



© CICS 2014

A presente publicação encontra-se disponível gratuitamente em:  
[http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics\\_ebooks](http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks)

**Título**

*Normal Birth: experiences from Portugal and beyond:  
Proceedings of a seminar, Lisbon, 28 February 2013*

.....

O Parto Normal: experiências de Portugal e além-fronteiras:  
Atas dum seminário, Lisboa, 28 de Fevereiro de 2013

**Organização**

Joanna White  
Maria Johanna Schouten

**Editora**

Centro de Investigação em Ciências Sociais  
Universidade do Minho  
Braga, Portugal  
Centro em Rede de Investigação em Antropologia  
Instituto Universitário  
Lisboa, Portugal

**Formato**

Livro eletrónico, 159 páginas

**Diretor gráfico e edição digital**

Ângela Matos

**Revisão técnica**

Mário Santos

**Revisão/ Composição**

Ângela Matos

**ISBN**

978-989-96335-3-7  
978-989-97179-3-0

**Publicação**

Fevereiro, 2014

**Normal Birth:**  
**experiences from Portugal and beyond**  
Proceedings of a seminar, 28 february 2013  
Joanna White & Maria Johanna Schouten (eds.)

**O Parto Normal:**  
**experiências de Portugal e além-fronteiras**  
Atas dum seminário, Lisboa, 28 de Fevereiro de 2013  
Joanna White & Maria Johanna Schouten (orgs.)



## TABLE OF CONTENTS

<b>Acknowledgements</b>	<b>11</b>
<b>Normal birth as a cultural phenomenon - background to the proceedings</b> Joanna White and Maria Johanna Schouten	<b>13</b>
<b>Introductory remarks</b> Maria Johanna Schouten	<b>21</b>
<b>Towards a cultural history of childbirth in Portugal</b> Joanna White	<b>23</b>
<b>What is normal birth and why does it matter?</b> Soo Downe	<b>27</b>
<b>Humanization of childbirth: the motto for birth-related social movements in Portugal (presentation abstract)</b> João Arriscado Nunes and Marta Roriz	<b>43</b>
<b>HumPar: The Portuguese Association for the Humanization of Childbirth</b> Rita Correia	<b>45</b>
<b>Factors affecting caesarean rates: findings from a cohort in Northern Portugal</b> Cristina Teixeira	<b>51</b>
<b>Normal Birth in Portugal: the waterbirth experience in Hospital de São Bernardo, Setúbal</b> Vitor Varela	<b>63</b>
<b>The Seminar in Pictures</b>	<b>73</b>
<b>Proceedings in Portuguese</b>	<b>81</b>
<b>Bibliography</b>	<b>153</b>

## List of Figures

<b>Figure 1:</b> Caesarean rates (% of total births)	<b>24</b>
<b>Figure 2:</b> Type of delivery (% of total births)	<b>25</b>
<b>Figure 3:</b> Normal birth rates in England, Scotland and Northern Ireland, 1990 – 2006	<b>27</b>
<b>Figure 4:</b> UK Statistics, 2005 – 2006	<b>28</b>
<b>Figure 5:</b> Episiotomy rates in Europe, 2004	<b>29</b>
<b>Figure 6:</b> Managed labour is better...? The evidence around caesarean Section	<b>30</b>
<b>Figure 7:</b> Emerging evidence: Caesarean section	<b>31</b>
<b>Figure 8:</b> Emerging evidence: Caesarean section in Asia, 2007 – 2008	<b>32</b>
<b>Figure 9:</b> Salutogenetic effects of good quality care	<b>34</b>
<b>Figure 10:</b> Homepage of the Campaign for Normal Birth	<b>35</b>
<b>Figure 11:</b> Caesarean section: Does it matter to funders and taxpayers?	<b>36</b>
<b>Figure 12:</b> Comparison of numbers and costs of unavailable and unnecessary C-sections internationally	<b>37</b>
<b>Figure 13:</b> Future plans of HumPar	<b>48</b>
<b>Figure 14:</b> Caesarean rates in upper middle and high income European countries, 2010	<b>51</b>
<b>Figure 15:</b> Labour onset and mode of delivery, by hospital	<b>52</b>
<b>Figure 16:</b> Hourly distribution of births following spontaneous labour onset	<b>53</b>
<b>Figure 17:</b> ACOG and RCOG Guidelines for induced labour	<b>54</b>
<b>Figure 18:</b> Mode of delivery of women who underwent induction, by hospital	<b>54</b>
<b>Figure 19:</b> Association between the hospital and surgical delivery after induced labour	<b>55</b>
<b>Figure 20:</b> Risk of caesarean section according to country of birth	<b>56</b>
<b>Figure 21:</b> C-section rates amongst immigrant Brazilian/South American women and non-immigrant women in four European countries	<b>57</b>
<b>Figure 22:</b> Summary data on the waterbirth project, Hospital de São Bernardo, 2010-Feb 2013	<b>66</b>
<b>Figure 23:</b> Average immersion duration and Apgar score at Hospital de São Bernardo	<b>67</b>
<b>Figure 24:</b> Photograph of mother and newborn following waterbirth at Hospital de São Bernardo	<b>68</b>

## ÍNDICE

<b>Agradecimentos</b>	<b>81</b>
<b>O “Parto Normal” como fenómeno cultural – apresentação das atas</b> Joanna White & Maria Johanna Schouten	<b>85</b>
<b>Palavras de acolhimento</b> Maria Johanna Schouten	<b>95</b>
<b>Para uma história cultural do parto em Portugal</b> Joanna White	<b>97</b>
<b>O que é o parto normal e qual é a sua importância?</b> Soo Downe	<b>103</b>
<b>A humanização do parto: o lema de movimentos sociais relacionados com o parto em Portugal (resumo de comunicação)</b> João Arriscado Nunes & Marta Roriz	<b>120</b>
<b>HumPar: A Associação Portuguesa pela Humanização do Parto</b> Rita Correia	<b>123</b>
<b>Fatores que afetam as taxas de cesarianas – resultados de uma pesquisa no Norte de Portugal</b> Cristina Teixeira	<b>129</b>
<b>O parto normal em Portugal: a experiência de “parto na água” no Hospital de São Bernardo, Setúbal</b> Vitor Varela	<b>141</b>
<b>O Seminário em imagens</b>	<b>73</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>153</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Taxa de cesarianas (% do total de partos)	<b>99</b>
<b>Figura 2:</b> Tipos de partos (% do total de partos)	<b>99</b>
<b>Figura 3:</b> Prevalência de parto normal em Inglaterra, Escócia e Irlanda do Norte, 1990 – 2006	<b>103</b>
<b>Figura 4:</b> Estatísticas do Reino Unido, 2005-2006	<b>104</b>
<b>Figura 5:</b> Taxas de episiotomia na Europa, 2004	<b>105</b>
<b>Figura 6:</b> Uma gestão ativa do trabalho é melhor? A evidência em torno da cesariana	<b>106</b>
<b>Figura 7:</b> Evidências recentes: Parto por cesariana	<b>107</b>
<b>Figura 8:</b> Evidências recentes: Cesarianas na Ásia, 2007-2008	<b>108</b>
<b>Figura 9:</b> Efeitos salutogénicos dos cuidados de saúde de qualidade	<b>110</b>
<b>Figura 10:</b> Homepage da campanha para o parto normal no Reino Unido	<b>111</b>
<b>Figura 11:</b> A Cesariana: Interessa às entidades financiadoras e aos contribuintes?	<b>112</b>
<b>Figura 12:</b> Comparação internacional de números e custos de cesarianas inacessíveis e desnecessárias	<b>113</b>
<b>Figura 13:</b> Os planos da HumPar	<b>127</b>
<b>Figura 14:</b> Cesarianas em países europeus com rendimentos médios altos e altos, 2010	<b>129</b>
<b>Figura 15:</b> Início de trabalho de parto e tipo de parto, por hospital	<b>130</b>
<b>Figura 16:</b> Distribuição, por horas, de nascimentos, após o início espontâneo do trabalho de parto	<b>131</b>
<b>Figura 17:</b> Linhas orientadoras do ACOG e do RCOG para a indução de trabalho de parto	<b>132</b>
<b>Figura 18:</b> Tipo de parto de mulheres que foram sujeitas a indução, por hospital	<b>132</b>
<b>Figura 19:</b> Associação entre hospital e parto cirúrgico, após indução do trabalho de parto	<b>133</b>
<b>Figura 20:</b> Risco de cesariana, por país de origem	<b>134</b>
<b>Figura 21:</b> Prevalência de cesarianas entre mulheres imigrantes da América do Sul/ do Brasil e mulheres não-imigrantes, em quatro países europeus	<b>135</b>
<b>Figura 22:</b> Resumo de dados do projeto Parto na Água, Hospital de São Bernardo, 2010-Feb 2013	<b>144</b>
<b>Figura 23:</b> Duração média de imersão na água e índice de Apgar no Hospital de São Bernardo	<b>145</b>
<b>Figura 24:</b> Fotografia de mãe e bebé depois de parto na água no Hospital de São Bernardo	<b>146</b>



## List of Acronyms

CI	Confidence Interval (statistical term)
CRIA	Centre for Research in Anthropology
CS	Caesarian section
DNA	Deoxyribonucleic acid
ENCA	European Network of Childbirth Associations
HumPar	Portuguese Association for the Humanization of Childbirth
INE	National Institute of Statistics (Portugal)
NCT	National Childbirth Trust
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (United Kingdom)
UK	United Kingdom
USA	United States of America
VBAC	Vaginal Birth After Caesarean
WHO	World Health Organization



## Acknowledgements

The editors and organisers of the conference would like to express their thanks to the presenters as well as the participants who attended the seminar, all of whom contributed to an interesting and lively event. We are also grateful to Mafalda Melo Sousa (CRIA-IUL) and Angela Matos (CICS/UM) for their excellent administrative and logistical support, and the student volunteers from the Instituto Superior de Novas Profissões for their invaluable assistance at the event. Many thanks also to our colleague on the Portugal Management Committee of the COST Action IS0907 Piedade Vaz Rebelo for her support.

Transcription of the proceedings and translation into Portuguese was carried out by Georgina De Costa, Vanda Gorjão, Artur Patuleia, Mafalda Melo Sousa and Joanna White. We are extremely grateful to Mário Santos who reviewed and finalised the Portuguese version of the text. The seminar and these proceedings contribute to the EU COST Action IS0907. 'Childbirth Cultures, Concerns, and Consequences': Creating a dynamic EU framework for maternity care.



---

## Normal birth as a cultural phenomenon - background to the proceedings

JOANNA WHITE & MARIA JOHANNA SCHOUTEN

*Centre for Research in Anthropology, Instituto Universitário, Lisboa (CRIA-IUL); University of Beira Interior and CICS/University of Minho*

---

### **The seminar**

This document recounts what took place at the seminar “Normal Birth: Experiences from Portugal and Beyond”, which was held in Lisbon on 28 February 2013. The general aim of this event was to enable those with a professional, academic or personal interest in normal birth, and childbirth practices more generally, to share and discuss experiences. The seminar included invited international guests, and while the overwhelming majority of participants were from Portugal there was also representation from the United Kingdom, Brazil, Holland, Italy, Denmark and the Czech Republic.

The title of the seminar was deliberately suggestive. The term normal birth, as we understand it, indicates birth with no medical or technological intervention or interference in the physiological process - the concept, by implication, not only relates to the moment of birth but to an outcome which can only emerge following certain approaches to pregnancy and early stages of labour. The term normal birth can also perhaps be conflated with “natural birth”, in the sense that the process is physiologically unaided. However, from our experience, the term is unstable; there is not yet international consensus concerning the definition of normal birth, and the concept has been co-opted to mean different things (Davis-Floyd, 2008). The term can, for example, be used to describe normative or typical birth, in other words, what is most “normal” in a particular institutional or cultural setting. By implication this means that even caesarian birth could be considered “normal” in some contexts, which underlines the ambiguity of the term and how it can be appropriated in different settings.

A more specific objective of the seminar was to facilitate reflection upon the Portuguese situation in terms of how childbirth is defined and practiced, and to draw on other country perspectives in order to shed new light on future prospects and possibilities

for maternal health practices in Portugal. As organisers we hoped the event could act as a catalyst in relation to the many, often quite distinct, “conversations” taking place about childbirth in Portugal, thereby enabling a range of experiences and views to be shared and discussed. In addition to the invited speakers, a wide range of individuals with an interest in childbirth - mothers, obstetricians, midwives, doulas<sup>1</sup>, anthropologists and sociologists - were all present in the audience and a number of them posed questions and contributed to the plenary debate. The Lisbon event was unique in that it provided an open platform for these quite dispersed groups.

### **Role of the COST Action project in the seminar**

The seminar benefitted enormously from the presence of Professor Soo Downe, who is Chair of the network project: “Childbirth Cultures, Concerns and Consequences: creating a dynamic EU framework for optimal maternity care”, or, what is officially known as “COST Action ISO907”. The objective of this Action is to advance scientific knowledge about childbirth and maternity care drawing on the synergy of experts from 26 countries (23 of which are in Europe). Expertise within the Action ranges from midwifery to obstetrics, psychology, paediatrics, sociology, and anthropology, and members of the Action are working together to develop new analyses, systematic reviews and research related to diverse themes, such as maternity care among migrant women and the prevalence of vaginal birth amongst women who previously underwent a caesarean section.

We are both on the Portugal Management Committee of the COST Action and the fact that Lisbon was the venue for the 2013 spring meeting of the Action prompted us to organise a follow-on event which could benefit from the presence of international COST members. We tried to organise an event which would interest a wide range of people and would stimulate debate about the situation in Portugal. We were not disappointed. In some senses, by highlighting the variety of perspectives and ways of approaching childbirth, the event even provided “data” for our own continuing academic work.

Joanna is a British anthropologist based in Lisbon, who has a longstanding interest in gender, the body, beliefs and practices related to reproduction, and the culture of institutions. For many years she worked in the field of applied medical anthropology in Cambodia and Vietnam. This included studying maternal health practices amongst drug-dependent and HIV-positive pregnant women as well as long-term ethnographic fieldwork which explored traditional practices related to pregnancy and childbirth amongst ethnic minority highland communities, and interactions between these minority groups and government health services. She has given birth twice in the United Kingdom: the first time in a normal birth centre<sup>2</sup> within a hospital, which was amazing, the second time in a small

---

<sup>1</sup> The word doula comes from Greek, meaning “she who serves” and refers to a trained and experienced professional who provides physical, emotional and informational support to the mother before, during and/or just after birth.

