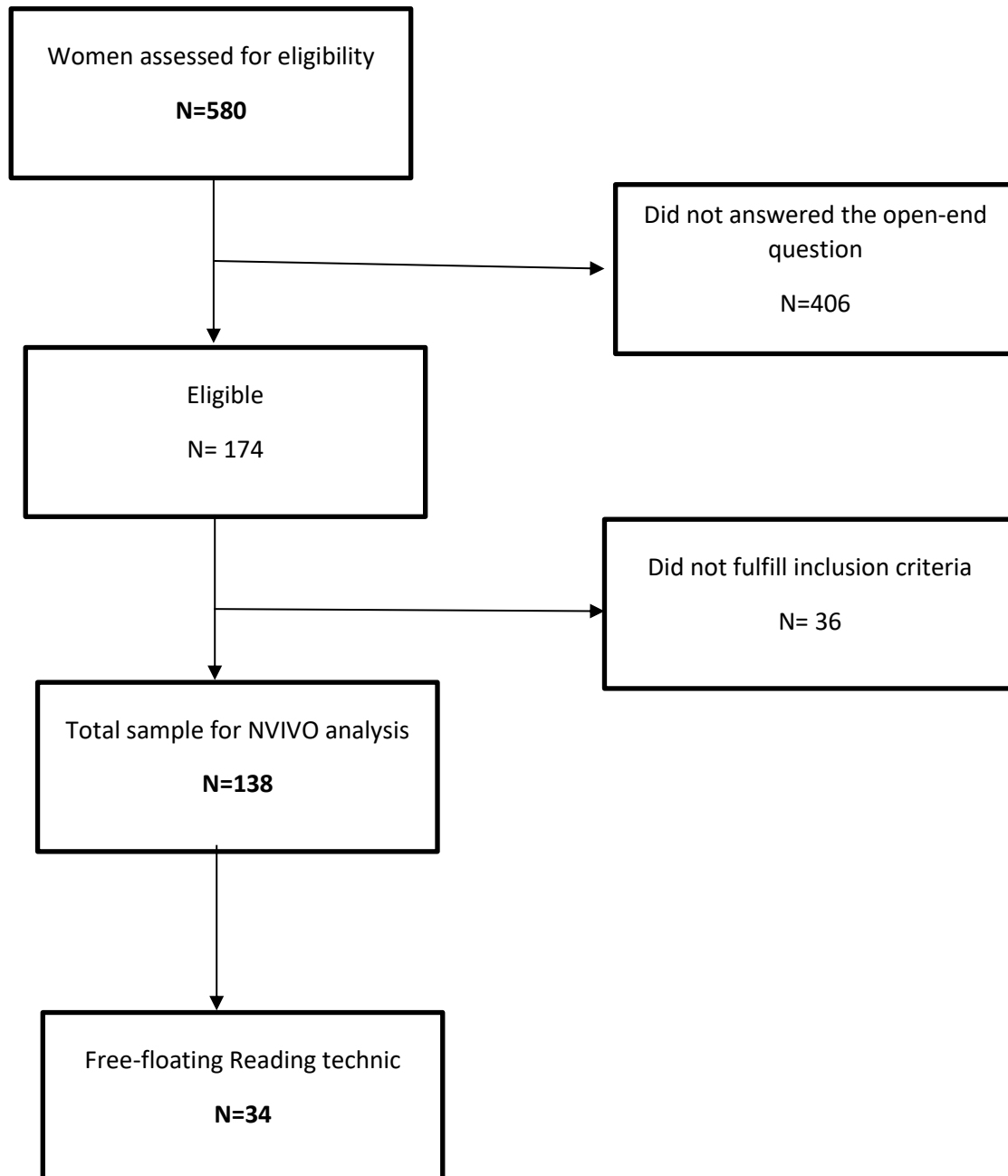


We used the seven cores of meanings suggested by the seven steps to qualitative research method to create the nodes in NVIVO software, in order to explore the 138 questions in an hierarchy graphic:





**Figure 1:** Flowchart of women's admission into the study.



**Discussão:** em elaboração

## References

1. Gostin LO, Friedman EA. The Sustainable Development Goals: One-Health in the World's Development Agenda. *Jama*. 2015;314(24):2621-2.
2. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*. 2015;12(6):e1001847; discussion e.
3. Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. *Reprod Health*. 2018;15(1):23.
4. Vogel JP, Bohren MA, Tuncalp, Oladapo OT, Gulmezoglu AM. Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *Bjog*. 2016;123(5):671-4.
5. Souza JP, Tuncalp O, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *Bjog*. 2014;121 Suppl 1:1-4.
6. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018 [Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.].
7. WHO | Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth. WHO. 2017.
8. Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gulmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*. 2018;13(4):e0194906.
9. Bohren MA, Vogel JP, Fawole B, Maya ET, Maung TM, Baldé MD, et al. Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey. *BMC Medical Research Methodology*. 2018;18(1):132.
10. Grilo Diniz CS, Rattner D, Lucas d'Oliveira AFP, de Aguiar JM, Niy DY. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reprod Health Matters*. 2018:1-17.
11. <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf> 2018 [
12. Maternidades de SP lotam em dias antes de grandes feriados - *Maternar*. 2018.
13. SINASC DATASUS [Internet]. 2018. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f07.def>.
14. Barros AJ, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC, et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Rev Saude Publica*. 2011;45(4):635-43.
15. Giordano JC, Nascimento SL, Godoy-Miranda AC, Surita FG. The misleading choice for safer births in Brazilian's most developed region: a cross-sectional study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017:1-6.
16. Domingues RM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira AP, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saude Publica*. 2014;30 Suppl 1:S1-16.
17. Behague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *Bmj*. 2002;324(7343):942-5.
18. GAMA: grupo de apoio à maternidade ativa [Internet]. Available from: <https://www.maternidadeativa.com.br/>.
19. Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa 2018 [Available from: <http://www.partodoprincipio.com.br>].
20. Associação Artemis - ONG contra Violência doméstica e obstétrica 2018 [Available from: <https://www.artemis.org.br>].

21. Tong A, School of Public Health UoS, NSW 2006, Australia, Centre for Kidney Research TCsHaW, NSW 2145, Australia, Sainsbury P, School of Public Health UoS, NSW 2006, Australia, Population Health SSWAHS, NSW 2170, Australia, et al. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2018;19(6):349-57.
22. BG G, AL S. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* 1999.
23. Houghton C, Murphy K, Meehan B, Thomas J, Brooker D, Casey D. From screening to synthesis: using nvivo to enhance transparency in qualitative evidence synthesis. *J Clin Nurs*. 2017;26(5-6):873-81.
24. Faria-Schutzer D. *From Theory To Practice: The Clinical-Qualitative Content Analysis And Life Experiences Of Women With Obesity About Feeding In Postpartum* Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical-Qualitative Content Analysis. Campinas: University of Campinas; 2018.
25. Faria-Schutzer DB, Surita FG, Alves VL, Vieira CM, Turato ER. Emotional Experiences of Obese Women with Adequate Gestational Weight Variation: A Qualitative Study. *PLoS One*. 2015;10(11):e0141879.

## 5. DISCUSSÃO GERAL

O Brasil é um país em desenvolvimento, ainda com grandes desigualdades socioeconômicas (57). Os resultados do primeiro estudo indicam uma forte associação entre o tipo de seguro de saúde (público, privado ou misto) e a via de parto.

No primeiro estudo, a maternidade de cuidados exclusivamente privados apresentou uma taxa de cesárea muito superior à dos serviços públicos e público-privados, sugerindo que as mulheres com melhor nível socioeconômico têm maior probabilidade de serem submetidas a um parto cirúrgico. Este estudo foi realizado na região mais desenvolvida do país e corrobora os achados de outros estudos, em que as taxas de cesárea de países em desenvolvimento foram maiores em mulheres com maior idade, maior escolaridade, com primiparidade e que tiveram acompanhamento pré-natal em serviços privados (13, 39, 53).

Infelizmente, o primeiro estudo também indicou que as primíparas têm 1,5 vez mais chance de cesárea. Isso representa uma grande preocupação com a possibilidade crescente de cirurgias subseqüentes nesse grupo de mulheres e todos os riscos associados a essas cirurgias, como o aumento do risco de placentação anormal, de transfusões sanguíneas, de infecções pós-parto e de lesão de bexiga ou outros órgãos (13, 58, 59).

Alguns defensores da cesárea sem indicação médica afirmam que a possibilidade de programar o momento do nascimento reflete o respeito à autonomia da mulher, sem considerar que muitas dessas mulheres não foram informadas corretamente nem compreenderam os reais riscos e benefícios da cesárea durante o atendimento pré-natal (39). Neste cenário desfavorável para o parto normal, as mulheres brasileiras são levadas a acreditar que a cesárea é igualmente segura ao parto normal (ou até mais segura) (6, 11, 39, 40). Isso resulta na banalização do nascimento cirúrgico entre mulheres no Brasil, na falta de acesso ao cuidado por obstetrites e doulas para seguimento pré-natal e parto e na falta de preparo ou descrição de um plano de parto pessoal (6, 8, 20).

O segundo estudo reflete uma parcela da população que tem acesso a médicos privados na cidade mais rica da América do Sul, e teve como resultado a taxa de

cesárea recomendada pela OMS, que é muito divergente da encontrada por outros estudos publicados com a mesma parcela da população brasileira. O grupo de 580 mulheres do segundo estudo está no topo da estrutura socioeconômica e educacional brasileira, e tem condições socioeconômicas e de acesso a recursos tecnológicos para prevenção e tratamento de complicações obstétricas similares às de mulheres em países desenvolvidos (60). Recentemente, uma revisão sistemática sobre assistência humanizada ao parto e nascimento somente encontrou estudos sobre o tema em países subdesenvolvidos, o que pode ser uma fortaleza do segundo estudo (4).