<sup>2</sup> Midwifery units or “birth centres” are small units which are staffed and, in most cases, run by midwives. They offer a homely and comfortable, rather than a clinical environment. In the UK, an “adjacent midwifery unit” (AWA) is attached to a hospital where obstetric, neonatal and anaesthetic care are available should they be needed in the same building or on a separate building on the

hospital in the countryside which resulted in an episiotomy and was not such a pleasant experience. Her discussions with Portuguese family and friends when visiting Portugal during her pregnancies (the father of her children is Portuguese) prompted an interest in cultural notions about pain and the management of pain in labour which informed the design of her present research; she is currently a Marie Curie Fellow at the Centre for Research in Anthropology (CRIA-IUL) in Lisbon and is managing a study on cultural processes pertaining to pregnancy and childbirth in Portugal and England.

Maria is also an anthropologist and for her PhD research she lived in a remote village in Indonesia, sharing the experiences of the inhabitants and observing crucial events such as birth and death. On a more personal note, her first own childbirth experiences were in the Netherlands, where a few decades ago homebirth was the obvious option. Her move to Portugal, where she also gave birth and thus confronted the Portuguese system of maternity care, increased her interest in the anthropology of reproduction, while the areas in which she has come to specialize through her professional work - gender studies, sociology of the family, and the sociology and anthropology of health - have provided points of convergence and contextualisation in relation to this interest. The humanization and the “de-medicalization” of health care, including maternity care, are currently important topics within the Anthropology and Sociology module of the Medical course at the University of Beira Interior (UBI), which she coordinates.

### **Relevance of childbirth to social science and vice versa**

While we both have a particular interest in the anthropology of childbirth, to date, relatively little academic work has been conducted and published in these spheres within our academic milieu of anthropology and sociology in Portugal. There is significant potential for more research in this area. Childbirth, and reproductive processes more generally, provide a rich vein of study for social scientists, through which they can build on and further existing, and even seminal, work in their particular disciplines. The study and critical examination of childbirth can, for example, illuminate the following (not exclusive) areas:

- conception and treatment of the body in society (Foucault, 1975; Bourdieu, 1977; B. Turner, 1987); embodiment (Merleau-Ponty, 1962; Laqueur, 1990; B. Turner, 1996; Shilling, 2003);

- conception and treatment of the female body (Douglas, 1966; Ortner, 1974; K.A. Martin, 1993; Davis, 1997; E. Martin, 2001; Young, 2005); gender, embodiment and identity in childbirth (K.A. Martin, 1993; Akrich and Pasveer, 2004; Lupton and Schmied, 2013);

- critical transitional events in the human life cycle (rites of passage) and the importance of ritual within broader society (Van Gennep, 1960; V. Turner, 1967);

---

same site. A freestanding midwifery unit (FMU) is usually where a unit is on a separate site or some distance away from a hospital without immediate obstetric, neonatal and anaesthetic care. To find out more see [www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/where-can-i-give-birth.aspx#close](http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/where-can-i-give-birth.aspx#close)

pregnancy and birth as ritual processes (Balin, 1988; Davis-Floyd, 1992; McCallum and dos Reis, 2005); childbirth as a liminal phase in terms of personal identity and social structures and rituals (Van Gennep, 1960; V. Turner, 1967; Cete-Arsenault, Brody and Dombeck, 2009);

- the rise of biomedical knowledge and associated institutions as forms of social and political control, including the penetration of biomedicine into the personal sphere (Foucault, 1975, 1989; Illich, 1974; Nunes, 2006; Alves, 2011); historical medicalization processes and authoritative knowledge pertaining to childbirth (Arney, 1982; Davis-Floyd and Sargant, 1997);

- the concept of “total institutions” (Goffman, 1961); hospitals as institutions with defined structures, rules and a dominant “culture” (Carapineiro, 1993); the structural, spatial and temporal management of institutions (Zerubavel, 1979); the management of time in institutions where delivery takes place (McCallum and Dos Reis 2005; McCourt, 2009);

- hospitals as “non-places” (Augé, 1992) where people find themselves “in transit”, without a sense of belonging (Prescott, 2009);

- cultural representations of risk (Beck, 1992; Adam, Beck and Van Loon, 2000); risk discourse in care and management of pregnancy and childbirth (Bryers and van Teijlingen, 2010).

Cutting across all these areas, feminist scrutiny of childbirth has brought new and fruitful insight, including fresh examination of the historical appropriation of human birth – and the work of traditional midwives – by the medical profession (Green, 2008), the “disciplining” of women’s bodies (E. Martin, 2001) and women’s agency and complex experiences as parturients (K.A. Martin 1993; Fox and Worts, 1999; Beckett, 2005; Akrich and Pasveer, 2004).

As well as childbirth providing a wealth of material for social scientists, conversely, academic analysis can further understanding of how choices and experiences related to birth and the ways in which these are perceived are shaped by a complex meshing of wider processes, systems and discourses. For those seeking to improve or even transform existing practices, such knowledge is essential. To give an example particularly pertinent to the Lisbon seminar, which is revealed within the proceedings which follow this Introduction, the contemporary option of “natural birth” in Portugal is in reality founded on a particular philosophy and approach and grounded within a specific discourse (often related to homebirth). This can be understood as a position which emerged in reaction or opposition to the dominance of biomedical and technological interventions prevailing within available maternity services and institutions for giving birth (Santos, 2012; Nunes, Roriz and Filipe, 2012). Similarly, the rejection of certain delivery positions and options by some medical professionals in Portugal as “savage” (see for example Challinor, 2012: 148) underlines the social construction of birth within the biomedical paradigm, and a prevailing discourse that a controlled birth within a medical institution is part of a civilizing process.



This is just a brief overview, but we believe that the decomposition or deconstruction of the various elements influencing and constructing beliefs, choices, ritual practices and other behaviour around childbirth provide enormous insight into culture and society. Moreover, most studies of childbirth to date have examined one country or social group, and we consider that comparative analyses as well as the exchange of experiences across borders and networks can be a fruitful enterprise, increasing awareness of cross-cultural and cross-national (even intra-national) diversity (Jordan, 1997; Christiaens, Nieuwenhuijze and De Vries, 2012) and how particular cultural values can shape the way care during pregnancy and birth is organized (Van Teylingen *et al.*, 2009).

Existing scholarship examines the institutionalization of cultural categories of evaluation (Lamont and Thévenot, 2000) and the “national repertoires” available for understanding and evaluating experience (Gimlin, 2012). Such theoretical approaches offer great potential for the study of childbirth across different settings, revealing the importance of the local context in defining and appraising what are ostensibly neutral categories. Already, the study of civil society movements focused on childbirth across different countries have revealed important differences in the discourses and national “narratives” presented within campaigns to improve childbirth for women, for example (CES, 2011; Akrich, Leane, Roberts and Nunes, 2012; Nunes, Roriz and Filipe, 2012).

Varying levels of medical intervention in childbirth across European countries, with no clear correlation to outcome, have prompted questions as to how these relate to specific national health systems (Euro-Peristat, 2004), and the potential for learning from the cultural and organizational models of childbirth amongst countries which exhibit differing rates of intervention has been highlighted (Elmir, Schmied, Wilkes and Jackson, 2010). It is therefore also important to remember that social science research can equally contribute to practical and policy interventions as well as theoretical concerns.

### **Overview of proceedings**

To open the seminar Joanna White provided a broad historical overview of the evolution of childbirth in Portugal, from the predominance of homebirth up until the 1970s to the present situation, where birth now largely takes place in hospital. Perinatal mortality rates have improved dramatically over recent decades, yet over the same period childbirth has become increasingly medicalized and the country now ranks amongst the highest in Europe in terms not only of levels of instrumentalized vaginal birth (forceps and ventouse) but the percentage of caesarians performed. Current movements are underway to promote normal birth, both amongst social activists and certain health professionals. At the time of the seminar the Ministry of Health was taking active measures to try and reduce caesarian rates.

Soo Downe then made the keynote presentation which drew on her wealth of experience of working to promote normal birth. She began with a definition of normal birth which focused on physiological transition and highlighted how an increase in the rate of medical intervention in birth is an international phenomenon which can be related to the

philosophy of caregivers; research in the UK has shown extreme variability in intervention rates between hospitals under 100 kilometres apart, which can have nothing to do with women's physiology, for example. The wide-ranging presentation reviewed recent research on the impacts of caesarian section, including the risks it can pose to mother and baby when carried out with no medical indication. She also discussed the importance of women's choice, the costs of various forms of delivery and intervention and the moral and ethical issues associated with this, and the proven value of trying to do things differently in close co-operation with women. The presentation ended with a screening of "Hannah's Story", a video showing an active normal birth which took place at home with the support of midwives. Following the presentation there was a lively discussion about homebirth in Portugal and associated reporting systems, and the influence of different delivery settings on women and their newborns.

The second guest speaker was Rita Correia from the Portuguese Association for the Humanization of Childbirth (Associação Portuguesa pela Humanização do Parto; HumPar). She outlined the history of HumPar and the broader campaign for the "humanization" of birth in Portugal, as well as the logistic details of securing a homebirth in Portugal. At the end of Rita's presentation Mary Zwart-Werkhoven, a Dutch midwife and childbirth activist resident in Portugal for over fifteen years, made a short intervention in celebration of homebirth.

Cristina Teixeira presented the findings of her recent research on the determinants of obstetric intervention which aimed to investigate the high caesarean rates in Portugal. The study identified an inter-play between country of origin, the context of hospital practice, and institutional protocols influencing the prevalence of caesarean section. A wide variety in both induction and caesarean rates was identified amongst the five hospitals studied. Of the Portuguese, "other European", African and Brazilian women included in the cohort of women studied, Brazilian women were statistically more likely to have a caesarean, which appeared to demonstrate an important relationship between the cultural views of women regarding childbirth, the obstetrician or the hospital responsible for their delivery, and birth outcome. Following the presentations by Rita Correia and Cristina Teixeira the discussion focused on the possibility of vaginal birth after caesarean (VBAC) in the Portuguese context, the role of prenatal care in changing approaches to delivery, the importance of a referral system linked to homebirth and the possibility of direct entry midwifery in Portugal<sup>3</sup>.

### **Issues for reflection**

A whole range of theoretical and practical perspectives, opinions, data and experiences were shared at the event. The nature of the dialogue between speakers and the audience often highlighted contrasting significance attached to childbirth amongst health professionals, activists and other members of society. Even the tensions which surfaced

---

<sup>3</sup> As opposed to the current system which requires a nursing degree and a minimum of two years of professional experience as a nurse, followed by two years of specialised training.

were, to us, positive, in that they exposed quite vividly the nature of the challenges to be overcome on the road to an optimal maternity care situation in Portugal founded on cooperation and a common vision.

Over the course of the seminar, during both the presentations and the plenary debate, a couple of issues surfaced which we feel deserve further reflection and/or action:

- Firstly the differences in medical intervention during childbirth as revealed in the data presented, not just between countries but also within the same country, depending on hospital or region, were stark. These variations evidently are not related to female physiology but to other factors, such as the social and cultural contexts, the organization of health services and the management and staff behaviour within specific institutions. The interaction between women and health staff, as well as the personal biography of individual parturients, may also help to explain the higher or lower degree of medical intervention in each case. Further qualitative and quantitative studies can enhance current understanding of these differences.

- Rates of caesarean section are often rightly taken as a “benchmark” of overall levels of medicalization, and are increasing internationally. Although necessary, advisable and even life-saving under certain conditions, recent studies reveal that caesarian section can, at the same time, pose a significant risk for the health of mother and child, particularly, according to several studies, when undertaken without medical indication. Yet current medical discourse often emphasizes risk in terms of the dangers of not intervening. In situations of no medical indication the provision of a wide range of options for childbirth is advisable and better and more complete information should be made available to women concerning these options, through a comprehensive system of antenatal care.

- The need for change in standard approaches to childbirth service provision was expressed in a number of the papers presented, as well as during the discussion. It became clear that in several countries well-intended health professionals, especially midwives, are not always given the opportunity to provide the more holistic or woman-focused support they would like. (It should, however, be noted that no obstetricians present at the seminar spoke up so we cannot make any decisive statement about their position. Indeed the frank perspective of doctors involved in delivery would have enriched the debate in the seminar).

- Internationally, dissatisfaction and doubts about the medicalization of childbirth, as well as the spread of more information, has resulted in movements which promote demedicalization and “humanization”, movements which have been initiated and supported by professionals, civil society and mothers, fathers and families. Nascent movements have emerged in Portugal, where normal birth (meaning physiological childbirth, including waterbirth), homebirth, doula support during pregnancy and delivery, are all gaining popularity. For the majority of the population, however, these alternative options are beyond their reach. Few government hospitals promote normal birth, for example, and the state

health system does not support homebirth, so midwives and doulas are hired privately. The current situation whereby some women circumvent existing services is telling and raises fundamental questions about the current role and responsiveness of the state in the provision of adequate support to women and their families through childbirth.

While this document is only being published some months after the seminar, the content and issues outlined above remain as relevant as ever. We hope that these proceedings not only inform, serving as a faithful record of what occurred, but provide new insight, prompting readers to reflect upon their own positions regarding pregnancy and childbirth, in the Portuguese context and beyond.

**Note on presentation of the proceedings:**

In this document the seminar presentations have been transcribed in full, together with relevant PowerPoint slides; no formal written papers were requested from the invited speakers. We have been careful to include the references cited during presentations in full as well as the websites of the organisations and other entities referred to, to enable readers to follow up areas which interest them.

The proceedings in English are in the first half of the document, followed by a full translation in Portuguese.

All relevant slides from the presentations are included as “figures”.

---

## Introductory Remarks

MARIA JOHANNA SCHOUTEN

*University of Beira Interior and CICS/University of Minho*

---

Good afternoon, welcome everybody. We are happy to see such massive interest in this event, which promises to be quite important for today and also for the future. So we welcome the audience, the speakers who as you can see from the programme have interesting topics to discuss with you, and especially those who have come from abroad as part of the COST Action project, which we will explain later. One of them is Professor Soo Downe who is the Chair of this Action and she is one of the speakers.

I will very briefly introduce myself: I am Maria Johanna Schouten. I am Portuguese but also Dutch, and I am an anthropologist and sociologist on the academic staff of the University of Beira Interior (UBI) and the Centre for Research in the Social Sciences at the University of Minho (CICS/UM) in Portugal, and one of my interests is medical anthropology and sociology, and also gender so that is one of the reasons that I am also involved in this kind of research. On my left is the first speaker. She will give a short introduction about the situation in Portugal. She is Joanna White, an anthropologist as well. She is at the Centre for Research in Anthropology (CRIA-IUL) in Lisbon and at the moment she has a Marie Curie fellowship and is conducting a study on contemporary cultural processes relating to childbirth in the United Kingdom and in Portugal. And now I give the floor to Joanna.



---

## Towards a Cultural History of Childbirth in Portugal

JOANNA WHITE

*Centre for Research in Anthropology, Instituto Universitário, Lisbon (CRIA-IUL)*

---

Thank you very much Maria. Can I just reiterate her enthusiasm for this event. When we first organized this meeting we were worried that not enough people would come and we have had such interest – we were over-subscribed – there is such interest from different stakeholders: medical professionals, civil society, the general public. It's great to have such a good mix of people here today **and** also our international guests who I think are going to be able to contribute from their experiences in different countries. Just to tell you more about why Soo Downe and the other international guests are here in Lisbon this week, we have been having a meeting of the COST Action project IS0907. In your package you all have a one-page summary of the Action project and what it is about<sup>1</sup>, but to quickly summarise, it's a network project called COST Action IS0907, 'Childbirth Cultures, Concerns and Consequences': creating a dynamic EU framework for optimal maternity care<sup>2</sup>. The objective of the Action is to advance scientific knowledge about what works for whom under what circumstances, by identifying and learning from the best. And this is across Europe – even beyond Europe - we have many partners, we have regular meetings at various cities within Europe. We have joint scientific missions, and joint project proposals and publications so it's a very active networking project and it is thanks to this project that we have Soo Downe with us here today.

I would like to briefly summarise the situation in Portugal, as we understand it. Many of you are from Portugal and you probably know some of this information but I just want to share, for our international guests as well, in order to show what is happening with childbirth in Portugal. And I'd like to say what our motivation for this meeting is. We are both anthropologists, and are involved in research on maternity and childbirth. "Normal birth" is a term which is used widely within the framework of maternity and childbirth but

---

<sup>1</sup> [www.cost.eu/domains\\_actions/isch/Actions/IS0907](http://www.cost.eu/domains_actions/isch/Actions/IS0907)

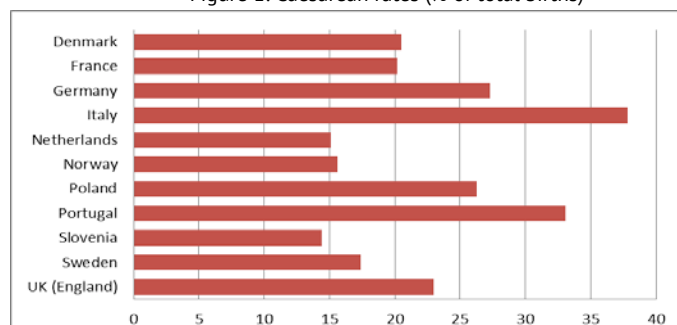
<sup>2</sup> [www.cost.esf.org/domains\\_actions/isch/Actions/IS0907](http://www.cost.esf.org/domains_actions/isch/Actions/IS0907); <http://www.iresearch4birth.eu/iResearch4Birth/>

there are different definitions of what normal birth is. I think we'll go on to discuss later about normal birth in the Portuguese context. There are various definitions of normal birth and normal birth practices. So what we'd like to do today is share information about research and practices related to normal birth from an international level and also here in Portugal, and also promote and discuss new initiatives related to normal birth in Portugal. We have some speakers here today who will be sharing their experiences of normal birth.

So, a brief overview of the situation in Portugal. As many of you know there was a long homebirth tradition until the 1970s. In fact, until 1961 80% of births were homebirths (Savona-Ventura, 1993: 44<sup>3</sup>) usually supported by women with no formal training (one of the Portuguese terms for these individuals being *curiosas*). There is a very rich cultural history of homebirth in Portugal, with the use of traditional birthing chairs, for example<sup>4</sup>. But also during that period perinatal mortality rates were high; the perinatal mortality rate reported in 1975 (defined here as the number of stillborns plus the number of deaths in the first week of life, following at least 28 weeks gestation) was 31.8 per 1,000 births<sup>5</sup>.

So from the 1970s onwards there was a move to bring childbirth into hospitals, there was a shift to hospital-based birth and also an impressive drop in the rates of perinatal mortality was observed over that period: in figures from 2012 you see 4.2 out of 1000 births – a dramatic drop in rates<sup>6</sup>. But with the hospitalization process childbirth became more medicalized, so we have high rates of caesareans and other forms of intervention. A lot of the comparative data I am showing are from the Euro-Peristat project, which some of you may be aware of. This is a project which is trying to compare data across Europe. The data we have from Euro-Peristat are from 2004 so these data are slightly old but in the case of Portugal these data (Figure 1) reflect the contemporary situation, where we see 33% of births are by caesarean section<sup>7</sup>.

Figure 1: Caesarean rates (% of total births)



Source: Euro-Peristat, 2004

<sup>3</sup> Citing Joint Study Group of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics and the International Federation of Midwives (1966). *Maternity Care in the World: International Survey of Midwifery Practice and Training*. Oxford: Pergamon Press.

<sup>4</sup> Examples can be found in Cole, 1994: 52-53; Nunes, 1997: 97-115; Ribeiro, 1990; Joaquim, 1983; Martins, 2007

<sup>5</sup> Source: Pordata: [www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529](http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529). Accessed: 28 January, 2014.

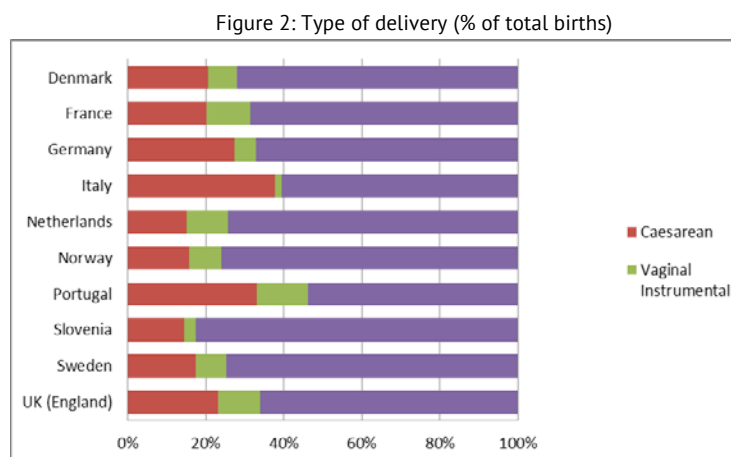
<sup>6</sup> Source: Pordata: [www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529](http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529). Accessed: 28 January 2014.

<sup>7</sup> Euro-Peristat project: [www.europeristat.com/](http://www.europeristat.com/). Since the seminar took place the latest Euro-Peristat report has been released citing 2010 data, showing Portugal with a caesarean rate of 36.3% (Euro-Peristat, 2010).



As you can see from the graph, Portugal has the second highest rate of caesarean intervention in Europe, after Italy. But caesareans are not the only form of medical intervention in childbirth; if we look at vaginal instrumental births – forceps and ventouse – then Portugal is ahead in Europe; if we look at both caesarean and vaginal instrumental births then Portugal has very high rates of intervention (Figure 2). Other issues to add are that also when we talk about medicalization we can include episiotomy and epidural rates, and the use of induction, and we do not have those data for Portugal nationally. There are many countries which do not yet collect those data systematically, but we also need to include these interventions when we discuss what kind of medical processes exist in relation to childbirth<sup>8</sup>.

I would also like to mention homebirth because homebirth still does take place in Portugal, but it kind of exists in a legal void, it does not seem to be explicitly illegal but it is not supported by the state. Women who choose to have a homebirth: in some ways it's a very risky enterprise, women are doing it, but it's a very risky thing to do because you don't have actual systematic support from government services.



Source: [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com) (2004 data)

In fact, if you look at the homebirth rate in Portugal it is 0.5% which to me is surprising as officially it does not even exist<sup>9</sup>! But there are definitely homebirths taking place. And another new development is birth in transit – at “other locations” outside of hospital (described as *noutros locais*) which has increased dramatically over recent years and seems to be associated with the closing down of some hospitals in rural areas. If all birth is hospital-based and hospitals are the only service available and you are closing down small hospitals in rural areas then women are going to have further to go to get to hospital and it

<sup>8</sup> The Euro-Peristat project aims to systematize data collection throughout Europe. According to the Euro-Peristat report released after the seminar took place the proportion of women in Portugal having vaginal deliveries who received an episiotomy was 72%. See [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com) (2010 data). Induction and epidural rates are still not available at national level.

<sup>9</sup> By this was meant that homebirth is not a recognized option within Portugal's National Health Service.

seems that there are a lot of cases of women trying to get to hospital but then ending up giving birth at home or in transit.

Just to summarise some more recent developments, the movement towards normal birth here in Portugal. The movement “For the Right to Normal birth” (*Pelo Direito ao Parto Normal*) is an initiative led by medical professionals, midwives and doctors, and we have a representative of that movement, Vitor Varela, here today. They have produced a document in Portuguese<sup>10</sup>, but if any of our Portuguese participants would like to have a hard copy of this then we will distribute it later. And if anyone has questions about the movement then Vitor can possibly discuss them with you later.

Within civil society there is “HumPar”, which is the Portuguese Association for the Humanization of Childbirth, and a representative of HumPar, Rita Correia, will be speaking a bit later on. And another new initiative from the government is the intervention to reduce caesarean rates. This has been piloted in the north and the results have recently come through. Between 2009 and 2011 there was a reduction in caesarean rates from 36% to 32%. As part of this initiative there has also been a move to create a single computer programme for all obstetric data, to include all the indicators I mentioned earlier, to have a more sophisticated system for collecting data. This was planned to start in the north in 2013, and there’s also a plan to spread the whole programme nationwide, finances allowing. Another recent development as we’re all aware is the crisis, and austerity pressures<sup>11</sup>. But this makes it a very interesting moment because the pressure on funding health services may cause policy makers to think about how expensive some interventions are – how expensive caesarean section is – and are there ways of reducing caesareans and making childbirth more cost-effective.

So that was just my quick summary of the situation in Portugal, and why we are here today is to talk about what we are doing now: what is the future of childbirth in Portugal? History is taking place right now, so I hope everyone will feel free to participate in the discussion.

Now I would like to introduce Soo Downe, Professor of Midwifery of the University of Central Lancashire in the UK.

---

<sup>10</sup> [www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro\\_Partto\\_Normal.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Partto_Normal.pdf)

<sup>11</sup> In 2010, the extent of the public deficit led the Portuguese government to request a bail-out with the “troika” group composing the IMF, the EU and the European Central Bank. As part of this agreement drastic austerity measures were implemented in order to cut state expenditure, affecting the Portuguese economy and wider society. The ensuing cuts to public servants’ wages and in social benefits and higher taxes, led to a decrease in spending power. In addition, unemployment soared and many public services experienced wide-ranging cuts.

---

## What is Normal Birth and Why Does It Matter?

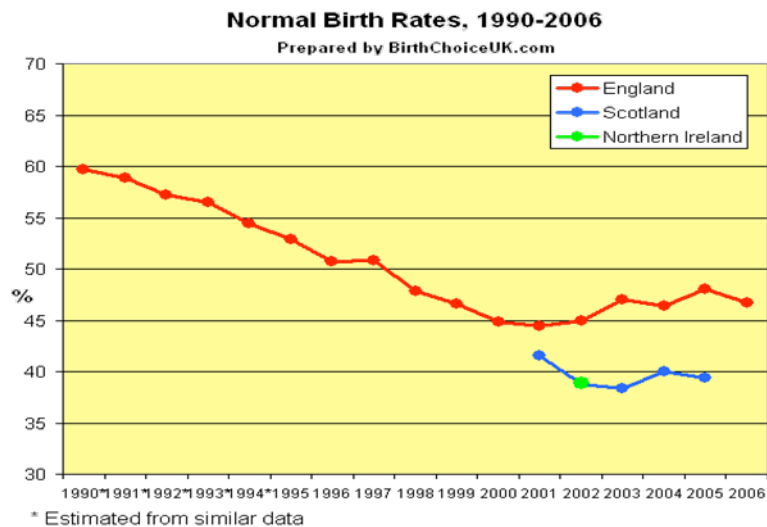
SOO DOWNE

*University of Central Lancashire*

---

I have quite a lot of slides but I am aware there is time pressure and it is probably more important that you have a chance to talk, than that we talk at you. So: “normal” things we do to people, because you could say that caesarean is normal in Portugal. But normal birth is not about that, about what is common, it is about what is physiological. This is a graph of what is happening in the UK up until 2006, so the data are not that recent, but this is normal birth (Figure 3).

Figure 3: Normal Birth Rates in England, Scotland and Northern Ireland, 1990 – 2006



Source: [www.BirthChoiceUK.com](http://www.BirthChoiceUK.com)<sup>1</sup>

We have a definition of normal labour in the UK which is similar to the definition here:

---

<sup>1</sup> [www.birthchoiceuk.com/Professionals/Frame.htm](http://www.birthchoiceuk.com/Professionals/Frame.htm). Accessed: 28 January 2014.

*The physiological transition from pregnancy to motherhood (which) heralds an enormous change in each woman physically and psychologically... every system in the body is affected and the experience represents a major rite de passage in the woman's life...*

Bennett and Brown (eds), 1993: 139

Our rates of normal birth in the UK have dropped substantially. They are going up again since we realised there was a problem, which was about 2002 and we started to address it, they are slightly improving but not dramatically. So this is not just an issue for Portugal, actually it is an issue across the world, everywhere. So, now our statistics and I just want to kind of reinforce this point really, because what people often say is that some countries of the world have high rates of intervention because the women are more at risk, or make different choices, or whatever it may happen to be. These data (Figure 4) are from the UK and I want to talk about variation because our episiotomy rate in general is 8%, not bad. Very good compared to some countries. But it ranges from between 3.4 % in one hospital to 18% in another. Now, we have no idea if 3% is too low and 18% is too high, all we know is these differences cannot be physiological. It is completely impossible that women have different physiology separated by about 100 miles, so it's more to do with philosophy of the care givers, than it is to do with what women really need.