A taxa de cesárea próxima à recomendada pela OMS encontrada no segundo estudo reflete provavelmente uma combinação específica de fatores, entre os quais estão: o esforço desse grupo de mulheres que desejavam partos normais no setor privado ao se engajarem com os grupos de apoio ao parto humanizado e buscarem equipes recomendadas por esses grupos (critério de inclusão no estudo); a busca pelo conhecimento das possíveis intervenções na assistência ao parto durante a gestação, evidenciada pela alta prevalência de discussão detalhada de um plano de parto (98%) e pela presença de equipe multidisciplinar com obstetras e doulas durante o parto (61).

O grupo de mulheres do segundo estudo superou a estatística reversa: uma taxa de cesárea ao redor de 82,5% nas maternidades privadas de São Paulo (14). Importante ressaltar ainda que 83% das mulheres do segundo estudo puderam contar com a assistência de uma obstetra durante o trabalho de parto. No Brasil, somente 17% das mulheres são acompanhadas por obstetras, apesar das recomendações da OMS e de muitas publicações recentes apontarem para os benefícios do acompanhamento do parto por essas profissionais (1, 10, 40, 62).

Trata-se de uma amostragem específica, quase um modelo experimental, em que as melhores condições se associam aos melhores resultados. Mulheres motivadas a experienciar um parto normal, sem restrições de acesso às melhores tecnologias e com uma equipe multidisciplinar focada na valorização do processo fisiológico do parto constituem um cenário de exceção não só no Brasil, mas em todo o mundo. Os excelentes resultados apresentados neste trabalho, tanto para os desfechos perinatais quanto em relação à satisfação com o parto, são importantes e inéditos, o

que nos motiva a estudar uma possível e necessária translação para a população geral.

Em uma análise superficial, o que poderia mostrar-se uma limitação do estudo, o viés de seleção, é na verdade parte do cerne deste trabalho, que buscou conhecer os reais desfechos quando temos um cenário favorável e seguimos o que a literatura médica atual recomenda. A análise dos desfechos em condições tão peculiares nos mostra que, apesar de toda a especificidade do grupo, é possível conseguir resultados muito bons tanto do ponto de vista dos desfechos perinatais quanto em relação aos aspectos das vivências e percepções das mulheres.

Pautar o atendimento ao parto em uma atuação não médico-centrada, multiprofissional e de valorização da autonomia da mulher já é a realidade para esse seleto grupo de profissionais estudados. Desmistificar a atuação dos profissionais ligados ao movimento de humanização do parto e dos grupos de apoio ao parto humanizado, ainda hoje vistos por muitos como “radicais”, “imprudentes”, “exagerados”, e focar a discussão em como ampliar esse modelo de atuação para outros cenários são demandas urgentes. O respeito aos direitos fundamentais das mulheres, a medicina baseada em evidências e a atuação das obstetrias são pautas primordiais na obstetrícia moderna e todas as iniciativas que vão ao encontro desse modelo devem ser destacadas e servir de *benchmark* para a ampliação desses pilares de atuação no Brasil e no mundo.

Os resultados apresentados evidenciam que respeitar os desejos, as necessidades, o conforto físico e mental e a satisfação das mulheres em trabalho de parto não é meramente uma questão ética, mas também garante melhores desfechos perinatais. Os desfechos desse grupo de profissionais indicados pelo movimento de humanização, por quebrarem um paradigma de atuação (de tecnocrático para humanista), desfazem o argumento de que uma atuação médico-centrada se baseia na segurança do binômio mãe-bebê e que a atuação humanista é insegura. Quando a mulher não participa ativamente das decisões nas diferentes condutas em relação ao seu processo de parto, os desfechos físicos e psicológicos podem deixar sequelas para a vida de todos os envolvidos: mulher, recém-nascido e família (63, 64). Entender quais são as expectativas, dúvidas e vontades das mulheres durante o trabalho de parto e mudar o olhar para uma atuação obstétrica que vise o protagonismo da mulher



na cena de parto fazem-se necessidades tão importantes quanto conhecer as condutas técnicas que devem ser tomadas em situações de risco.

A expressiva presença de obstetrias nos partos do segundo estudo vai ao encontro dos achados de uma recente revisão sistemática em que desfechos positivos como maior chance de parto natural (sem analgesia ou parto instrumental) e menor taxa de amniotomia e episiotomia, sem aumento em desfechos negativos como Apgar de quinto minuto menor que sete ou perda fetal, foram constatados nos partos conduzidos por obstetrias. (62)

Os desfechos perinatais do segundo estudo foram excelentes: nenhum escore de Apgar menor que sete no quinto minuto, quase 40% das mulheres com períneo íntegro e mais de 90% de amamentação até os seis meses de vida. Isso pode refletir a combinação de alto índice de práticas que devem ser incentivadas (todas acima de 80%) e baixo índice de práticas que devem ser evitadas (todas abaixo de 2%).

A taxa de transfusão de sangue (2,4%) foi 10 vezes maior do que a de um estudo com 8,5 milhões de partos (51). O presente estudo não foi desenhado para analisar a Hemorragia Pós-Parto (HPP), por isso não houve pergunta sobre manejo ativo do terceiro período. Ainda assim, é possível que muitas dessas mulheres não tenham feito profilaxia com ocitocina ou outro uterotônico após o nascimento exatamente pelo perfil de busca pelo parto mais fisiológico possível. Outra possibilidade é a alta taxa de parto em posições verticais (61%, n=301), que pode ter aumentado a chance de HPP (65). HPP é a primeira causa de morte materna no mundo (66); a recomendação da profilaxia universal com 10 UI de ocitocina no terceiro estágio do trabalho de parto decorre de sua efetividade na prevenção da HPP e de suas possíveis consequências, como transfusões sanguíneas, *near miss*, histerectomia e morte (1). Orientar as mulheres ainda no pré-natal sobre a necessidade da profilaxia de HPP, única intervenção medicamentosa prevista pela medicina baseada em evidências na assistência ao parto, faz-se importante nos grupos de apoio ao parto humanizado. Ainda assim, é importante ressaltar que, desde que bem orientadas sobre os riscos comprovadamente maiores de desfechos negativos na recusa do uterotônico no terceiro período, em casos selecionados de trabalho de parto sem intercorrências e sem intervenções, na atenção um para um em que efetivamente a equipe permanece ao lado da mulher nas primeiras horas após o parto avaliando as perdas sanguíneas atentamente, em que o recém-nascido seja amamentado na primeira hora de vida, é

possível optar pela recusa da profilaxia com certa tranquilidade, caso essa seja a vontade da mulher.

A taxa de parto vaginal após cesariana foi de 86%, maior que a relatada em outros estudos (52, 67). Mulheres que inicialmente desejavam um parto normal e passaram por uma cesariana desnecessária são altamente motivadas a ter um parto natural em uma segunda experiência, e esse engajamento pode representar o alto índice de parto vaginal no estudo (68, 69).

O antecedente de cesárea não representou um risco potencial para outra cesárea (RR 0,67, IC 95% 0,37 a 1,24). Uma possibilidade é que, como a taxa de cesárea no setor privado é de cerca de 83%, muitas dessas mulheres podem ter tido uma primeira cesariana que descobriram posteriormente ter acontecido sem real indicação obstétrica, como mostrado nas respostas de campo aberto:

Achei maravilhoso ter um parto normal, especialmente depois da cesariana, onde todos me disseram que eu precisaria de uma nova cesariana, então procurei outro médico depois de 20 semanas da minha segunda gravidez.

Foi maravilhoso! Eu fui respeitada, incentivada e meu bebê nasceu com todo o amor. Eu realizei um sonho porque o primeiro parto terminou em uma cesárea e eu não tive apoio durante o trabalho de parto. Nessa gravidez eu procurei uma equipe humanizada para poder ter essa grande experiência de um parto natural.

Uma revisão sistemática recente não estabeleceu evidência de aumento de desfechos adversos para mulheres e neonatos no parto na água, contudo nenhum dos estudos revisados avaliou o risco de lacerações (54). Os achados do presente estudo (OR para trauma do períneo no parto na água foi de 0,3, IC 95% 0,1 a 0,5) são similares aos de um estudo sueco que avaliou mais de 300 partos na água; em ambos o risco de trauma perineal foi menor nos nascimentos na água (55).

A taxa de cesárea na assistência privada brasileira é superior a 80%. A maioria dos obstetras privados não trabalha com parteiras e doulas, e tem dificuldade em reconhecer as idiossincrasias de cada parturiente. Nossas descobertas destacam que uma equipe multidisciplinar focada no compartilhamento de informações, responsabilidades e escolhas durante o pré-natal e o parto é um ótimo caminho para uma experiência segura e positiva de parto, e também reduz as taxas de cesárea, conforme recomendado pela OMS. Nos últimos anos, houve no Brasil aumento sistemático de iniciativas governamentais para diminuir as taxas de cesárea no setor

privado (45, 70). Apesar disso, os resultados do primeiro estudo não são muito animadores, com uma taxa de cesárea de 91% no setor privado na cidade de Campinas.