Figure 4: UK Statistics, 2005 -06

652,377 births reported
Episiotomy: 8.3%
- George Eliot Hospital NHS Trust 18.4%
- Barnsley Hospital NHS Foundation Trust 3.4%
Caesarean: 24.8%:
- Imperial College Healthcare NHS Trust, London 31.4%,
- Shrewsbury and Telford Hospital 15.8%
Induction: 20.2 %

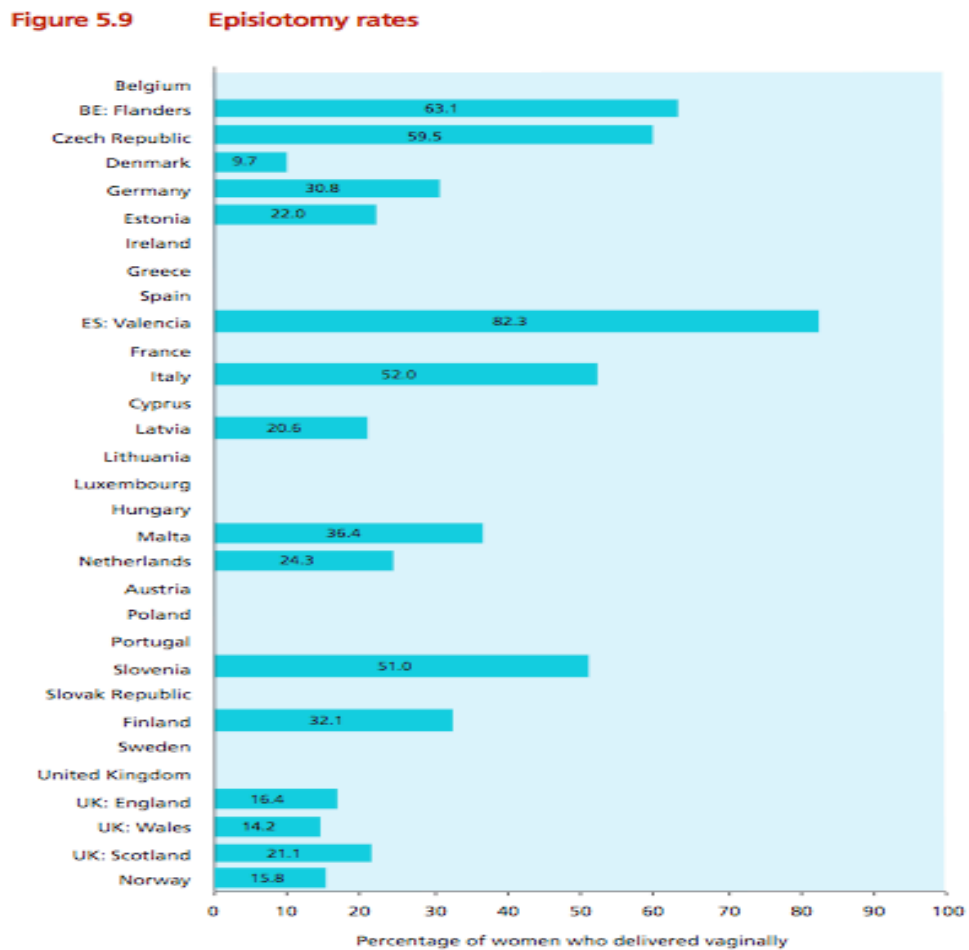
Source: The Information Centre for Health and Social Care, Maternity Statistics, England: 2005-06. Statistical Bulletin 2007.<sup>2</sup>

And the same for caesareans, so our overall rate is 24%/25% but it varies between 31% (all the London hospitals have high rates) and 15%. Again this can't be physiological in one country. I want to make a point about variation, so these data are from Euro-Peristat, the same source as the data that Joanna showed you. Episiotomy varies between 9.7% in Denmark and 82% in Valencia in Spain, again completely impossible to be explained, and again with caesarean sections and vaginal birth data we see other variations.

<sup>2</sup> Subject to copyright © 2007, re-used with the permission of The Information Centre. Available at: [www.ic.nhs.uk](http://www.ic.nhs.uk). [Caesarean rates are taken from the Maternity Tail data in Table 33. Where this is missing, the data is taken from the procedure coded HES record core data in Table 33].

In my talk I'm going to put some emphasis on caesareans and I don't want to say that obviously caesarean is a bad thing, full stop. In some cases, in many cases, a caesarean is lifesaving and essential, clearly it needs to be there when it needs to be there. But the problem is the over-use.

Figure 5: Episiotomy rates in Europe, 2004



Source: [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com) (2004 data)

This next slide (Figure 6) is from the NICE<sup>3</sup> guideline, the guidelines that we use in the UK to justify our practice, and we know that the caesarean rate should be around 15%. Ours is 25%, so is already too high. These are the outcomes stated in the NICE guideline which, based on evidence, are more likely after caesarean. I'm not going to read them all but they include things like: hysterectomy, death of the mother, having no more children in the future, placenta praevia, death of the baby in the subsequent pregnancy (so stillbirth in the

<sup>3</sup> The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) provides national guidance and advice to improve health and social care in the UK. It is sponsored by the Department of Health but functions independently of the British government ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)).

second pregnancy after a caesarean). Less likely after a caesarean: pain, perineal pain, incontinence and prolapse. I am fairly convinced that women are not given that evidence, because I think if they were given that, the balance would, one suspects, be probably much more towards not doing a caesarean than doing it.

Figure 6: Managed labour is better...? The evidence around caesarean section

### Summary of the effects of caesarean section for women

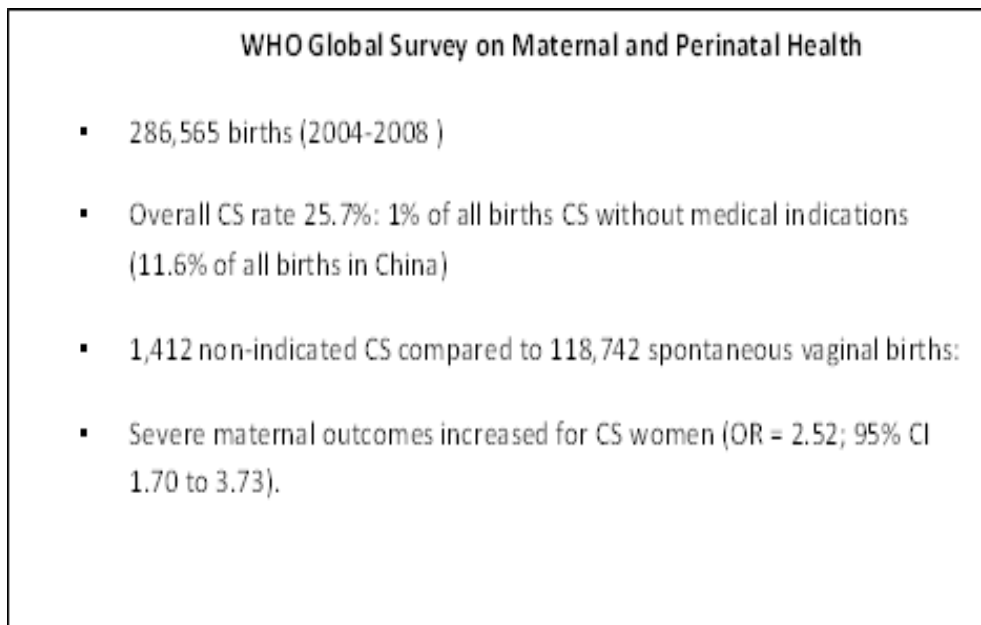
More likely after caesarean section	No difference after caesarean section	Less likely after caesarean section
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pain in the abdomen (tummy)</li> <li>• Bladder injury</li> <li>• Injury to the tube that connects the kidney and bladder (ureter)</li> <li>• Needing further surgery</li> <li>• Hysterectomy (removal of the womb)</li> <li>• Admission to intensive care unit</li> <li>• Developing a blood clot</li> <li>• Longer hospital stay</li> <li>• Returning to hospital afterwards</li> <li>• Death of the mother</li> <li>• Having no more children</li> <li>• In a future pregnancy, the placenta covers the entrance to the womb (placenta praevia)</li> <li>• Tearing of the womb in a future pregnancy</li> <li>• In a future pregnancy, death of the baby before labour starts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Losing more than 1 litre of blood (haemorrhage) before or after the birth</li> <li>• Infection of the wound or lining of the womb</li> <li>• Injuries to the womb or genital organs, such as tearing around the neck of the womb</li> <li>• Bowel incontinence (no control of bowel actions)</li> <li>• Postnatal depression</li> <li>• Back pain</li> <li>• Pain during sexual intercourse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pain in the area between the vagina and anus (the perineum)</li> <li>• Bladder incontinence 3 months after the birth</li> <li>• Sagging of the womb (prolapse) through the vaginal wall</li> </ul>

Source: NICE 2004 Caesarean section: Quick reference guide<sup>4</sup>

And there is some other evidence from the World Health Organization (WHO) in terms of what is happening internationally because we know that this is an international problem (Figure 7). So overall, about 1% of all births are caesarean sections without medical indication. In China it is 11.6% of all births - very, very high, including high rates of elective caesarean rate, so in some places it's 80-100% caesarean, for various reasons. And what they found looking at non-indicated caesarean, compared to spontaneous vaginal birth was that severe maternal outcomes were increased for non-indicated caesarean women, by a factor of 2.5. So women having caesareans without indication had a two and a half times higher risk of severe maternal outcomes. So caesarean is not a benign procedure necessarily, above a certain level.

<sup>4</sup> Available at: [www.nice.org.uk/nicemedia/live/10940/29333/29333.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10940/29333/29333.pdf). Accessed 18 December 2013.

Figure 7: Emerging Evidence: Caesarean Section



Source: Souza *et al.*, 2010<sup>5</sup>

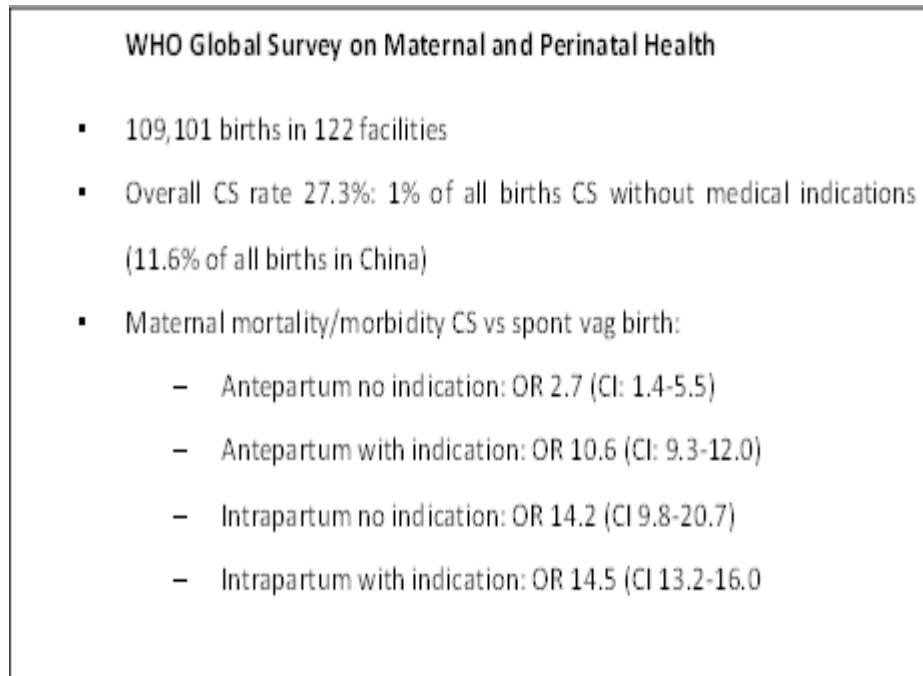
The following data are from a similar data set, and are also interesting (Figure 8). They compared a wide range of births and looked at three specific things around maternal mortality and morbidity:

- So they looked at caesarean section and antepartum no indication, so elective caesarean section with no medical indication prior to delivery and they found the increase, odds ratio, the risk increase for the women in those circumstances, mortality and morbidity was 2.7, so that is **not** no risk.
- Antepartum with a risk, so pre-eclampsia for women or the baby was severely growth restricted, the odds ratio was 10.6. Fair enough, you are going to expect a higher rate of maternal mortality and the caesarean is clearly necessary in those circumstances.
- However, what I found really shocking was intrapartum no-indication caesareans, so caesareans undertaken intrapartum with no reason. Here the odds ratio of severe mortality and morbidity was higher, 14.2, than it was for the antepartum with indication. So for the sick women ante-natally they did better than the healthy women intrapartum having caesareans. These data show that without indication there is no justification for

<sup>5</sup> [www.biomedcentral.com/1741-7015/8/71](http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/71). Accessed 28 January 2014.

the caesarean, because mother and baby are being put at risk, the mother particularly is being put at risk under these circumstances, according to those data.

Figure 8: Emerging Evidence: Caesarean section in Asia 2007-2008



Source: Lumbiganon *et al.*, 2010<sup>6</sup>

So the question is: does this matter to women? Because what people often say is: women are choosing caesarean, it's a consumerist society, women want what they want, we can't argue with that because women's choice is the most important thing.

*Participant:* Can I ask you something? Sorry, about the former slide (Figure 8), when you say antepartum no indication, that's elective?

*Soo Downe:* Yes elective, purely elective caesarean. What it is saying is, if you compare women who chose a caesarean ante-natally, if they were otherwise to have a spontaneous birth they would have been 2.7 times less likely to have that risk.

Now the following information is from Brazil. And the reason I have chosen that is because we know that in Brazil the caesarean section rate has been historically high for at least one generation, probably two generations, and that is often put down to women's choice, because it's said that Brazilian women like to look very beautiful and to have very neat little scars and not to go through labour. OK. So a qualitative study was done in 2001 (Faúndes *et al.*, 2004)<sup>7</sup> and they looked at a large number of women – 656 in seven

<sup>6</sup> [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2961870-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2961870-5/abstract). Accessed 28 January 2014.

<sup>7</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15311287](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15311287). Accessed 18 December 2013. Full text only available in Portuguese: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000400002). See also Osis *et al.*, 2001, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11742644](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11742644) accessed 11 February 2014.



hospitals - and the majority of women reported that they preferred vaginal birth. What was more interesting really was, when they asked women who had had both a vaginal birth and a caesarean their preference, 90.4% said they would still prefer a vaginal birth.

So having had the experience of both, in a country where caesarean is very common, where you would imagine women are making choices about this, still the vast majority preferred a vaginal birth. Which puts a whole question mark over the women's choice argument I think. Even those who only had caesareans, still three out of four (75.9%) said they would prefer a vaginal birth next time. So even when they didn't have the comparison of a vaginal birth and even in a society where their mothers probably had caesareans, if they were given the choice, most of them would go for a vaginal birth. Now obviously, this is just one country and just one set of data, who knows how generalisable it is, but I think it's a particularly interesting example because it is in a country with a long-standing history of caesareans.

One of the things we're trying to look at in COST Action is this idea of salutogenesis. We are not interested in what goes wrong, in pathology, but in what goes right. What happens when things go really well? That's what we're interested in. We're also particularly interested in how we measure that, because we think what we tend to measure in obstetrics and maternity care is pathology - where things go wrong - and satisfaction. And it is well known to most social scientists that if you ask any population if they are satisfied then 80% will say yes, no matter what it is, because of expectations. So expectations and experiences tend to equate at around the 80% mark. However, what happens in maternity care is that if you deliver a particularly fantastic service to somebody, you can't measure it, because all you can measure is if the client was satisfied or not.

So we started to think about what if we were to measure beyond satisfaction. We did this study, looking at women who had traumatic births (Thomson and Downe, 2010). We talked to them about their experiences, and then followed them through to their next labour and birth, which was usually much better. We know that women tend to have better births second time around, particularly if they are prepared. After the first birth - these were particularly traumatised women - they used language like rape, horror, abuse, trauma, terror, those were the words they used. After the second birth they used words such as joy, euphoria, fantastic, positive, amazing, in love, incredible, and these are not words that we usually collect when we measure maternity care. I will read a quote from one woman:

*"It wasn't just not negative, it was wow, you know? Isn't the human body just amazing? And that kind of positive pain, you know? Something good is going to come out of it. And it was just fantastic, it really was".*

We don't measure that kind of thing, and I think in not measuring it we miss a huge amount. This slide (Figure 9) is another example, actually from the *New York City Times*, a father talking about his wife's very positive birth.

Figure 9: Salutogenetic effects of good quality care

### Good quality care has far reaching (salutogenic, fractal) effects

- *"...So in that way, it was beyond expectation.*
- *It was amazing.*
- *I felt so much more in love with my wife than I ever have before.*
- *I was just amazed by her."*
- New York City Times 2008



And the point of that is that it's not only about how the woman feels, it's about how her partner feels. That is important for parenting in the future, actually it always makes me want to cry this phrase, "I was just amazed by her", it relates to women being able to express their womanhood in labour and that being evident to the partner. Which is taken from people if there is a high use of technocratic intervention in labour – it is something that is missed I think, and it's a shame.

And again a different quote from that same study I just told you about: "Oh you can't get that feeling with anything on earth, drugs, alcohol, anything. I just wanted to bottle it and keep it for ever, that feeling. And I still get it". And again the point about that quote is that women who experience these kinds of labour and birth, it resonates into the future for them. It isn't something that just happens, and is a day, and it's gone. It's something that acts for the future, in their parenting with their baby, themselves and their partner, in ways which we are only beginning to understand, and we really must not lose.

So does this matter to midwives? The study I want to tell you about now, very briefly, is one undertaken by Mavis Kirkham<sup>8</sup>, who some of you may know about as a very good researcher. She was commissioned by the British government to find out why midwives leave service, because we have a huge problem in the UK. We have very high numbers of registered midwives, most of whom are not practicing, and the dominant reason people gave for leaving was dissatisfaction with the way they were required to practice. It wasn't the money, it wasn't particularly the hours, it was because they couldn't do the kind of midwifery they really wanted to do, that's why they left, because of all the "technocracy". So they were upset with the low standard of care they could provide, they were upset with the lack of relationships they were able to provide and to establish with their clients, they were unhappy with the low staffing levels, which was part of that same problem, and they were dissatisfied with unsupportive managers (Curtis, Ball and Kirkham, 2006).

---

<sup>8</sup> Emeritus Professor of Midwifery, Sheffield Hallam University, UK.

Doctors, obstetricians are also leaving, and nobody has done the research to look at obstetricians, but my guess is, apart from litigation, some of these same issues are also going to come into play. And I certainly have obstetric colleagues who are very upset that they are not able to make relationships with women anymore, it's an issue for them as well as much as it is for midwives. So I think this is not just a midwifery phenomenon, and I'm sure nurses working in obstetrics might feel the same way. We set up the campaign for normal birth in the UK as a consequence of some of these problems. It was set up for midwives, although others can use it. It is based on story-telling, midwives telling stories, and we use this as way to unpack the elements underneath the story, the research and the policy issues and the practice issues, and it is a freely available website so you can have a look at that if you want to<sup>9</sup>.

Figure 10: Homepage of the Campaign for Normal Birth

**Campaign for Normal Birth** *The Royal College of Midwives*

Stories Practice Research News Events Forum Links

### The big push for normal birth

Together, we can change the way childbirth happens. The Campaign aims to inspire and support normal birth practice. It's a reminder that good birth experiences can happen despite the challenges. Intervention and caesarean shouldn't be the first choice - they should be the last.

#### Research

Have you seen an interesting article or research on Normal birth.



Or are you conducting research on topic linked to Normal Birth?

**Let us know**

#### Events

If you have any local events linked to Normal birth, we invite you to send us your information. The information will be placed on the Events pages for advertising.

We also would like to receive your feedback from the event with any available images for the Events feedback page.



#### Have your say

IS ARTIFICIAL RUPTURE OF THE MEMBRANE DONE IN CONJUNCTION WITH EPIDURAL ANALGESIA IN YOUR UNIT?

yes

no

[Tell us your views](#) [View previous polls](#)

Source: [www.rcmnormalbirth.org.uk/](http://www.rcmnormalbirth.org.uk/)

<sup>9</sup> [www.rcmnormalbirth.org.uk/](http://www.rcmnormalbirth.org.uk/)

The next question, which really touches a bit on what Joanna was saying, matters to tax payers and funders. This is a very interesting study, published quite recently (Figure 11) which was looking at unnecessary medicalization, I don't like the word medicalization actually, because I think it is not just doctors who do these things in fact. That's why I prefer to use the term "technocratic intervention", but anyway they called it medicalization in this study and they looked at a whole range of different things, to see what the cost was of unnecessary medicalization in the USA. As you can see the category with the biggest spend - unnecessary intervention in normal pregnancy and delivery - worked out costing the US economy \$ 18 billion per year. That begins to be meaningful in an economic crisis.

Figure 11: Caesarean section: Does it matter to funders and taxpayers?

Does it  
matter to  
funders and  
taxpayers?

**Table 3**  
Estimated direct cost for select medicalized conditions in 2005.

Medical condition (citation)	Estimated direct medical cost 2005 (in millions)	Year of original data source
Anxiety Disorders (AHRQ, 2008)	10,878.3	2005
Behavioral Disorders (AHRQ, 2008)	4657.5	2005
Body Image (Cosmetic procedures and surgery) (American Society for Aesthetic Plastic Surgery, 2008)	12,376.0	2005
Erectile Dysfunction (Berenson, 2007; Eli Lilly and Company, 2006; Glaxo Smith Kline, 2005; Pfizer, 2005)	1112.1	2005; 2006
Infertility (AHRQ, 2008; Machlin & Rohde, 2007)	1104.2	2005; 2000
Male Pattern Baldness (Anonymous, 1998)	1055.1	1999
Menopause (Wyeth, 2007)	914.3	2006
Normal Pregnancy and/or Delivery (AHRQ, 2008)	18,290.5	2005
Normal sadness (Greenberg et al., 2003)	6204.0	2000; 1990
Obesity (Bariatric surgery and weight loss medication) (American Society for Aesthetic Plastic Surgery, 2008; Encinosa et al., 2005)	1341.1	2005; 2002
Sleep Disorders (Walsh & Engelhardt, 1999)	1,7684.5	1995
Substance Related Disorders (AHRQ, 2008)	1468.7	2005
<b>Total</b>	<b>77,086.30</b>	

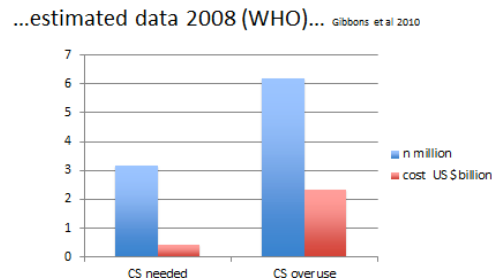
Table 3 provides the final estimation cost for all medicalized conditions in 2005 dollars, disaggregated by condition. All data originally collected in a year other than 2005 have been adjusted for inflation the 2005 Consumer Price Index, issued by the Bureau of Labor Statistics (Bureau of Labor Statistics, 2008).

Source: Conrad *et al.*, 2010: 1946. Calculation based on data of the Bureau of Labor Statistics, USA (2005 data)

And if we look at another study undertaken again, quite recently, published by WHO in 2010 (Figure 12), they looked at the number of caesareans that were not done and should be done, and what the cost would be of making that happen. And the number of caesareans that should not have been done, and were carried out and what the extra cost of that was. Does that make sense?

Figure 12: Comparison of Numbers and Costs of Unavailable and Unnecessary C-Sections Internationally

### Unnecessary Caesarean Sections: a Barrier to Universal Coverage



Source: Gibbons *et al.*, 2010<sup>10</sup>

So first the number of caesareans that should be done and are not being done. So countries where you can't get a caesarean, where women and babies are dying because caesarean section is not available. This was just over 3 million across the world. And they estimated that in order to institute that facility for women and babies would cost about half a billion US dollars. Then when they looked at the over-use of caesarean (this is globally, across the world), they found that just over 6 million caesareans were being done unnecessarily, when they shouldn't be done. At a cost of about 2 and a quarter billion dollars. So obviously it's not this easy but you could say: if you didn't do this, you could do that. So actually the over-use of medicalization, technocratic intervention, is arguably not only an economic issue, but also a moral and ethical issue, if we are arriving at these circumstances. Then beyond that there is also the question of just can we afford it? Simply can we afford it in this day and age?

Does normal birth matter to public health? There is some work we have been doing as a team, a hypothesis we have been developing with a group from Yale, the University of Western Sydney and a number of other places. We've been looking at implications, the outcomes of various kinds of interventions in labour and birth. These studies are tentative; they are not prospective, but retrospective studies. So we don't know how "true", if you like, the findings are. But they seem to be accumulating in one direction and most studies seem to be going in the same direction, which is extremely interesting. So the hypothesis is that there are feedback loops between the hormonal and physical effects of birth, and these phenomena can be demonstrated with data (Schlinzig *et al.*, 2009)<sup>11</sup>. Type 1 diabetes in the neonate, eczema, asthma, multiple sclerosis in the adult following the birth, bronchiolitis, and so on. And the hypothesis is that this is to do with changes in the white blood cell DNA mutation, which affects epigenetics. I'm not going to go into that in too much detail, those who want to discuss it can come and talk to me. But I am going to show you some of the

<sup>10</sup> [www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf). Accessed 28 January 2014.

<sup>11</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19638013](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19638013). Accessed 19 February 2014.

studies that contribute to this. These are not our studies, these are studies that we put together. A fairly recent one: caesarean linked to infant bronchiolitis (Hitt, 2011)<sup>12</sup>, caesarean and multiple sclerosis, was a study which looked again at a multiple sclerosis register and looked back at a number of different potential influential factors and found that caesarean was one of the strongest ones. So an increased risk of multiple sclerosis after caesarean of 2.5, and odds of 2.51, particularly in females, girls. And in this cohort those who got multiple sclerosis, in whom it became apparent, were more likely to get it younger, a mean age of 24.58 verses 27.59 for those who had not had caesareans (Maqhzzi *et al.*, 2011)<sup>13</sup>. A very interesting phenomenon. Of course this is not to say that this is a directly causative effect. The instance is extremely low: this isn't going to happen to everyone.

This is a type 1 diabetes studies, which looked at 20 databases of children with type 1 diabetes and they looked back retrospectively and they found the odds ratio of having a caesarean 1.19, and again that was significant, all of these are significant, so a 20% increase in the risk, again from a very low base. We are not saying 20% of children are going to get type 1 diabetes, what we are saying is that the risk is increased by a ratio of 1.19 (Cardwell *et al.*, 2008)<sup>14</sup>. There has been a plethora of studies, mostly coming from physiologists actually, not from obstetricians and midwives, but coming from animal science as well, but also those who are interested in the physiology of the neonate, and some paediatricians are looking at this too. I would say over the last five years there have been probably at least 20 studies, and the number is increasing dramatically, because of the interest. The theory is that we know there is epigenetic plasticity in early life, and we think there is something going on which is interrupting that.

Now I'd like to explore the question what difference does it make? What is the value of doing something differently? I'm telling you that maybe we should stop doing some of these interventions, but what do we do as an alternative? There are a couple of projects I want to tell you about. On salutogenic maternity care, there is a study that was undertaken in Bolivia and they did a very simple thing: they just trained health workers that women's views and feelings should be at the centre of their health care provision. That is all they did. And part of that was things like women should be able to kneel for birth (as they did traditionally), they should be attended by their male partners and the traditional midwife should be integrated into the hospital. So they did nothing fancy, no extra drugs, no extra anything else, just basically being nice to people and doing things they like. And what they found before the project was that the maternal mortality rate was 600 per 100,000 women, and during the project they had only one death. Of course we don't know, was that in 100 women, in 1,000 women or in 10,000 women, the denominator is not given, but it still seems to be an interesting finding related to that particular group and project.

---

<sup>12</sup> [www.medscape.org/viewarticle/753175](http://www.medscape.org/viewarticle/753175). See also Moore *et al.*, 2011. [adc.bmj.com/content/early/2011/10/28/archdischild-2011-300607.abstract](http://adc.bmj.com/content/early/2011/10/28/archdischild-2011-300607.abstract). Both accessed 18 December 2013.

<sup>13</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21982872?dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21982872?dopt=Abstract). Accessed 19 February 2014.

<sup>14</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18292986](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18292986). Accessed: 18 December 2013.

And the next one project is one in Ecuador about which we have a bit more information. Which was about women standing for birth in the traditional way. In this case they did something very similar, they just built mutual trust and respect in the same way, again by being nice to people. The infant mortality in that particular area became less than half the national average following the project<sup>15</sup>. Again, this research might not be generalizable, it might be anecdotal, but what I found fascinating is that their caesarean section rate was less than half. So they reduced their C-section rate and also their mortality rates. One of the things that these two projects seem to have in common is that women started to trust the hospital. So because the hospital was nice to them, they went to the hospital. Which is like obvious, you know?