Os resultados do segundo estudo destacam a necessidade de engajamento das mulheres em grupos que apoiem o parto humanizado a fim de evitar a estatística oficial do setor privado (9). Faz-se necessário ainda uma ampliação desses conhecimentos partilhados em grupos de apoio pontuais, através de políticas públicas que empoderem as mulheres na busca por informações de qualidade e que as ajudem a pressionar os profissionais dos setores público e privado na mudança de paradigma da assistência: da médico-centrada para a de uma equipe multidisciplinar que respeite as escolhas e peculiaridades de cada mulher.

A AHPN baseia-se no entendimento de que uma experiência positiva de parto é direito básico das mulheres e famílias, e impacta diretamente os resultados maternos e neonatais em curto e longo prazo. Nossos achados demonstram que a substituição do protagonismo do evento de nascimento da equipe médica para as mulheres, a oferta de informações de qualidade sobre o processo de parto durante o atendimento pré-natal, a realização de intervenções no parto guiadas pela medicina baseada em evidências e, finalmente, o reconhecimento do parto não só como evento biológico, mas também como psicossocial, são os elementos-chave para uma experiência positiva e segura.

As universidades brasileiras, que deveriam liderar as discussões para o fim de práticas assistenciais inadequadas e ter a medicina baseada em evidências como cerne do seu atendimento e ensino, pautam ainda hoje o ensino de tocoginecologia numa concepção autoritária de poder, com rígida hierarquia decrescente: do médico assistente para os residentes de terceiro ano, de segundo ano e de primeiro ano, a enfermagem, o aluno de internato e, por último na escala, as mulheres, que deveriam ser o centro do cuidado. A visão da apropriação dos corpos das mulheres na formação dos profissionais de saúde é historicamente construída e tem raízes profundas na nossa sociedade. O preconceito social, de gênero, de cor e de identidade sexual está presente nas relações de poder, e seu enfrentamento é difícil, mas mandatário na busca de uma atenção à saúde da mulher de qualidade (9). É urgente que temas como o deste trabalho sejam mais frequentes na academia e que se busque o enfrentamento da violência obstétrica nos ensinamentos médico e de enfermagem.

Práticas comuns nas instituições de ensino ainda hoje, em 2018, devem ser abolidas para que as universidades voltem a ser a referência de atendimento de qualidade para as mulheres: a realização de episiotomia e múltiplos toques vaginais desnecessários para treinamento de residentes e alunos, a falta de suítes de parto normal mesmo em hospitais universitários que recentemente reformaram suas instalações e não priorizaram essa importante recomendação, protocolos institucionais que restringem a presença de doulas e o acesso a alimentação durante o trabalho de parto, entre tantos outros exemplos infelizmente atuais. Os centros de excelência em formação médica e de enfermagem têm o dever de assumir esse protagonismo na quebra do paradigma tecnocrático para uma atuação pautada no respeito à autonomia das mulheres e na medicina baseada em evidências, deixando de lado práticas engessadas e investindo na inteiração humana dos seus profissionais entre si, para que equipes multidisciplinares funcionem de maneira orgânica, e com as mulheres. O exemplo de equipes de vanguarda no atendimento obstétrico, como as apresentadas no segundo estudo desta tese, é importante para mostrar que é possível fazer diferente, que já existem profissionais se propondo a isso e que os resultados são animadores; mas uma mudança efetiva só ocorrerá no cenário obstétrico nacional quando as instituições de ensino voltarem a ser o berço da renovação, mudança e quebra de paradigmas. Esperamos que este trabalho ajude a impulsionar essas mudanças nas instituições formadoras de novos profissionais e a ampliar o acesso ao atendimento humanizado ao parto e nascimento para todas as mulheres.

## 6. CONCLUSÕES

- A taxa geral de cesárea entre as mulheres campineiras foi alta (maior que 50%); a maior taxa foi encontrada no serviço privado (90,1%) e as melhores condições socioeconômicas estiveram associadas a maior chance de cesárea.
- Entre mulheres paulistanas que procuraram por assistência humanizada, a taxa de cesárea foi de 15,5%; os desfechos perinatais foram excelentes, com nenhum Apgar menor que sete no quinto minuto, 94,1% de aleitamento materno até 6 meses e 5,7% de violência obstétrica. Entre essas mulheres, o percentual de boas práticas foi alto (de 81 a 100%) e o percentual de práticas que devem ser evitadas ou eliminadas foi abaixo de 2% para todas as variáveis estudadas.
- Mulheres que buscaram uma assistência humanizada ao parto e nascimento relatam que a contratação de equipe multidisciplinar que respeitasse seu protagonismo, as protegesse de protocolos hospitalares desnecessários e permitisse o contato pele a pele com o recém-nascido na primeira hora de vida foi importante para uma experiência positiva de parto e impactou o vínculo mãe-bebê. Como experiências negativas, as mulheres destacaram o despreparo das equipes dos hospitais em lidar com mulheres em trabalho de parto, a decepção com as equipes humanizadas quando o cuidado dispensado não refletiu a expectativa do acordado nas consultas de pré-natal e os protocolos hospitalares desnecessários, principalmente quando foram separadas do recém-nascido após o parto.

## 7. REFERÊNCIAS

1. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018 [Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO].
2. WHO | Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth. WHO. 2017.
3. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi V, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *Bjog*. 2017.
4. Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. *Reprod Health*. 2018;15(1):23.
5. Vogel JP, Bohren MA, Tuncalp, Oladapo OT, Gulmezoglu AM. Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *Bjog*. 2016;123(5):671-4.
6. Domingues RM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira AP, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saude Publica*. 2014;30 Suppl 1:S1-16.
7. Carmo Leal M, Pereira AP, Domingues RM, Theme Filha MM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Publica*. 2014;30 Suppl 1:S1-16.
8. d'Orsi E, Bruggemann OM, Diniz CS, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. *Cad Saude Publica*. 2014;30 Suppl 1:S1-15.
9. Grilo Diniz CS, Rattner D, Lucas d'Oliveira AFP, de Aguiar JM, Niy DY. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reprod Health Matters*. 2018:1-17.
10. Miller S, Lalonde A. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother-baby friendly birthing facilities initiative. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;131 Suppl 1:S49-52.
11. Behague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *Bmj*. 2002;324(7343):942-5.
12. Betran AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148343.
13. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*. 2018;392(10155):1341-8.
14. Município estimula a realização do parto humanizado na Rede Municipal de Saúde | Secretaria Municipal da Saúde | Prefeitura da Cidade de São Paulo: Prefeitura da Cidade de São Paulo; 2016 [updated 2016-06-24]. Available from:<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=219826>.
15. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
16. Souza JP, Tuncalp O, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *Bjog*. 2014;121 Suppl 1:1-4.
17. Souza JP. Maternal mortality and development: the obstetric transition in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(12):533-5.
18. Gostin LO, Friedman EA. The Sustainable Development Goals: One-Health in the World's Development Agenda. *Jama*. 2015;314(24):2621-2.

19. Goal 3 .:. Sustainable Development Knowledge Platform: Report of the Secretary-General, "Progress towards the Sustainable Development Goals", E/2017/66; 2018 [Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>.
20. SINASC DATASUS [Internet]. 2018. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f07.def>.
21. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gulmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*. 2014;11(1):71.
22. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*. 1997;24(2):121-3.
23. Rattner D, Santos MLd, Lessa H, Diniz SG. ReHuNa- La Red por la Humanización del Parto y Nacimiento. 4. 2010.
24. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. [Internet]Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. [Cited 2018 October 18] Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)
25. GAMA: grupo de apoio à maternidade ativa [Internet]. [Internet]. [Cited 2018 October 31].Available from: <https://www.maternidadeativa.com.br/>.
26. Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa 2018 [Internet]. [Cited 2018 October 31].Available from: <http://www.partodoprincipio.com.br>.
27. Associação Artemis - ONG contra Violência doméstica e obstétrica 2018[Internet]. [Cited 2018 October 31].Available from: <https://www.artemis.org.br>.
28. Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. *J Pediatr*. 1978;93(1):120-2.
29. DPdEdS. [Internet]. [Cited 2018 October 31].Available from: [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha\\_VO.pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf) 2018 [
30. BG G, AL S. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research1999.
31. Faria-Schutzer DB, Surita FG, Alves VL, Vieira CM, Turato ER. Emotional Experiences of Obese Women with Adequate Gestational Weight Variation: A Qualitative Study. *PLoS One*. 2015;10(11):e0141879.
32. Houghton C, Murphy K, Meehan B, Thomas J, Brooker D, Casey D. From screening to synthesis: using nvivo to enhance transparency in qualitative evidence synthesis. *J Clin Nurs*. 2017;26(5-6):873-81.
33. WHO non-clinical interventions to reduce CS [Internet]. [Cited 2018 November 01].Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/non-clinical-interventions-to-reduce-cs> 2018 [
34. de Kok B. Global maternal health: from women's survival to respectful care. *Bjog*. 2015;122(2):248.
35. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections - *The Lancet*. 2018.
36. UN Division for the Advancement of Women - Reports and resolutions on violence against women 2018[Internet]. [Cited 2018 October 31].Available from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/reports.htm>.
37. Maternidades de SP lotam em dias antes de grandes feriados - *Maternar*. 2018.
38. Faundes A, Cecatti JG. [Caesarean section in Brazil: incidence, trends, causes, consequences and suggestions for change]. *Cad Saude Publica*. 1991;7(2):150-73.
39. Barros AJ, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC, et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Rev Saude Publica*. 2011;45(4):635-43.
40. 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.

41. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet*. 2007;370(9596):1453-7.
42. GaWC - The World According to GaWC 2016 2018[Internet]. [Cited 2018 August 30]. Available from: <http://www.lboro.ac.uk/gawc/world2016t.html>.
43. SISNEP. Brasil [Internet]. [Cited 2018 October 31]. Available from: [http://portal2.saude.gov.br/sisnep/Menu\\_Principal.cfm](http://portal2.saude.gov.br/sisnep/Menu_Principal.cfm) 2018 [
44. Fonseca JS, Martins GA. Curso de Estatística edição a, editor. São Paulo: Atlas; 1994. 177-9.
45. Projeto Parto Adequado - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar 2018 [Internet]. [Cited 2018 October 31]. Available from: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>.
46. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*. 2015;12(6):e1001847; discussion e.
47. Khosla R, Zampas C, Vogel JP, Bohren MA, Roseman M, Erdman JN. International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth. *Health Hum Rights*. 2016;18(2):131-43.
48. Violência no parto: Na hora de fazer não gritou - Fundação Perseu Abramo [Internet]. 2013 [cited 2013-03-25]. Available from: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>.
49. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:Cd000081.
50. M MA, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health*. 2017;14(1):55.
51. Kramer MS, Berg C, Abenheim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A, et al. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209(5):449.e1-7.
52. Bhide A, Caric V, Arulkumaran S. Prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;133(3):297-300.
53. Boatin AA, Schlottheuber A, Betran AP, Moller AB, Barros AJD, Boerma T, et al. Within country inequalities in caesarean section rates: observational study of 72 low and middle income countries. *Bmj*. 2018;360:k55.
54. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5:Cd000111.
55. Ulfsdottir H, Saltvedt S, Georgsson S. Waterbirth in Sweden - a comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97(3):341-8.
56. The Midwives Model of Care. 2010. [Internet]. [Cited 2018 October 31]. Available from: <https://mana.org/about-midwives/midwifery-model>
57. IBGE | Portal do IBGE 2018 [Internet]. [Cited 2018 October 01]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/>.
58. Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(3):262.e1-8.
59. Gregory KD, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits? *Am J Perinatol*. 2012;29(1):7-18.
60. IBGE. Brasil/São Paulo/Panorama 2018 [Internet]. [Cited 2018 October 20]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>.
61. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7:Cd003766.
62. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women - Sandall, J - 2015 | Cochrane Library. 2018.
63. Raj A, Dey A, Boyce S, Seth A, Bora S, Chandurkar D, et al. Associations Between Mistreatment by a Provider during Childbirth and Maternal Health Complications in Uttar Pradesh, India. *Matern Child Health J*. 2017;21(9):1821-33.



64. Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saude Publica*. 2017;51:69.
65. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5:Cd002006.
66. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9947):980-1004.
67. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK, Drake P. Births: Final Data for 2016. *Natl Vital Stat Rep*. 2018;67(1):1-55.
68. Attanasio LB, Kozhimannil KB, Kjerulff KH. Women's preference for vaginal birth after a first delivery by cesarean. *Birth*. 2018.
69. Fobelets M, Beeckman K, Buyl R, Daly D, Sinclair M, Healy P, et al. Mode of birth and postnatal health-related quality of life after one previous cesarean in three European countries. *Birth*. 2018;45(2):137-47.
70. Apice-ON. [Internet]. [Cited 2018 October 12]. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>  
2018

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PRIMEIRO PROJETO

Número na pesquisa: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Responsável pelo projeto: Simony Lira do Nascimento.

Nome da participante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Nº Registro: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Estou sendo convidada para participar de uma pesquisa que tem por objetivo conhecer sobre a prática de exercícios físicos durante a gravidez, atividades cotidianas realizadas por gestantes de Campinas- SP e as orientações recebidas acerca do exercício durante o pré-natal.

Também queremos saber se a realização de exercício durante a gravidez pode influenciar no ganho de peso materno, na presença de complicações durante a gestação, no peso de bebê e no tipo de parto. Para isso, estou sendo informada que:

- Se eu participar, responderei questionários sobre os exercícios físicos que pratiquei durante a gestação e as minhas atividades cotidianas como: serviços domésticos leves e pesados, atividades de lazer, cuidar de pessoas, deslocamento para diversas situações, realização de atividade física e exercício, e atividades no trabalho.
- Estou ciente de que também responderei perguntas sobre outros aspectos pessoais, como trabalho, renda e história das gestações anteriores.
- Autorizo que sejam coletados dados tanto do meu prontuário como do meu bebê.
- O preenchimento dos questionários do estudo terá duração máxima de 30 minutos.
- Tenho livre direito de aceitar participar ou não. Posso desistir de participar do estudo em qualquer momento, sem que isso interfira no meu atendimento ou do bebê.
- Não terei benefícios diretos por participar desse estudo, mas esta pesquisa servirá para direcionar a melhora dos serviços oferecidos às gestantes.
- Os resultados encontrados quando a pesquisa terminar poderão ser divulgados em meios de comunicação científicos (congressos, revistas científicas, jornais etc.), mas meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e minha identidade será preservada.
- Poderei perguntar à pesquisadora responsável (Simony Lira do Nascimento) qualquer dúvida sobre esta pesquisa pelos telefones: (19) 3521-9226 ou (19) 81957894, ou por e-mail: [simonylira@yahoo.com.br](mailto:simonylira@yahoo.com.br). Dúvidas quanto aos aspectos éticos poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pelo telefone: (19) 3521-8936, ambos em horário comercial.

Concordo em participar voluntariamente do estudo.

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_ Assinatura da participante

\_\_\_\_\_ Pesquisadora responsável:

Simony Lira do Nascimento

## ANEXO 2 - LISTA DE VERIFICAÇÃO – PRIMEIRO PROJETO

CRITÉRIOS		
Está no puerpério imediato	( ) SIM	( ) NÃO
Recém-Nascido vivo	( ) SIM	( ) NÃO
Morar em Campinas - SP	( ) SIM	( ) NÃO
Gestação única	( ) SIM	( ) NÃO
Dificuldade de leitura e/ou comunicação	( ) NÃO	( ) SIM
Condições que interfiram na compreensão das perguntas	( ) NÃO	( ) SIM

### Aceitou participar da pesquisa?

( ) SIM ( ) NÃO

Por quê?

---

✂

Se a mulher preencher todos os itens na coluna “**incluída**” anotar:

Nº na pesquisa: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Nome: [\_\_\_\_\_]

Local: [ 1 ] CAISM [ 2 ] HMMT [ 3 ] Maternidade [ 4 ] PUC

Nº de Registro: [\_\_\_\_\_] Entrevistador: [\_\_\_\_\_]

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

### ANEXO 3 – FICHA DE COLETA DE DADOS – PRIMEIRO PROJETO

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Iniciais: |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| N° pesquisa:  
|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Local: [ 1 ] CAISM [ 2 ] HMMT [ 3 ] Maternidade [ 4 ] PUC

#### 1. Dados pessoais

1.1. Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ 1.2. Idade: \_\_\_\_\_ anos

1.3. Cor: [ 1 ] Branca [ 2 ] Preta [ 3 ] Parda [ 4 ] Amarela [ 5 ] Indígena

1.4. Estado marital: [ 1 ] Com companheiro [ 2 ] Sem companheiro

1.5. Escolaridade: estudou até \_\_\_\_\_

1.6. Profissão: \_\_\_\_\_

1.7. Trabalho Remunerado na a gravidez: [ 1 ] Sim [ 2 ] Não

Qual: \_\_\_\_\_ horas/semana: \_\_\_\_\_

1.8. Renda média familiar mensal: R\$ \_\_\_\_\_ N° de pessoas no domicílio:  
\_\_\_\_\_

1.9. Peso pré-gravídico: |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|,|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| kg

1.10. Altura: |\_\_\_|,|\_\_\_|\_\_\_| metros

#### 2. Dados obstétricos

2.1. Gestações: |\_\_\_|\_\_\_| 2.2. Abortos: |\_\_\_|\_\_\_| 2.3. Partos: |\_\_\_|\_\_\_|

2.4. Partos vaginais: |\_\_\_|\_\_\_| 2.5. Cesáreas: |\_\_\_|\_\_\_| 2.6. Filhos vivos: |\_\_\_|\_\_\_|

#### História da gestação atual:

2.7. Planejada: [ 1 ] Sim [ 2 ] Não

2.8. Local onde realizou o pré-natal (PN): [ 1 ] Posto de Saúde [ 2 ] CAISM [ 3 ]  
Consultório particular [ 4 ] Outro \_\_\_\_\_

2.9. Idade gestacional início PN: |\_\_\_|\_\_\_| semanas + |\_\_\_| dias 2.10. Peso início PN:  
|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|,|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| kg 2.11. Número de consultas: |\_\_\_|\_\_\_|

2.12. Peso na última consulta: |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|,|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| kg

#### Complicações na gestação:

2.14. Hipertensão arterial: [ 1 ] Não [ 2 ] Crônica [ 3 ] Gestacional [ 4 ] Pré-eclâmpsia

2.15. Diabetes: [ 1 ] Não [ 2 ] Pré-gestacional Tipo: |\_\_\_| [ 3 ] Gestacional

2.16. Outros? \_\_\_\_\_

2.18. Tabagismo na gestação: [ 1 ] sim [ 2 ] não

#### 3. Desfechos Perinatais:

3.1. Trabalho de parto: [ 1 ] sim [ 2 ] não - Início do trabalho de parto: [ 1 ] espontâneo [ 2 ]  
induzido

3.2. Tipo de parto: [ 1 ] normal [ 2 ] vaginal a fórceps [ 3 ] cesárea 3.3. Indicação: \_\_\_\_\_

3.4. Anestesia: [ 1 ] sim [ 2 ] não qual? \_\_\_\_\_

3.5. Episiotomia: (1) sim (2) não 3.6. Laceração: (1) sim (2) não

3.5. Idade gestacional ao nascimento (ECO): |\_\_|\_\_|+|\_\_| semanas

**Dados do Recém-Nascido**

3.6. Peso do recém- nascido: |\_\_|\_|\_\_|\_|\_\_|\_| gramas 3.7. Altura: |\_\_|\_|\_\_|\_|,|\_\_|\_|cm 3.8. Capurro: |\_\_|\_|\_\_|\_|+|\_\_|\_| 3.9. Adequação: [ 1 ] PIG [ 2 ] AIG [ 3 ] GIG