There are three studies that were published, one in the *Lancet* and a couple of others in very good, high quality medical journals and these were just about getting women talking (Manandhar *et al.*, 2004; Azad *et al.*, 2010; Rath *et al.*, 2010)<sup>16</sup>. What they did was they took villages in a range of countries and they randomised half of the villages to have groups, set up on routine occasions where women just talk to each other, about neonatal care and they had a facilitator there, but they weren't necessarily very active, mostly it was the women talking. And in India they reduced the neonatal mortality rate by 32%, which is the highest reduction they have ever found even introducing drugs and everything else. In Nepal they had the same effect: a 30% reduction in neonatal mortality rate. In Bangladesh, interestingly they had a reduction but it wasn't statistically significant and what they hypothesised was that the groups they set up were too big. They were bigger groups and they were further apart from each other. So they hypothesised there is a point beyond which this approach becomes ineffective; you have to have small groups so that people know each other – this way it is more effective.

Ok so just to quote finally. This is from Sheila Kitzinger<sup>17</sup>:

*“To anyone who thinks about it long enough birth cannot simply be a matter of techniques for getting a baby out of one’s body. It involves our relationship to life as a whole and the part we play in the order of things”. It’s much more of a phenomenon than just getting a baby out.”*

And this is a quote from Gandhi: “Be the change you want to see in the world”. And the reason I put it there is because I think it is very easy for us all to go away and think: the government, it’s the government’s problem - they have to go and sort it out. Or midwives often say it’s all the doctors’ fault; if doctors sort themselves out then everything will be fine – it’s nothing to do with us. But actually it’s up to all of us, women, everybody. The decisions that women make, the choices they make and the way those choices are supported by doctors and midwives and nurses and policy makers, we all have a part to play in this.

---

<sup>15</sup> [womensenews.org/story/health/090215/gravity-birth-pulls-women-ecuador-hospital#.UwVINvl\\_tZt](http://womensenews.org/story/health/090215/gravity-birth-pulls-women-ecuador-hospital#.UwVINvl_tZt). Accessed 19 February 2014.

<sup>16</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15364188](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15364188);  
[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20207412](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20207412); [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2987759/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2987759/). Accessed 19 February 2014.

<sup>17</sup> Sheila Kitzinger is an activist for natural childbirth and author of several influential books on pregnancy, childbirth and the postpartum period.

Screening of film: **Hannah's Story**  
(<https://www.youtube.com/watch?v=h9oP7OTiXXQ>).

## Plenary Discussion

*Maria Schouten:* I think this was a beautiful finish to this talk by Professor Soo Downe which had a lot of information and at the same time was a statement. And I think there will be questions and perhaps there are ideas which have arisen and I would like to invite the audience to raise their hands if you have a question or something to say.

*Participant:* Homebirth is not registered in Portugal, and if you see the 600% increase in out-of-hospital births, the first thing that the *bombeiros*<sup>18</sup> said is that it is not in their ambulances that these babies are born, so could it be that this is an increase in homebirths? Chosen homebirth?

*Joanna White:* I can't really answer that question as the figures I have do not breakdown the type of birth.

*Participant:* I know those figures as last year I asked INE (the Portuguese National Institute of Statistics) to give me all the figures for birth and in fact, as you mention, births in transit have a big, big rise, after 2005 and nobody talks about this and it is not only the birth, also the death, of the babies. These are important figures to show what is happening, because it is not homebirth at all. They sent me very complete data, some of that detailed by region, and in fact I felt concerned about those figures because something is happening. Usually we used to say that women are really satisfied with birth in transit, with that experience but in fact in the end there are a lot of deaths of babies within those figures of INE, so I think it's important to see what is happening. It's not homebirth at all.

*Joanna White:* Thank you. Officially, according to Euro-Peristat data, there is 0.5% rate of homebirth in Portugal which is official. I am assuming that must be births at home – so that also happens.

*Participant:* I asked them, and what is happening is not planned homebirth, because on the form they use to take the figures they do not ask if it was a planned homebirth if it wasn't. So right now, with the figures we have on Portugal, we cannot tell if it was a planned homebirth or not, because some of the births just happened and were in transit.

*Joanna White:* So these are two very hidden things here: a number of planned homebirths and a number of births in transit.

*Participant:* I think it's important. I know there are some professors here from the universities and I think it's important to speak with INE about changing the form because it

---

<sup>18</sup> In Portugal, the responsibilities of the *bombeiros* (fire brigade) usually include providing assistance to and transporting people requiring medical assistance to and from hospital, health centres and the like in ambulances.



is really important to realize out of those homebirths which are planned and assisted and which are not.

*Maria Schouten:* As a matter of fact I have observed data from several sources and they give very different figures. So that means: these tables are constructed for whose benefit?

*Participant:* I received the form they use from INE and in my opinion it's a good form. It just needs to be finalized properly.

*Maria Schouten:* Ok. That's a good idea. Are there more questions?

*Participant:* I am Jacqueline, an IBLCE<sup>19</sup> intern. I'm just wondering if these midwives are all leaving England, where are they going? Because so many Portuguese midwives are looking to go to England.

*Soo Downe:* Unfortunately in England there are many places that have vacancies they can't fill. There are jobs available but some people have left because they are not happy with what they are doing.

*Participant:* Another question - do the caesarean rates in Asia correlate at all to the age of the mothers?

*Soo Downe:* One of the arguments for why there's a high rate of elective caesareans in China specifically is because of the one-child policy. And also superstitions about the timing of childbirth so people prefer to have their babies at a particular time. Beyond that, if you are asking whether maternal morbidity is related to age, I don't know.

*Participant:* I was very interested in the idea that having a positive birth experience resonates into the future, because I think one of the problems about wanting a positive birth experience is that it is often put in contrast with the idea of risk, and a homebirth in particular, but even a hospital birth without all the technocratic intervention is often seen as something risky and there is almost a kind of guilt put onto the mother - "it's not just you, it's the baby" - and the idea that one might be being selfish, so it was just to say that I think that research into this part of it is very important, to be able to show that actually intervention does have long-term effects, it affects the parenting, especially immediately after the birth. I was also thinking of the epidural, the idea of a birth without pain, how the side effects of an epidural are not made clear: that women may have terrible headaches afterwards and this may affect the care of the baby. Just a comment.

*Soo Downe:* Obviously we agree that those things need to be looked at. I know what you mean: it's a balance between the woman feeling good about herself, and her health. If

---

<sup>19</sup> International Board of Lactation Consultant Examiners. See [www.iblce.org/](http://www.iblce.org/)

you look at the Birthplace study<sup>20</sup> which took place in England, and is now taking place in the Netherlands and Australia, and it will be interesting to see how generalizable the results are, this very prestigious study undertaken by the Department of Health by some very high-profile people across the UK looking at birth in hospital, in birth centres alongside the hospital, in “freestanding” birth centres away from the hospital (both type of birth centres run by midwives), and at home. The Birthplace study found that for every single group of women except first-time mothers delivering at home, the babies did as well and it was cheaper if the birth took place out of hospital – either at a birth centre or at home – and the mothers did much better. So except in the case of first-time mothers at home where the rate of perinatal mortality was slightly higher – and they are looking into why that may be – for primigravida women in freestanding hospital birth centres and “alongside” birth centres run by midwives, and multigravida women at these birth centres and home, it was better for low-risk women to give birth out of hospital than in hospital. So it’s not even actually that you set the women’s life experience against the well-being of the baby: all things being equal, apart from the case of first-time mothers having their baby at home, it was better for both mother and baby to have the baby out of hospital for low-risk healthy women, and it was cheaper. As I said, that study is now being repeated in Holland and Australia to see if the results can be generalized but I think the mother-baby dichotomy is in fact a false one.

*Participant:* I was wondering if in your study you have any difference related to immigrants and ethnic minorities. Were there differences in the data between white mothers and ethnic minorities? Do they have the same choices?

*Soo Downe:* We haven’t yet specifically looked at migrant women in the COST project, but we are going to. But the answer to your question is yes, there are differences. It is generally well known that second-generation migrants and often economic migrants tend to do fine, but asylum-seekers, for example, tend to do far worse. Women of West African nationality do far worse and have less choices. Women of South Asian origin have far higher rates of perinatal mortality than white women in the UK.

---

<sup>20</sup> The Birthplace cohort study compared the safety of births planned in four settings: home, freestanding midwifery units (FMUs), alongside midwifery units (AMUs) and obstetric units (OUs). See [www.rcm.org.uk/college/policy-practice/midwifery-research/birthplace/](http://www.rcm.org.uk/college/policy-practice/midwifery-research/birthplace/)

---

## Humanization of childbirth: the motto for birth-related social movements in Portugal (presentation abstract)

JOÃO ARRISCADO NUNES & MARTA RORIZ

*European Patient Organizations in Knowledge Society (EPOKS)*

---

*Maria Schouten:* Unfortunately Professor João Arriscado Nunes and Dr Marta RORIZ could not be present for health reasons. They are researchers on the project European Patient Organizations in Knowledge Society (EPOKS)<sup>1</sup> which includes research on the civic movements which advocate the humanization of childbirth (Nunes, RORIZ and Filipe, 2012). The abstract of their planned paper has been distributed amongst you.

Presentation Abstract  
**Humanization of childbirth: the motto for birth-related social movements in Portugal**  
João Arriscado Nunes and Marta RORIZ

The childbirth movement in Portugal is a recent phenomenon compared with other European movements, and involves different types of organizations. In Portugal there are mainly two types of organization: the first includes “experts-in-experience” such as HumPar (the Portuguese Association for the Humanization of Childbirth) which plays a key role in this field. The second is a more heterogeneous collection associated with professionals such as obstetric and maternal health nurses, midwives and doulas, which advocates on childbirth practices in maternity hospitals, such as the group *Pelo Direito ao Parto Normal* (the Right to Normal Birth group). This group developed a document with the support of the General Directorate for Health (a body of the Ministry of Health) aimed at seeking consensus amongst all professionals involved in childbirth concerning “humanized” childbirth practices for Portuguese women, and to broaden that consensus amongst all citizens.

---

<sup>1</sup> Projeto EPOKS: [www.ces.uc.pt/projectos/index.php?prj=4240&id\\_lingua=1](http://www.ces.uc.pt/projectos/index.php?prj=4240&id_lingua=1)

However, their unfortunate absence has provided us with an opportunity to have a different, but related, paper by Rita Correia, who will give a presentation about the Portuguese Association of Humanization of Childbirth, HumPar. Rita has a degree in anthropology, has been working as a doula and is the current President of HumPar.

---

## HumPar: The Portuguese Association for the Humanization of Childbirth

RITA CORREIA

*HumPar*

---



I am very sorry that the other speakers could not make it but it was very nice that we could come at such short notice to be here because we've been working with the original invited presenters (João Arriscado Nunes and Marta Roriz) on a project for the Centre of Social Studies at the University of Coimbra.

I apologise in advance for the presentation, which is not as complete as we would like, but we didn't have much time to prepare. So, for those who don't know, HumPar is the Portuguese Association for the Humanization of Childbirth (Associação Portuguesa Pela Humanização do Parto)<sup>1</sup>. It all started in 2005. We will say a little bit more about the association during the presentation, but as Professor Soo Downe was saying, it is very difficult to define what a normal birth is and so it is similarly difficult to define a "humanized birth". It was a term that we imported from Brazil, because at the time (2005) none of this was being talked about in Portugal; things were moving in Brazil. So we imported that name, but even today we have some difficulty understanding what it is. So

---

<sup>1</sup> [www.humpar.org](http://www.humpar.org)

briefly, it's a birth that trusts in physiology, like a normal birth it should be based on physiology and respect the cultural heritage of the woman giving birth. There is something very important here which it is important to highlight, which is the distinction between physiology and pathology in how we understand the pregnant and delivering body. In contrast with an approach founded on biomedicine which sees the body as something requiring intervention or to be "cured", a humanized approach focuses more on physiology and the equilibrium of the body during the care given to pregnant and delivering women<sup>2</sup>.

So, how are things in Portugal? Joanna gave a brief and very good description of what is happening in our country, but basically, this phrase sums it up, unfortunately: "it depends". Everyone knows this; I see someone grinning and smiling, because it's true. It's not very scientific to say this, but it is the actual truth. In Portugal if you get lucky and find a nice midwife or a nice doctor, you may have a wonderful birth in hospital or whatever place you choose. If you get unlucky and find someone that is not available to understand you as a person and listen to you, which is of course something that a professional care giver should really be doing, you will not be so lucky. In Portugal there is not much choice and unfortunately women are not the centre of the "operation".

We have seen many changes already, which is good. In the seven, almost eight, years since HumPar was founded, things have changed a lot in Portugal. A lot of associations have brought the issues into the public eye, there has been a lot of consciousness-raising from the professionals and from the public. And so it is also good to have a positive approach and see that things are changing. But the actual reality is that in 90% of the hospitals, or amongst 90% of the women who give birth, what happens is based on luck. There are a lot of complaints about obstetrics abuse; two years ago an association was created in Portugal to make denouncements of obstetric abuse public<sup>3</sup>. So, unfortunately, this is something very common. And we also see that there are many private hospitals providing birth services that could easily be orientated into something different like a birth centre or something, where the woman could have more freedom to move around during labour, and the professionals can work in a better way. But it seems, the profit incentive still predominates.

Homebirth in Portugal is this mysterious "undercover" thing that everybody knows is happening. Nobody knows how it is happening but it's there, and we all know it's there. In reality it is expensive because you have to pay for the midwife yourself, for proper care, because having a home birth is not like going into the jungle and giving birth on your own. This is metaphorically speaking of course, because the first time we started talking about homebirths in Portugal that was the image some of the doctors presented: "oh you want to be a savage and get out of the hospital and do things your way"! Of course it's not like that, you need a professional, and we all need to get paid - we all have our lives - and it is very expensive for a woman who has to pay a midwife out of her own pocket, because this support is not provided by the public health system. Plus there are not many midwives

---

<sup>2</sup> Marta Lima, HumPar, personal communication to the editors.

<sup>3</sup> [www.malmequer.org/products/historia-do-projecto/](http://www.malmequer.org/products/historia-do-projecto/)

available. I can count on the fingers of two hands, or maybe one, the number of professionals available in Portugal to provide homebirth support, which of course is not good for the professionals or for the women. There is no training for perinatal care out of the hospital and no training for attending homebirths at all, so midwives or specialised nurses are not trained here to attend homebirth.

And so you cannot have quality standards, you have no guidelines, no official guidelines telling professionals how to work, what to do based on medical evidence and good medical practice, and there are no regulations, which is obviously not good for any of those involved. The few midwives who work on homebirth in Portugal have no access to medication, which is also a problem. By medication we mean simple things that are absolutely necessary for a homebirth, in the case of an emergency. And there is also another thing, there is an issue related to the advice given to Portuguese midwives (*enfermeiras-especialistas* – nurse-specialists)<sup>4</sup> by the Board of Nurses (*Ordem dos Enfermeiros*)<sup>5</sup>. There are no indications that two midwives (*enfermeiras-especialistas* – nurse-specialists) are better than one in supporting delivery, but this is what is recommended. There are indications that the fewer people present at a birth, the better. Also the Board of Nurses has no protocols for homebirth; they use the same protocol used by the hospital when they need to attend a homebirth. So this is a brief description of what is happening in Portugal in relation to homebirth. I would like to hear the opinion of many of those in the audience who are quite acquainted with what I am talking about. I tried to be brief.

Then we have the media. Seven/eight years ago, when all these movements started the media were interested, they were asking “Who are these people? How did this come about? What are their expectations? Why is this happening? But today what we see is the media does not pay attention to the movement or to what is happening inside Portuguese society and they are always looking for negative stories and publicity. Of course we can relate this to the media crisis around the world. So we are living in a crisis, which I think is a very good thing, if I may say that, because we now have the opportunity to change things either in the healthcare system or in the economic system or the mentality of people, but the thing is today there is no objective information and every time something comes out in the news in Portugal about homebirth or humanized or physiological birth, the media likes to present these as “bad news” stories.

There has been no space for public debate, which I think would be very nice and we would all very much appreciate that. And what about women in Portugal? Well, if seven years ago a group of 20 or 30 women with their terrible stories actually got together through the internet it was because there was this enormous advance in communication that changed the world for everybody. Today they are not 20, they are probably 20,000 and

---

<sup>4</sup> There is no precise equivalent to the “direct entry” midwife in Portugal. Training involves a degree in nursing, followed by two years of professional nursing experience, then a further specialist course in obstetric nursing, hence the literal term “nurse-specialist” (*enfermeira-especialista*) is the most accurate technical term to describe these professionals in contemporary Portugal.

<sup>5</sup> This advice is in *Recomendação da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2012): Informação/Recomendações à Grávida/Casal Sobre o Local de Parto, Tipo de Parto e Nascimento dos Seus Filhos*, p.2. For more on the Board of Nurses in Portugal, see: [www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx)

they will become 20,000 more because women are starting to be aware that they need to be involved in the process of giving birth to their children, and of course they need more support. And that support has been coming from projects which have already been mentioned in other countries such as India, Nepal and Bangladesh. Of course we are in a first-world industrialised country, but the modus operandi of the work being done is exactly the same and so I think we need and really should have more support from the medical class, from the government, from the psychologists, from everyone involved and interested in making childbirth a better experience for everybody.

Of course this slows down the civic movement, because people have their own lives. It is always difficult to be everywhere at the same time and we are always the same faces, always the same people and we need more involvement from the public. We still don't know how to make this happen.

So briefly, our association started in 2006, with 90 members, we are now, eight years later, about 500 members. We had two congresses in 2006 and 2009, with key speakers and people that had never been to Portugal at the time. The 2006 congress in particular was very important, and we had the pleasure of people like Sheila Kitzinger<sup>6</sup> attending. So what can we do? The same as we've been doing since 2006: providing information, film screenings, participating in every project that we are invited to give our opinion, attending meetings, fairs, "women's encounters", talks at medical nursing faculties and participating in ENCA<sup>7</sup> which is the European network for childbirth associations such as HumPar.

We were asked to talk briefly about our future plans (Figure 13).

Figure 13: Future plans of HumPar



---

<sup>6</sup> See footnote 17, page 39

<sup>7</sup> The European Network of Childbirth Associations. [www.enca.info/index.php/iwrc](http://www.enca.info/index.php/iwrc).



These are only ideas, I am not going to go through them as they are not so important for the main theme of today, but there are still many mission statements from the start-up of our association that have not been achieved and we still want to achieve these and some new things that people have suggested.

So, to finish, because birth is a sexual, social, cultural and family event, Mary Zwart would like to say something briefly about this phrase, which is hers. She can just come up and present it.

*Mary Zwart* (Dutch midwife residing in Portugal): Thank you, I would like to represent the midwives working outside the hospital setting. We can see the rise in the number of women wanting to give birth at home. And if you see the difference between giving birth at home with the community involved, it is quite different to giving birth in a hospital setting. Once you already changed what is normal it is very difficult to change back. Generally speaking, if you just use the argument that homebirth is less expensive this is not persuasive to some pregnant women because they obviously want “the best” for their babies, not necessarily just the cheapest. You should say it in a different way, and say that homebirth is amazing and a wonderful experience, so stay at home. And the culture should change in Portugal towards giving birth outside the hospital setting because it is better for society and for bonding, which are so needed: love in the families, not expelled to a hospital setting. Now what I have to say, first of all is that we see that homebirth is increasing and that homebirth is in demand by women in Portugal. We would very much like to see homebirth integrated within the social care system and should not be paid for because it is for the benefit of the whole of the country.

*Maria Schouten*: Thank you very much to you both for this message. And it is true that there is a lack of public debate about this question; that is why we are here.

*Maria Schouten*: Now we have a presentation by Dr Cristina Teixeira – she has a lot of experience related to health, especially public and perinatal health, including teaching and practice. She is attached to the perinatal health unit at the Institute of Public Health in Porto and is also a teacher at the Polytechnic Institute in Bragança and is currently completing her doctoral thesis which relates to caesarean rates in northern Portugal.



---

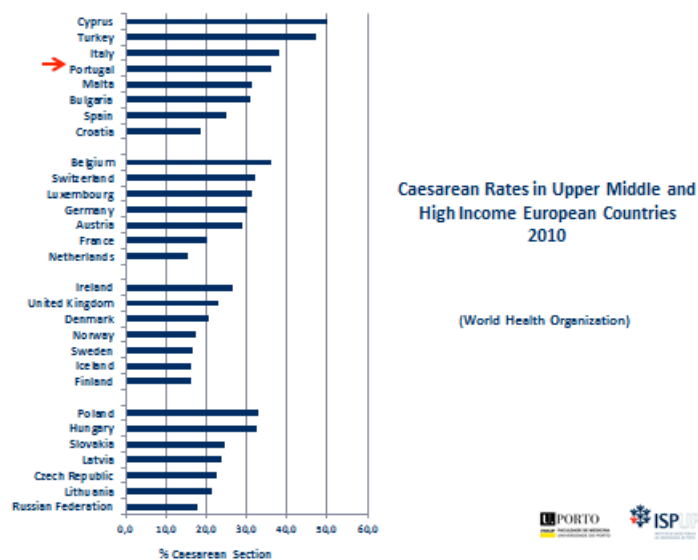
## Factors affecting caesarean rates: findings from a cohort in Northern Portugal

CRISTINA TEIXEIRA  
*University of Porto*

---

Good afternoon everyone, let me start by introducing my research work. I have an interest in obstetric interventions in Portugal and I am particularly interested in caesarean section (C-section) rates and their determinants. According to this graph (Figure 14) there is a marked variability in C-section rates across European countries. This variability is, of course, due to differences in obstetric care, but this graph shows an interesting geographical pattern. You see in the southern European countries we observe the highest C-section rates. This highlights two important aspects: on the one hand women's views and preferences regarding childbirth and on the other hand the views and preferences of obstetricians, the caregivers, with their perception of obstetric risk, convenience, fear of litigation, everything. We aimed to explore the question: why are caesarean rates so high in Portugal? Currently the prevalence of caesarean rates in Portugal is 36%. Why is it so high?

Figure 14: Caesarean Rates in Upper Middle and High Income European Countries 2010<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Based on WHO data: [data.euro.who.int/hfad](http://data.euro.who.int/hfad)

We addressed this question by using baseline data from a birth cohort “Generation 21”. Women delivering a live birth in five public hospitals in the north of Portugal were invited to participate in the cohort between April 2005 and August 2006. The final sample comprises almost 8,500 women. For our study we only considered women with a singleton pregnancy (8,351 women). This table (Figure 15) provides information about the distribution of women according to the labour onset and the mode of delivery and according to the hospital where delivery occurred.

Figure 15: Labour Onset and Mode of Delivery by Hospital

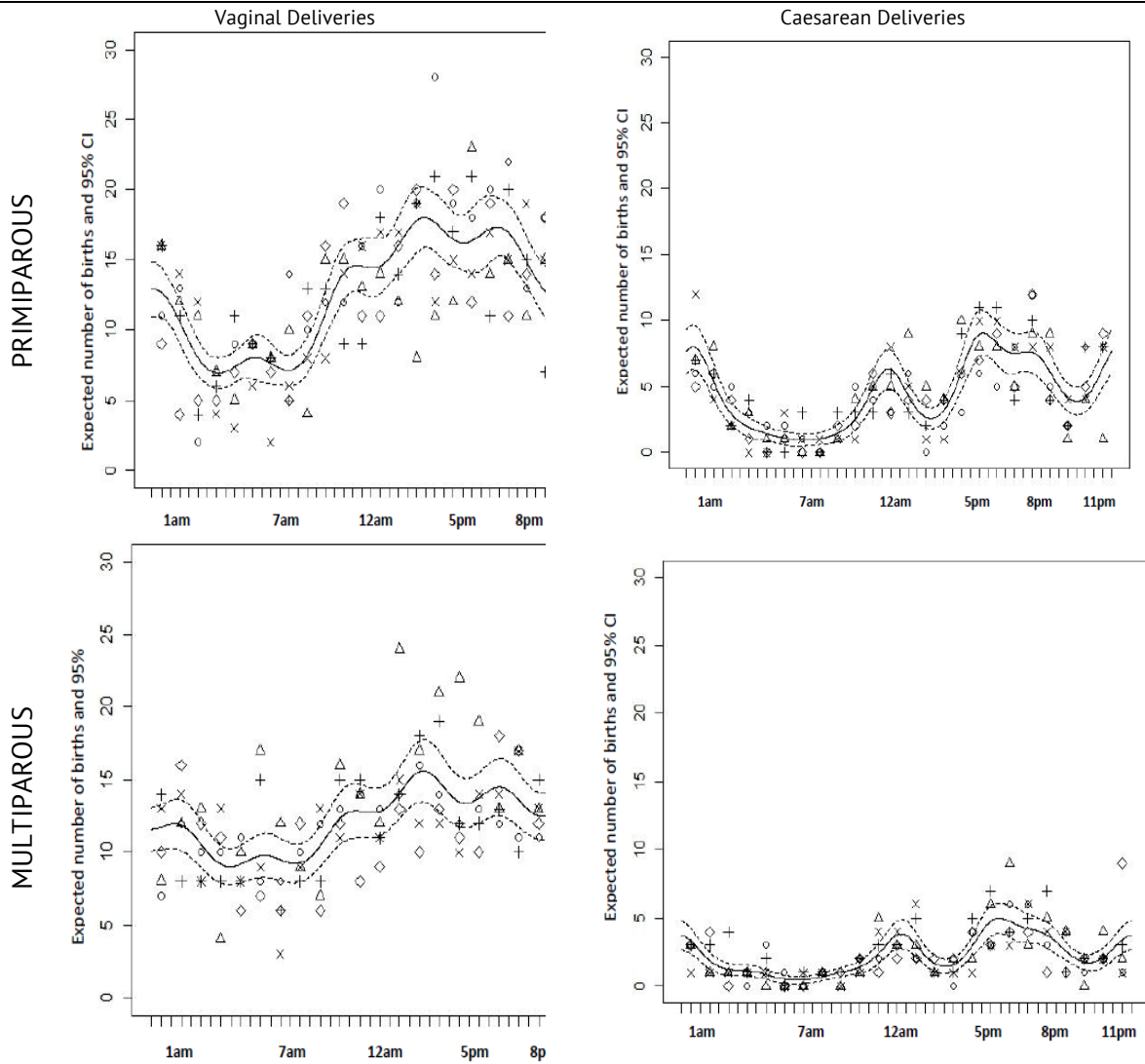
n (%)	All	According to the hospital					p-value
		1	2	3	4	5	
<b>All</b>	8351	1984	1404	884	2040	2039	
<b>Labor Onset</b>							
Spontaneous	5208 (62.4)	1223 (61.6)	1063 (75.7)	362 (41.0)	1303 (63.9)	1257 (61.6)	
Induced	2041 (24.4)	455 (22.9)	237 (16.9)	369 (41.7)	468 (22.9)	512 (25.1)	<0.001
Cesarean before labor	903 (10.8)	235 (11.8)	93 (6.6)	119 (13.5)	235 (11.5)	221 (10.8)	
Not classifiable	199 (2.4)	71 (3.6)	11 (0.8)	34 (3.8)	34 (1.7)	49 (2.4)	
<b>Mode of Delivery</b>							
Vaginal eutocic	4205 (50.4)	1032 (52.0)	748 (53.3)	379 (42.9)	1073 (52.6)	973 (47.7)	
Vaginal instrumental	1170 (14.0)	285 (14.4)	286 (20.4)	139 (15.8)	218 (10.7)	142 (11.8)	<0.001
Cesarean section	2976 (35.6)	667 (33.6)	370 (26.4)	366 (41.4)	749 (36.7)	824 (40.4)	



As you see there is a big difference in the proportion of induced labour by hospital, varying from between 17% and 42%, and the C-section rate varied in total between 26% and 41%. Caesarean section before labour onset varied between 7% and almost 14%. Well, caesarean section is a key procedure, when the timing of delivery is important. So we conducted an analysis to understand the hourly distribution of births, but including only births after spontaneous labour onset (Figure 16).

From the over 5000 women with spontaneous labour onset, 22% had a caesarean section and in the following graphs you see the distribution of births according to the hour of the day and the mode of delivery, both among prima-parae and multi-parae women. As you see there is a clear deficit of nocturnal births, but caesarean section presents an interesting pattern. Between 12 o'clock midday and 2pm there is a sudden decrease followed by an upward trend, in surgical deliveries. Well, we cannot say that the working activity in hospitals influences the rates but it at least influences the time when caesarean section is performed.

Figure 16: Hourly Distribution of Births Following Spontaneous Labour Onset



Another issue is the risk of caesarean section after induced labour. According to the American Congress of Obstetricians and Gynaecologists and the Royal College of Obstetrics and Gynaecologists there are a set of indications for labour induction, as you see in this slide (Figure 17).

Figure 17: ACOG and RCOG Guidelines for induced labour

**ACOG and RCOG GUIDELINES (1999 – 2009)**

- Abruptio placentae
- Chorioamnionitis
- Fetal demise
- Gestational hypertension
- Preeclampsia, eclampsia
- Premature rupture of membranes
- Postterm pregnancy
- Macrosomia
- Maternal medical conditions (eg, diabetes mellitus, renal disease, chronic pulmonary disease, chronic hypertension, antiphospholipid syndrome)
- Fetal compromise (eg, severe fetal growth restriction, isoimmunization, oligohydramnios)



Source: www.acog.org and www.rcog.org.uk

Well, there are differences in the distribution of women according to a set of maternal characteristics and by the hospital where delivery occurred. In this table we only included women with induced labour. As you see, the proportion of women with no indication for induced labour, among women with labour induction varied across hospitals between 20% and 45% (Figure 18).