Sexo RN: [ 1 ] Masculino [ 2 ] Feminino

3.10. Apgar 1º minuto: |\_\_|\_|\_\_|\_| 5º minuto: |\_\_|\_|\_\_|\_| 3.12. Internação em UTI (1) sim (2) não

3.13. Complicações neonatais: [ 1 ] sim [ 2 ] não qual? \_\_\_\_\_

4. Algias musculoesqueléticas na gestação:

4.1 Dor lombar [ 1 ] sim [ 2 ] não

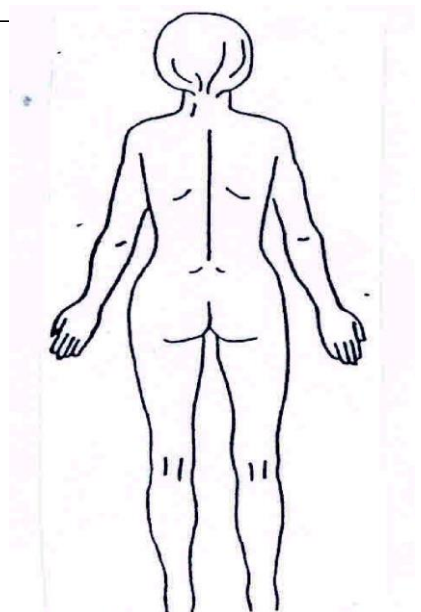
4.2. EAV da dor lombar |\_\_|\_|\_\_|\_|

|\_\_\_\_\_| 10


4.3. Dor pélvica posterior [ 1 ] sim [ 2 ] não

4.4. EAV da dor pélvica posterior |\_\_|\_|\_\_|\_|

|\_\_\_\_\_| 10



## ANEXO 4 - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – PRIMEIRO PROJETO



UNICAMP

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

[www.fcm.unicamp.br/fcm/psquisa](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/psquisa)

CEP, 27/09/11  
(Grupo III)

**PARECER CEP:** Nº 991/2011 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).  
**CAAE:** 0900.0.146.000-11

**I - IDENTIFICAÇÃO:**

**PROJETO:** “PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO DURANTE A GESTAÇÃO E DESFECHOS MATERNS E PERINATAIS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL”.  
**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Simony Lira do Nascimento  
**INSTITUIÇÃO:** CAISM/UNICAMP  
**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 14/08/2011  
**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 27/09/12 (O formulário encontra-se no site acima).

**II – OBJETIVOS.**

Avaliar o nível de atividade física e prática de exercício durante a gestação e relacionar com desfechos maternos e perinatais.

**III – SUMÁRIO.**

Estudo de base populacional do tipo corte transversal. 2.091 mulheres serão selecionadas no puerpério imediato em quatro maternidades da cidade de Campinas-SP. As participantes responderão a perguntas em relação aos dados sócio-demográficos e história obstétrica e a um questionário sobre prática de exercícios no período gestacional e outro questionário sobre as atividades físicas cotidianas realizadas na gestação, como trabalho, afazeres domésticos, cuidado com filhos e deslocamento. Serão coletados dados referentes à evolução da gestação, trabalho de parto, parto e as variáveis do recém-nascido dos prontuários da mãe e do recém-nascido. Análise dos dados: A análise estatística descritiva utilizará médias e desvios-padrão; frequências e porcentagens. A análise bivariada será realizada para avaliar a associação entre prática de exercício e desfechos maternos e perinatais através dos testes t de Student ou Mann-Whitney para as variáveis contínuas, e  $\chi^2$  ou Exato de Fisher para as variáveis categóricas. Para avaliações dos fatores relacionados à prática de exercício durante a gestação será realizada análise multivariada. O nível de significância assumido será de 5% e o software utilizado para análise será o SAS versão 9.02

**IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES.**

O projeto apresenta-se bem redigido, com metodologia adequada. Os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos estão bem definidos; cálculo do tamanho amostral e análise estatística muito bem embasados por cálculos estatísticos. Os aspectos éticos estão bem discutidos no corpo do projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é claro e adequado. Cada maternidade participante terá autorização local para a participação no estudo. O orçamento é detalhado.

---

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP  
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126  
Caixa Postal 6111  
13083-897 Campinas - SP

PHONE (019) 3521-8936  
FAX (019) 3521-7187  
cep@fcm.unicamp.br

- 1 -



#### V - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

#### VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

#### VII – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na IX Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 27 de setembro de 2011.

**Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner**  
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

## **ANEXO 5. –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (OBSTETRAS) SEGUNDO PROJETO**

Assistência hospitalar humanizada ao parto e nascimento na cidade de São Paulo.

### **Pesquisadoras responsáveis:**

Juliana Camargo Giordano Sandler e Fernanda Garanhani de Castro Surita.

**Número do CAAE:** 55760216.2.0000.5404

Você está sendo convidada(o) a participar como voluntária(o) de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa a assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o(a) pesquisador(a). Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

### **Justificativa e objetivos:**

A crescente busca pelas mulheres por uma experiência de parto mais fisiológico e respeitosa esbarra atualmente na dificuldade de grande parte dos profissionais do setor privado em atender essa demanda, dentre outros, devido ao cumprimento de protocolos engessados e muitas vezes não norteados pela MBE (medicina baseada em evidências).

Este trabalho pode mostrar novos caminhos para a redução da alarmante taxa de cesáreas no setor privado e dos desfechos negativos correlatos (internações em UTI neonatal, infecções puerperais, prematuridade iatrogênica), que na cidade de São Paulo margeiam assustadores 90%. Contempla ainda possibilidades para uma vivência do processo de trabalho de parto mais prazeroso pelas parturientes.

O objetivo desse estudo é conhecer a prevalência das práticas e intervenções na assistência humanizada ao parto de risco habitual em rede privada na cidade de SP, os desfechos maternos e perinatais e a vivência das mulheres que buscaram esse atendimento específico.

### **Procedimentos:**

Participando do estudo você está sendo convidado a:



Fornecer os contatos (telefones, endereço eletrônico) das mulheres internadas sob seus cuidados em maternidades privadas da cidade de São Paulo, no momento da resolução da gestação, no período de 2014 a 2015.

Rubrica do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_

Rubrica do(a) participante: \_\_\_\_\_

**Desconfortos e riscos:**

A qualquer momento, se você se sentir desconfortável em dividir os contatos das suas pacientes para que estas respondam o formulário de pesquisa, seus contatos não serão utilizados, contanto que a comunicação com as pesquisadoras ocorra antes da publicação dos resultados.

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

**Ressarcimento e indenização:**

Sua participação nessa pesquisa será de maneira voluntária, sem nenhum modo de ressarcimento. Você terá a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Juliana Camargo Giordano Sandler, e-mail [jccgiordano@gmail.com](mailto:jccgiordano@gmail.com), Endereço: Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br).

**O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).**

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

**Consentimento livre e esclarecido:** Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do(a) pesquisador(a)

**ANEXO 6 - FICHA DE COLETA PARA AVERIGUAR CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NO ESTUDO, ENVIADA POR E-MAIL ATRAVÉS DO LINK PARA GOOGLE-FORM: <https://goo.gl/forms/Uc4sJXtbrd2Xd5xC3-> SEGUNDO PROJETO**

**Checklist para pesquisa: "Assistência hospitalar humanizada ao parto e nascimento na cidade de São Paulo: um estudo quanti-qualitativo."**

Olá,

Meu nome é Juliana Giordano Sandler, sou médica obstetra e atualmente doutoranda pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Pesquiso novos caminhos para redução das taxas de cesárea, que no setor privado da cidade de São Paulo margeiam 90%.

Estou entrando em contato com mulheres que pariram entre 2014 e 2017 com médicos ligados ao movimento de humanização do parto em São Paulo\*, no intuito de resgatar suas vivências durante a internação hospitalar. Gostaria de saber se você tem interesse em participar deste projeto. Caso aceite, o primeiro passo é responder a este checklist rápido.

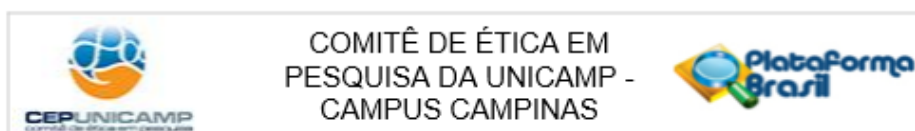
Caso você atenda aos critérios de inclusão no estudo, será convidada a responder a outro formulário, que deverá tomar aproximadamente dez minutos de seu tempo (em Google Forms).

Agradeço muito sua participação, que nos ajudará a contribuir com a consolidação da base científica da assistência obstétrica humanizada.

Juliana Camargo Giordano Sandler (CRM 119.977)

1. Seu telefone para contato (caso necessário averiguar dados):  
\_\_\_\_\_
2. Durante seu pré-natal, você desejava um parto normal?
  - 2.1. Sim
  - 2.2. Não
3. O nascimento foi hospitalar e na cidade de São Paulo?
  - 3.1. Sim
  - 3.2. Não
4. A gestação era única (não gêmeos)?
  - 4.1. Sim
  - 4.2. Não
5. A idade gestacional no seu parto foi maior ou igual a 37 semanas?
  - 5.1. Sim
  - 5.2. Não
6. Antes da gravidez apresentava alguma doença crônica?
  - 6.1. Hipertensão Arterial
  - 6.2. Diabetes Mellitus
  - 6.3. Lúpus Eritematoso Sistêmico
  - 6.4. Artrite Reumatoide
  - 6.5. Não
7. Durante o pré-natal apresentou diagnóstico de placenta prévia ou acreta?
  - 7.1. Sim
  - 7.2. Não
8. O feto foi diagnosticado com alguma má-formação?
  - 8.1. Sim
  - 8.2. Não
9. Qual maternidade seu bebê nasceu?
  - 9.1. São Luiz Itaim
  - 9.2. São Luiz Anália Franco
  - 9.3. Einstein
  - 9.4. Samaritano
  - 9.5. Pro-Matre
  - 9.6. Santa Joana
  - 9.7. Santa Catarina
  - 9.8. Sepaco
  - 9.9. Meu bebê não nasceu no hospital

## ANEXO 7 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP PARA O SEGUNDO PROJETO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Assistência hospitalar humanizada ao parto e nascimento na cidade de São Paulo.

**Pesquisador:** juliana camargo giordano sandler

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 55760216.2.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

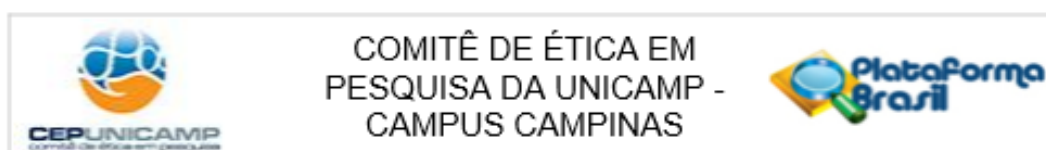
#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.588.611

#### Apresentação do Projeto:

Estudo de corte transversal onde será avaliada a assistência ao trabalho de parto de janeiro de 2014 a dezembro de 2015 por um grupo de obstetras reconhecidos pelos grupos de apoio ao parto natural como obstetras humanizados, que acompanharam as gestantes de suas clínicas particulares em maternidades da rede privada da cidade de São Paulo. As mulheres elegíveis para o estudo (n estimado de 1000) serão abordadas por e-mail para preenchimento da lista de verificação e as que completarem os critérios de inclusão serão direcionadas para o preenchimento do questionário de pesquisa. Será avaliada a frequência de boas práticas, como livre movimentação em trabalho de parto, presença dos acompanhantes de escolha, métodos não farmacológicos de alívio da dor e a relação com os desfechos, como: taxa de parto vaginal, UTI neonatal, hemorragia puerperal, satisfação com o parto. Dados coletados no programa Google Form®, análise estatística realizada de forma descritiva utilizando médias e desvios-padrão para variáveis contínuas com distribuição normal; medianas e variação para variáveis contínuas com distribuição não-normal e frequências e porcentagens para as variáveis categóricas. O nível de significância será 5%, software SAS versão 9.02. A seleção dos sujeitos será realizada pela pesquisadora nos consultórios dos médicos participantes. Será realizada uma triagem por meio do controle dos partos de cada

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cesp@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.588.611

obstetra, a fim de se identificar as mulheres elegíveis para o estudo.

Estas serão abordadas por e-mail para preenchimento da lista de verificação em formulário Google form®. Aquelas que preencherem os critérios de inclusão e assinarem o TCLE serão convidadas a participar da pesquisa. O questionário de pesquisa será enviado através de formulário em Google form® para ser preenchido por e-mail pela participante. Os dados coletados serão digitados em banco de dados do programa Google Form® e revisados pela pesquisadora a fim de que se detectem possíveis erros de digitação ou incongruências nas respostas. A análise estatística será realizada de forma descritiva utilizando médias e desvios-padrão para variáveis contínuas com distribuição normal; medianas e variação para variáveis contínuas com distribuição não-normal e frequências e porcentagens para as variáveis categóricas. Para avaliar a normalidade dos dados será utilizado teste de Shapiro Wilk. Esta análise será utilizada para descrever as características da população estudada. O nível de significância assumido será de 5% e o software utilizado para análise será o SAS versão 9.02. Os critérios de exclusão serão: Parto hospitalar; Idade gestacional no momento do parto 37 semanas; Gestação única. Doenças crônicas: HAC, DM, colagenoses; Gemelaridade; Herpes genital ativo; Anomalias da inserção placentária.

#### Objetivo da Pesquisa:

- conhecer a prevalência das práticas e intervenções na assistência humanizada ao parto de risco habitual, realizadas por um grupo de obstetras que atuam na rede privada na cidade de SP; os desfechos maternos e perinatais e a vivência das mulheres que buscaram esse atendimento específico.
- Identificar o percentual de boas práticas na assistência ao parto, descritas como comprovadamente benéficas e que devem ser encorajadas.
- Identificar o percentual das práticas na assistência ao parto que devem ser evitadas ou eliminadas.
- Identificar o percentual de práticas que ainda não tem evidência científica e que devem ser utilizadas com precaução ou que são usualmente realizadas de maneira inadequada.
- Conhecer a idade gestacional ao parto, tipo de parto e resultados perinatais na população estudada.
- Conhecer as vivências do processo de busca por um parto normal e do trabalho de parto das mulheres.

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cesp@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.588.611

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

não há riscos previstos no estudo.

**Benefícios:**

Este trabalho pode mostrar novos caminhos para a redução das taxas de cesáreas no setor privado e dos desfechos negativos correlatos, que em muitas maternidades privadas na cidade de São Paulo margeiam 90%. Contempla ainda possibilidades para uma vivência do trabalho de parto mais prazerosa pelas parturientes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de tese de doutorado, com redação clara e satisfatória. É de execução viável. Apresenta quadro teórico bem elaborado, assim como a revisão da literatura.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de rosto devidamente preenchida e assinada, assim como PB informações básicas.
- TCLE- mulheres - faltou colocar os riscos e benefícios mais detalhadamente. Lembrar que nenhuma pesquisa é isenta de riscos- Não diga que não há riscos. Diga que não há riscos previsíveis. Possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa. (ATENDIDA)
- Constar também o tempo médio previsto para responder o questionário. (ATENDIDA)
- Inserir espaço para rubrica do pesquisador em todas as paginas do TCLE (ATENDIDA) assim como a paginação (Ex: 1 de 3, 2 de 3 e 3 de 3) (NÃO ATENDIDA)
- TCLE- obstetras - inserir riscos e benefícios dos obstetras. (ATENDIDA)
- Constar no TCLE tempo estimado para fornecer os dados (ATENDIDA), enumerar páginas conforme orientação acima ou no site do CEP-Unicamp, (NÃO ATENDIDA) Local para rubrica do pesquisador e participante voluntária. (ATENDIDA)
- Referir que são duas vias assinadas e uma será do participante. Elaborado em duas vias, sendo que uma será retida pelo participante da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador. (ATENDIDA)
- Em ambas constará o endereço e contato dos responsáveis pela pesquisa e do comitê de ética local. Essa garantia deve ser expressa no próprio termo a ser assinado. Não pode assinatura eletrônica nem por telefone.

**Recomendações:**

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.588.611

-DEVERÁ ENUMERAR ADEQUADAMENTE AS PÁGINAS, CONFORME ORIENTAÇÃO DO CEP-

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- Adequar o cronograma - o início da coleta de dados deverá ocorrer após aprovação do projeto pelo CEP. (ATENDIDA)

- adequar TCLE da paciente e obstetra. (ATENDIDA PARCIALMENTE - PAGINAÇÃO INCORRETA- DEVERÁ ADEQUAR)

As adequações e recomendações citadas acima devem ser respondidas, em carta resposta (com resposta pontual a cada um dos questionamentos) anexada a Plataforma Brasil, com concomitantes correções nos respectivos documentos, apresentadas em destaque (tarja amarela).(ATENDIDA PARCIALMENTE)

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br





Continuação do Parecer: 1.588.611

e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_693309.pdf	06/06/2016 09:46:16		Aceito
Cronograma	carta_resposta_cronograma.pdf	06/06/2016 09:45:18	juliana camargo giordano sandler	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	carta_resposta_TCLE_parturiente.pdf	06/06/2016 09:44:49	juliana camargo giordano sandler	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	carta_resposta_TCLE_obstetras.pdf	06/06/2016 09:44:25	juliana camargo giordano sandler	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	vinculo_unicamp.pdf	18/04/2016 10:39:28	juliana camargo giordano sandler	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	questionario_pesquisa.PDF	18/04/2016 10:35:21	juliana camargo giordano sandler	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_doutorado.PDF	18/04/2016 10:34:51	juliana camargo giordano sandler	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/04/2016 14:33:41	juliana camargo giordano sandler	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.588.611

Não

CAMPINAS, 13 de Junho de 2016

---

Assinado por:  
Renata Maria dos Santos Celeghini  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

**ANEXO 8- FICHA DE COLETA ENVIADA POR E-MAIL, ATRAVÉS DO LINK CRIADO PARA GOOGLE-FORM: <https://goo.gl/forms/z9sR5xN0C5e4JNZQ2> SEGUNDO PROJETO**

**“Assistência hospitalar humanizada ao parto e nascimento na cidade de São Paulo: um estudo quanti-qualitativo.”**

Meu nome é Juliana Giordano Sandler, sou médica obstetra e atualmente doutoranda pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Agradeço muito sua colaboração ao preencher o primeiro checklist desta pesquisa.

Estou entrando em contato novamente para lhe perguntar se você tem interesse em continuar participando deste estudo, preenchendo o formulário que segue.

As questões dizem respeito ao seu ÚLTIMO parto acompanhado por um dos profissionais elencados abaixo\*.

DICA: para algumas questões será mais fácil se você tiver seu cartão de pré-natal em mãos.

Agradeço antecipadamente sua participação, que será de grande valia para ajudar na consolidação das bases científicas do atendimento obstétrico humanizado.

Juliana Camargo Giordano Sandler (CRM/SP 119.977)

E-mail da participante:

---

## **ANEXO- 9 - 2º Projeto - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARTICIPANTES):**

Você está sendo convidada a participar como voluntária de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento. Justificativa e objetivos: A crescente busca das mulheres por uma experiência de parto mais fisiológico e respeitoso esbarra atualmente na dificuldade de grande parte dos profissionais do setor privado em atender essa demanda, dentre outros, devido ao cumprimento de protocolos muito rígidos e muitas vezes não norteados pela MBE (medicina baseada em evidências). Este trabalho pode apontar novos caminhos para a redução da taxa de cesarianas no setor privado e dos desfechos negativos correlatos (internações em UTI neonatal, infecções puerperais, prematuridade iatrogênica), que na cidade de São Paulo margeiam 90%. Contempla ainda possibilidades para uma vivência do processo de trabalho de parto mais prazeroso pelas parturientes. O objetivo desse estudo é conhecer a prevalência das práticas e intervenções na assistência humanizada ao parto de risco habitual em rede privada na cidade de SP, os desfechos maternos e perinatais e a vivência das mulheres que buscaram esse atendimento específico. Procedimentos: participando do estudo você está sendo convidada a responder perguntas sobre seus dados sociodemográficos, como: cor, renda, profissão e sobre sua história obstétrica: número de gestações, quantidade e tipo de partos e suas vivências durante o trabalho de parto. Você levará em torno de 10 minutos para responder as perguntas. Desconfortos e riscos: A qualquer momento durante ou após realizar o questionário, se você se sentir desconfortável em dividir suas experiências de pré-natal e parto seu formulário não será utilizado, contanto que a comunicação com as pesquisadoras ocorra antes da publicação dos resultados. Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Ressarcimento e indenização: sua participação nessa pesquisa será de maneira voluntária, sem nenhum meio de ressarcimento. Contato: em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Juliana Camargo Giordano Sandler, e-mail: [giordano.sandler@gmail.com](mailto:giordano.sandler@gmail.com), endereço: Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08h30 às 11h30 e das 13h00 às 17h00 na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br).

- Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar. (abertura do link para o questionário completo)
- Não concordo em participar da pesquisa. (encerramento do questionário)

**Seção 1: para todas as entrevistadas:**

1. Iniciais \_\_\_\_\_
2. Sua idade
  - 2.1. <20;
  - 2.2. 20-29;
  - 2.3. 30-35;
  - 2.4. 36 a 40;
  - 2.5. 40 a 42
  - 2.6. >42
3. Data do último parto: DD/MM/AAAA
4. Seu peso pré-gestacional (em Kg)  
Respostas aceitas pelo programa entre 45 e 140: \_\_\_\_\_
5. Seu peso aproximado na última consulta de pré-natal (em Kg)  
Respostas aceitas pelo programa entre 45 e 140: \_\_\_\_\_
6. Sua altura (em metros): \_\_\_\_\_
7. Cor:
  - 7.1. Preta
  - 7.2. Parda
  - 7.3. Amarela
  - 7.4. Indígena
8. Companheiro(a):
  - 8.1. Sim
  - 8.2. Não
9. Escolaridade:
  - 9.1. Ensino fundamental completo
  - 9.2. Ensino médio completo
  - 9.3. Superior completo
  - 9.4. Pós-graduação
10. Profissão: \_\_\_\_\_
11. Renda Familiar (em salários mínimos, R\$ 880,00)
  - 11.1. < 1
  - 11.2. 1 a 5
  - 11.3. 6 a 10
  - 11.4. 11 a 20
  - 11.5. >20
12. Paridade (quantidade de gravidezes anteriores a que estamos estudando), excluindo abortos:
  - 12.1. 0
  - 12.2. 1
  - 12.3. 2
  - 12.4. 3
  - 12.5. >3
13. Via de partos anteriores (excluindo o parto que estamos pesquisando):
  - 13.1. Nenhum
  - 13.2. 1 cesárea
  - 13.3. 1 parto normal
  - 13.4. 2 cesáreas
  - 13.5. 2 partos normais
  - 13.6. 1 parto normal e 1 cesárea

- 13.7. Outros: \_\_\_\_\_
14. Número de abortos (perda do feto com menos de 500 gramas, ou idade gestacional menor que 22 semanas):
- 14.1. Nenhum
  - 14.2. 1
  - 14.3. 2
  - 14.4. >2
15. Uso de algum medicamento durante a gestação (exceto poli vitamínicos), qual?  
\_\_\_\_\_
16. Seu acompanhamento de pré-natal foi majoritariamente pelo SUS ou sistema privado?
- 16.1. SUS
  - 16.2. Privado
  - 16.3. Ambos
  - 16.4. Não fiz pré-natal
17. Durante seu pré-natal você discutiu um plano de parto determinando suas preferências quanto ao local de nascimento, as possíveis intervenções, momento ideal para internação, fases do trabalho de parto e composição da equipe de parto?
- 17.1. Sim
  - 17.2. Não
  - 17.3. Parcialmente
  - 17.4. Não sei
18. Durante seu pré-natal ou puerpério (pós-parto) você desenvolveu doenças associadas à gestação (assinale quantas forem necessárias):
- 18.1. Nenhuma
  - 18.2. Diabetes Gestacional
  - 18.3. Hipertensão-gestacional/Pré-eclâmpsia
  - 18.4. Síndrome HELLP
  - 18.5. Não sei
  - 18.6. Outras: \_\_\_\_\_
19. Durante o pré-natal seu bebê foi diagnosticado com alguma das alterações abaixo:
- 19.1. Nenhuma
  - 19.2. Restrição de crescimento fetal (crescimento inadequado para a idade gestacional)
  - 19.3. Diminuição do líquido amniótico
  - 19.4. Aumento do líquido amniótico
  - 19.5. Alteração na circulação de sangue fetal (diagnosticado ao ultrassom doppler)
  - 19.6. Não sei
  - 19.7. Outras: \_\_\_\_\_
20. A apresentação (posição do feto) no momento do parto era:
- 20.1. Cefálico (cabeça para baixo)
  - 20.2. Pélvico (bumbum para baixo)
  - 20.3. Transverso
  - 20.4. Não sei
21. Você precisou internar para indução (estimular as contrações uterinas com medicamentos) antes do início espontâneo do trabalho de parto?
- 21.1. Não
  - 21.2. Sim
  - 21.3. Não sei
  - 21.4. Não se aplica
22. Caso tenha internado antes do início do trabalho de parto para uma indução, sabe o motivo?

- 22.1. Ruptura da bolsa amniótica antes do início do trabalho de parto
  - 22.2. Idade gestacional > 41 semanas
  - 22.3. Restrição de crescimento fetal e/ou alteração na circulação sanguínea fetal
  - 22.4. Diabetes gestacional
  - 22.5. Hipertensão gestacional (pré-eclâmpsia, HELLP síndrome)
  - 22.6. Não sei
  - 22.7. Não se aplica
23. Utilizou enemas (laxantes) no momento da internação?
- 23.1. Sim
  - 23.2. Não
  - 23.3. Não sei
24. Foi realizada tricotomia (raspagem de pelos pubianos) no momento da internação?
- 24.1. Sim
  - 24.2. Não
  - 24.3. Não sei
25. Você teve o acompanhamento de uma doula?
- 25.1. Sim
  - 25.2. Não
  - 25.3. Parcialmente
  - 25.4. Não sei o que é doula
26. Você teve o acompanhamento de uma obstetriz/enfermeira obstetra?
- 26.1. Sim
  - 26.2. Não
  - 26.3. Parcialmente
27. Você pode ficar com seu acompanhante de escolha (parceiro(a), familiar) durante o trabalho de parto e/ou nascimento?
- 27.1. Sim
  - 27.2. Não
28. Foi realizado contato pele a pele com o recém-nascido imediatamente após o nascimento e permitido/encorajada a amamentar na primeira hora de vida?
- 28.1. Sim
  - 28.2. Não
  - 28.3. Não sei
29. Responda somente se seu bebê já tem mais de seis meses de vida: você amamentou seu bebê exclusivamente (somente leite materno) até 6 meses de vida?
- 29.1. Sim
  - 29.2. Não
  - 29.3. Parcialmente
  - 29.4. Não sei
  - 29.5. Meu bebê tem menos de 6 meses
30. Responda somente se você já desmamou: por quantos meses amamentou seu bebê?
- 30.1. Até 2 meses
  - 30.2. De 2 a 3 meses
  - 30.3. De 4 a 5 meses
  - 30.4. De 6 a 12 meses
  - 30.5. De 12 a 18 meses
  - 30.6. De 18 a 24 meses
  - 30.7. Mais que 24 meses
  - 30.8. Não amamentei
31. Qual foi a idade gestacional ao nascimento (idade do recém-nascido em semanas, relatada pelo pediatra após o nascimento)?

- 31.1. < 37 semanas
  - 31.2. 37 a 38 semanas
  - 31.3. 38+1 a 39 semanas
  - 31.4. 39+1 a 40 semanas
  - 31.5. 40+1 a 41 semanas
  - 31.6. 41+1 a 42 semanas
  - 31.7. >42 semanas
32. Qual foi o peso do seu bebê ao nascimento (em gramas)?
- 32.1. <2500
  - 32.2. 2500 a 3000
  - 32.3. 3501 a 4000
  - 32.4. 4001 a 4500
  - 32.5. >4500
33. Quais as duas notas do Apgar do seu bebê (dadas pelo pediatra no primeiro e quinto minuto de vida)? De 0 a 10
- 33.1. Primeiro minuto: 0() 1() 2 () 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()
  - 33.2. Quinto minuto: 0() 1() 2 () 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()
34. Seu bebê precisou ficar internado em UTI neonatal?
- 34.1. Sim
  - 34.2. Não
35. Você precisou receber transfusão sanguínea após o parto?
- 35.1. Sim
  - 35.2. Não
  - 35.3. Não sei
36. Teve que permanecer internada ou reinternar para tratamento com antibióticos de infecção pós-parto?
- 36.1. Sim
  - 36.2. Não
  - 36.3. Não sei
37. Você permaneceu em UTI após o parto?
- 37.1. Sim
  - 37.2. Não
38. A defensoria pública do estado de São Paulo conceitua o termo violência obstétrica como: "apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos impactando na sexualidade e negativamente na qualidade de vida das mulheres". Você considera que sofreu violência obstétrica no seu parto:
- 38.1. Sim
  - 38.2. Não
  - 38.3. Parcialmente
  - 38.4. Não sei
39. Se respondeu sim ou parcialmente a última questão, pode nomear qual?
- 39.1. Atendimento negado ou dificultado;
  - 39.2. Permaneceu sem água ou comida durante o trabalho de parto;
  - 39.3. Gritaram com você;
  - 39.4. Impediram a escolha de forma e de local do parto, obrigando-a, por exemplo, a se submeter a uma cesárea ou à episiotomia (corte na vagina), por interesse ou conveniência do profissional da saúde



- 39.5. Proibiram a presença de acompanhante.
- 39.6. Outra \_\_\_\_\_
40. Tentaria novamente um parto normal numa próxima gravidez?
- 40.1. Sim
- 40.2. Não
- 40.3. Não sei
41. Assinale todas as alternativas que correspondem aos aspectos positivos da sua experiência de parto:
- 41.1. fiquei feliz de ter entrado em trabalho de parto
- 41.2. gostei da minha experiência de parto
- 41.3. gostei de ter participado ativamente do meu trabalho de parto
- 41.4. senti segurança sobre meu estado de saúde
- 41.5. senti segurança quanto ao estado de saúde do meu bebê durante o trabalho de parto
- 41.6. recuperei-me rapidamente do meu parto e pude cuidar do meu bebê com tranquilidade
42. Assinale todas as alternativas que correspondem aos aspectos negativos da sua experiência de parto:
- 42.1. não gostei de ter entrado em trabalho de parto
- 42.2. fiquei preocupada com minha saúde durante o trabalho de parto
- 42.3. fiquei preocupada com a saúde do meu bebê durante o trabalho de parto
- 42.4. não senti segurança na minha equipe durante o trabalho de parto
- 42.5. demorei a me recuperar do meu trabalho de parto e tive dificuldade de cuidar do meu bebê nos primeiros dias
- 42.6. não gostei de nada sobre minha experiência de parto.
43. Seu bebê nasceu por via:
- 43.1. Vaginal
- 43.2. Cesárea agendada (fora de trabalho de parto)
- 43.3. Cesárea (não sei se agendada ou intraparto)

## **Secção 2: Somente para as que passaram pelo trabalho de parto:**

Se você teve uma cesárea agendada, fora de trabalho de parto, não responda essa secção.

44. Sentiu sua privacidade respeitada durante seu trabalho de parto?
- 44.1. Sim
- 44.2. Não
- 44.3. Parcialmente
- 44.4. Não sei
45. Se respondeu que não sentiu ou sentiu parcialmente sua privacidade respeitada, poderia citar qual foi a situação que a desagradou \_\_\_\_\_
46. Foram oferecidos métodos não farmacológicos de alívio da dor?
- 46.1. Massagem
- 46.2. Chuveiro
- 46.3. Banheira
- 46.4. TENs
- 46.5. Acupuntura
- 46.6. Outros

47. Foi permitido/estimulado que você vocalizasse (gritasse, emitisse sons guturais) durante seu trabalho de parto?
- 47.1. Sim
  - 47.2. Não (ao contrário, foi solicitado que eu ficasse em silêncio)
  - 47.3. Parcialmente
  - 47.4. Não sei
  - 47.5. Não se aplica
48. Realizou analgesia de parto pelo anestesiologista (punção na região lombar com infusão de medicamento)?
- 48.1. Sim
  - 48.2. Não
  - 48.3. Não sei
  - 48.4. Não se aplica
49. Se fez analgesia, foi uma demanda sua ou da equipe?
- 49.1. Minha
  - 49.2. Da equipe
  - 49.3. De ambas
  - 49.4. Não sei
50. Você permaneceu com acesso venoso puncionado (cateter de silicone localizado normalmente no braço que permite infusão de medicamentos endovenosos) durante seu trabalho de parto?
- 50.1. Sim
  - 50.2. Não
  - 50.3. Não sei
51. Foi orientada a ficar em jejum (não ingerir líquidos ou sólidos) durante o trabalho de parto?
- 51.1. Sim
  - 51.2. Não
  - 51.3. Não sei
  - 51.4. Parcialmente
52. Você teve liberdade de movimentação durante o trabalho de parto?
- 52.1. Sim (fui encorajada a adotar outras posições além de permanecer deitada durante o parto)
  - 52.2. Não (fui orientada a ficar deitada durante todo o processo)
  - 52.3. Parcialmente (tive dificuldade para me movimentar)
  - 52.4. Não sei
53. Foi utilizado soro com ocitocina durante o trabalho de parto (antes do nascimento)?
- 53.1. Sim
  - 53.2. Não
  - 53.3. Não sei
54. Se utilizou ocitocina durante o TP foi explicado o motivo da utilização e solicitado seu consentimento?
- 54.1. Sim
  - 54.2. Não
  - 54.3. Não sei
55. Foi realizada rotura artificial (pelo profissional) da bolsa amniótica?
- 55.1. Sim
  - 55.2. Não
  - 55.3. Não sei
  - 55.4. Não se aplica
56. A equipe te orientou a fazer força antes de você sentir vontade espontaneamente?

- 56.1. Sim
  - 56.2. Não
  - 56.3. Não sei
  - 56.4. Não se aplica
57. Precisou mudar de sala na hora do período expulsivo?
- 57.1. Sim
  - 57.2. Não
  - 57.3. Não sei
  - 57.4. Não se aplica
58. Foi realizada episiotomia (corte com bisturi ou tesoura no períneo para ampliar o canal de parto)?
- 58.1. Sim
  - 58.2. Não
  - 58.3. Não sei
  - 58.4. Não se aplica
59. Foi utilizado vácuo extrator ou fórceps no seu parto?
- 59.1. Sim
  - 59.2. Não
  - 59.3. Não sei
  - 59.4. Não se aplica
60. Você teve suas pernas amarradas em posição ginecológica no momento do nascimento?
- 60.1. Sim
  - 60.2. Não
  - 60.3. Não sei
  - 60.4. Não se aplica
61. Em qual posição você estava quando seu bebê nasceu?
- 61.1. Banqueta de parto
  - 61.2. Cócoras
  - 61.3. Banheira
  - 61.4. Quatro apoios (mãos e joelhos no chão, ventre para baixo)
  - 61.5. Lateralizada (deitada de lado)
  - 61.6. Semiginecológica (deitada com as pernas dobradas ou puxando-as para o peito, sem perneira)
  - 61.7. Ginecológica tradicional (com pernas)
  - 61.8. Em pé
  - 61.9. Meu parto terminou numa cesárea
62. Se seu parto terminou em uma cesárea, sabe qual foi a indicação?
- 62.1. Parada secundária da descida (ou desproporção cefalo-pélvica), popularmente, “não teve passagem”.
  - 62.2. Estado fetal não tranquilizador (alterações dos batimentos cardíacos fetal)
  - 62.3. Não sei
63. Você teve lacerações perineais (ruptura dos tecidos mucoso e/ou muscular)?
- 63.1. Sim
  - 63.2. Não
  - 63.3. Não sei
  - 63.4. Não se aplica
64. Se respondeu que teve lacerações perineais, assinale todas que julgar pertinente:
- 64.1. Precisei de pontos para corrigir a laceração e/ou parar o sangramento
  - 64.2. Tive uma rápida cicatrização

- 64.3. Não precisei de pontos pois minha laceração foi superficial
  - 64.4. Minha cicatrização foi difícil e me atrapalhou nos cuidados com o bebê
  - 64.5. Tenho/tive dores fortes no local da laceração
65. O profissional esperou pelo menos 5 minutos após o nascimento para cortar o cordão ou esperou a placenta sair para cortar o cordão?
- 65.1. Sim
  - 65.2. Não
  - 65.3. Não sei
66. Caso queira reportar algum evento que julgue relevante para a pesquisa utilize o espaço abaixo  
livremente: \_\_\_\_\_