Figure 18: Mode of delivery of women who underwent induction, by hospital

HOSPITAL	1 n=455	2 n=237	3 n=369	4 n=468	5 n=512	p-value
	N (%) or mean ± standard deviation					
<b>Maternal age (years)</b>	29.4±5.86	30.5±5.44	30.3±4.98	29.6±4.81	28.9±5.59	<0.001
<b>Education level (years)</b>						
≤6	162 (35.9)	68 (28.8)	77 (20.9)	101 (21.7)	147 (28.9)	<0.001
7 – 9	114 (25.3)	51 (21.6)	86 (23.3)	97 (20.8)	181 (35.6)	
10 – 12	83 (18.4)	49 (20.8)	100 (27.1)	125 (26.8)	103 (20.2)	
> 12	92 (20.4)	68 (28.8)	106 (28.7)	143 (30.7)	78 (15.3)	
<b>Parity and previous CS</b>						
Primiparous	275 (60.4)	142 (59.9)	243 (65.9)	316 (67.5)	329 (64.3)	0.142
Multiparous no CS	137 (30.1)	74 (31.2)	90 (24.4)	105 (22.4)	126 (24.6)	
Multiparous previous CS	43 (9.5)	21 (8.9)	36 (9.8)	47 (10.1)	57 (11.1)	
<b>Body Mass Index (Kg/m<sup>2</sup>)</b>						
<25.0	195 (59.2)	147 (63.6)	263 (73.8)	304 (67.1)	306 (62.6)	0.010
25.0 – 29.9	90 (27.4)	58 (25.1)	65 (18.3)	101 (22.3)	130 (26.6)	
≥30	44 (13.4)	26 (11.3)	28 (7.9)	48 (10.6)	53 (10.8)	

<b>Antenatal care</b>						
Only public services	328 (73.1)	146 (66.4)	184 (50.1)	209 (45.0)	321 (70.1)	
At least 1 visit to private services	121 (26.9)	74 (33.6)	183 (49.9)	255 (55.0)	137 (29.9)	<0.001
<b>Indications for induction*</b>						
None	133 (29.2)	48 (20.3)	154 (41.7)	198 (42.3)	233 (45.5)	
One	199 (43.7)	124 (52.3)	161 (43.6)	188 (40.2)	185 (36.2)	<0.001
Two or more	120 (26.4)	59 (24.9)	49 (13.3)	74 (15.8)	83 (16.2)	
No information (%)	0.7	2.5	1.4	1.7	2.1	
<b>Mode of delivery</b>						
Caesarean	161 (35.4)	77 (32.5)	150 (40.7)	214 (45.7)	248 (48.4)	
Vaginal	294 (64.6)	160 (67.5)	219 (59.3)	254 (54.3)	264 (51.6)	<0.001

We weighted the association between the hospital where delivery occurred and surgical delivery after induced labour. As you see in this table (Figure 19), there were stronger differences between hospitals in the risk of caesarean section after labour induction, but these differences are stronger among women induced with no indication for induction.<sup>2</sup>

Figure 19: Association between the hospital and surgical delivery after induced labour

Association between the hospital and surgical delivery after induced labour

Hospital	with no indication for induction		with at least one indication for induction	
	% Caesarean	PR* (95% CI)	% Caesarean	PR* (95% CI)
1	21.8	reference	41.4	reference
2	41.7	1.65 (1.07–2.55)	30.6	0.82 (0.64–1.05)
3	34.4	1.37 (0.94–2.00)	44.8	1.12 (0.92–1.36)
4	39.4	1.59 (1.12–2.27)	51.1	1.22 (1.03–1.46)
5	46.8	1.87 (1.33–2.62)	50.4	1.27 (1.06–1.51)
	p<0.001		p<0.001	

PR, prevalence ratio  
\* adjusted for maternal age, BMI, parity and previous caesarean

<sup>2</sup> For more details on these findings see [www.biomedcentral.com/1756-0500/6/214](http://www.biomedcentral.com/1756-0500/6/214), accessed 28 January 2014.


European research has shown differences in caesarean section according to the country of origin. We classified women in our study into four groups according to the country of origin: Portuguese, other Europeans, African and Brazilian women. As you know in Portugal, immigration is related to former colonial ties. So the majority of immigrant women are African women from Portuguese-speaking countries, such as Mozambique or Angola, and Brazilian women. We decided to evaluate the association between caesarean section and the country of origin of these women. As you see in this table (Figure 20), Brazilian women are more likely to have a caesarean section. This is true for primiparous Brazilian women, as well as for multi-parous women and both for caesarean before labour and during labour.

Figure 20: Risk of caesarean-section according to country of birth

**Risk of caesarean-section according to the country of birth.**

	All PR* (95% CI)	Parity		Timing of caesarean section	
		Primiparous PR* (95% CI)	Multiparous PR* (95% CI)	Before labour PR* (95% CI)	During labour PR* (95% CI)
Portuguese	reference	reference	reference	reference	reference
Non-Portuguese	0.91 (0.69 – 1.22)	0.84 (0.58 – 1.22)	1.15 (0.79 – 1.66)	0.84 (0.41 – 1.75)	0.95 (0.67 – 1.33)
European					
African	1.02 (0.79 – 1.32)	0.97 (0.66 – 1.44)	1.09 (0.79 – 1.51)	1.13 (0.68 – 1.89)	0.98 (0.68 – 1.41)
Brazilian	1.26 (1.08 – 1.47)	1.19 (0.97 – 1.47)	1.39 (1.12 – 1.73)	1.43 (0.99 – 2.06)	1.30 (1.07 – 1.58)

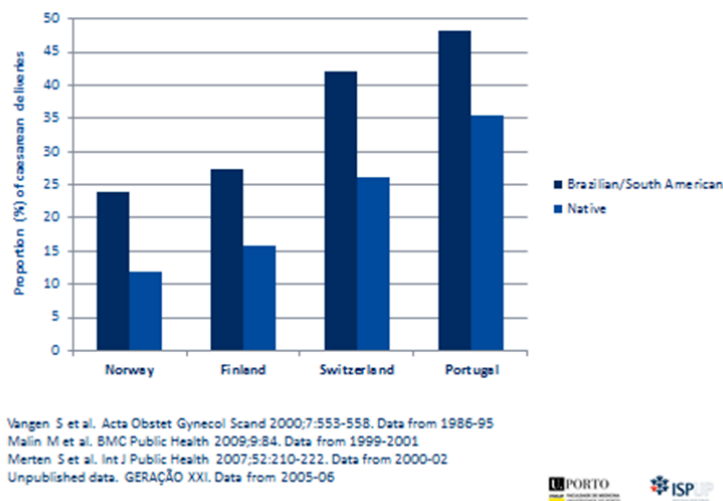
PR, Prevalence Ratio; CI, Confidence Interval  
 \*Adjusted for maternal age, parity and previous c-section and fetal presentation.  
 † Adjusted for maternal age and fetal presentation  
 ‡ Adjusted for maternal age, parity and previous caesarean section and fetal presentation



Compared with other studies from other European countries, Brazilian and/or other South American women present a higher frequency of caesarean section whatever the host country. But as you see in this graph (Figure 21) this prevalence of C-section among immigrant Brazilian women depends on the caesarean section rate among women in their host country.



Figure 21: C-section rates amongst immigrant Brazilian/South American women and non-immigrant women in four European countries



What does this mean? Well this means that there is an interplay between women, their cultural views regarding childbirth and the obstetrician or the hospital. And as you see, according our findings, it is interesting to see this interplay because country of origin, the context of hospital practice, and institutional protocols drive caesarean section in Portugal. Here I tried to give an overview of childbirth in the Portuguese context and if you have any answers I will do my best to answer them.

### Plenary Discussion

*Maria Schouten:* Thank you. This is about real medicalization. Before the break we heard about “the other side”, the de-medicalization, and it is interesting to compare this. I also have a question, I was remembering what Soo said about two hospitals not far away from each other in the United Kingdom which had very different rates of caesareans. Perhaps there is also a relationship with the type of patient and their wishes. And perhaps what the patient – I say patient, woman – wants is not always taken into account. This is a question which we can save for the debate. Now we have questions for Cristina and Rita, the President of HumPar.

*Soo Downe:* Cristina, going back to your data. I think the primiparae data is not significant statistically, is it? I’m wondering if it’s because those women have primary C-sections, they’ve come from Brazil with primary sections, so this is in answer to the choice question really. As women have come from Brazil with prior sections they are more likely to have secondary sections. Do you think this might be a causal factor here?

*Cristina Teixeira:* There are many factors influencing these results. First, these Brazilian women are recent immigrants to Portugal so probably the first child was born in

Brazil, so I don't know, but it's probable that they bring their perception of obstetric care from the Brazilian context. Probably the first experience of childbirth is important.

*Participant:* I would like to follow up on Soo's question because what is the attitude in Portuguese hospitals to vaginal birth following caesarean section (VBAC)? Often if a woman has C-section then the following births will also be C-sections. Also there is often an attitude amongst obstetricians and midwives that this is necessary: "once caesarean section always caesarean section" they say. So I want to know what are the policies in Portuguese hospitals?

*Cristina Teixeira:* Well among these women, in this sample, out of women with a previous C-section, 70% had another C-section. I think it's the current policy in the Portuguese system.

*Joanna White:* Is there anyone here from the Portuguese medical sector- obstetricians or midwives – who would like to comment on this based from their experiences. Is it policy in Portuguese hospitals to conduct C-sections if the first delivery was a C-section?

*Participant:* I have a friend and her first delivery was a caesarean, then she did not want to have one for the second baby but she had to. So for the third child there was no doctor available for a normal delivery so she had to do it at home, and that was, well she tried every doctor and none of them agreed to support a normal delivery. That's just an example.

*Participant:* Do I understand the data correctly, that most women are in two kinds of care: public and private care? So they pay fees for private care?

*Cristina Teixeira:* No. In this sample, all women were recruited from public hospitals. Childbirth services free of charge. Regarding prenatal care in Portugal, in this context, almost 40% of women are followed during pregnancy by private physicians. For childbirth here, all deliveries were in public hospitals.

*Participant:* I am just helping this lady next to me as she says she does not speak English well. She works in Garcia de Horta hospital in Almada, she is a midwife there, and it is not current practice if you first have a C-section to have a second one. So like it was said, "you can be lucky". In some hospitals you get doctors who will help you to have a natural birth and in others you won't, so I think it's luck. She had a C-section first and then a natural birth so it really depends on what you get.

*Participant:* The policies are changing, and things have been changing since 2005-2006, I think, towards the empowerment of midwives, so it is probably one of the reasons things are changing. My question is to the previous presenter. I must say that I am a little bit sceptical about homebirth. I was in the UK some years ago and what I saw was that the movements towards normal birth are not necessarily towards homebirth, they are towards

birth centres<sup>3</sup> and non-hospital birth but not birth at home. What I missed in the previous presentations was prenatal care, as I think the main way to change mentalities is with prenatal care. And how about the referral system with homebirth? Because I think this is one of the reasons you hear in the media about the bad situation and so. The government does not pay for homebirth so what happens if a woman needs to go to hospital in an emergency? And what about the time it takes her to get there? The birth centres I visited in the UK had a very strong referral system – they only had low-risk women, of course, but even so they only needed 10 or 15 minutes to transfer if there was an emergency. So I think these are the main issue: that the movement towards normal birth and homebirth must ensure with the government that referral systems are in place.

*Rita Correia:* First of all my presentation was not just about homebirth. It is an issue and it was presented, I hope – and if it was not I apologise - not as an alternative but as something we should make available. It is something which should be available as a matter of choice and to ensure rights for women. It does not mean that all women would prefer that. People have the right to be skeptical but it also has to do with a change in mentality. It is impossible in any scenario to guarantee a risk-free birth – you can never say that. And it's a question of changing mentalities so that the women who want to give birth at home should be listened to and they need to be acknowledged as reasonable women who are not going to endanger their child's life.

And of course it is very important to have referral systems, which we currently do not have at all. Not only referral systems but protocols available which professionals should use like they do in hospital. So of course it is very important. So one thing is fighting for the right to have a normal birth in Portugal.

Another linked thing: the right for a woman to freely choose where she gives birth to her child, which is something which the WHO encourages.

*Participant:* I am really happy to hear someone talking about prenatal care because usually we just focus on birth, but in fact birth starts in prenatal care. In my pregnancy I had prenatal care just with a midwife, and it is not easy to do that in Portugal. I know many, many midwives that do not feel safe to do pre-natal care. They do not feel prepared to do it. And I can say that 98% of women have prenatal care with physicians, and this is not necessary. During the coffee break I was talking to some midwives (nurse-specialists<sup>4</sup>) and I think we should think about changing the system of training. I love all of you - because they are rare, in fact, those who are midwives in their heart and soul! And most of the midwives (nurse-specialists), they really like the medical model. This is a very important issue. We need direct entry, we need to change what we have in Portugal, because we need to change prenatal care, because right now prenatal care is really interventionist. I agree it is not about homebirth, but it is related to homebirth because women who want to choose a homebirth

---

<sup>3</sup> See footnote 2, page 14.

<sup>4</sup> See footnote 4, page 47.

need to be protected and we need guidelines and safety for homebirth in Portugal. But maybe we should start by looking at prenatal care because this care hands on these kinds of features, even if women go to public hospitals. This is my opinion.

*Joanna White:* Can I just add that in my study I have been interviewing midwives and when you say most of them like intervention, well I wouldn't agree with that. So far, when I've asked midwives about their definition of normal birth, for example, they ask "do you want my interpretation of normal birth, or the interpretation applied where I am working and what I have to do?" I think that's a very important thing: the role of the institution. Midwives may have their own personal view and perhaps would love to engage in a different way but it's a question of whether they are able to do that or not. So I'm a bit sceptical about generalizing about all midwives.

*Participant* (translating for another): She [referring to another participant] is one of the proponents for the rights of natural birth – normal birth, sorry. She says that one of the difficulties they engage with is who has the right to make the decision concerning C-section. Can the woman make this decision or is it up to the doctor? So it's like the woman is never entitled to her own views. Maybe she wants a natural birth but then the doctors, the nurses, they lead her into choosing a C-section, for lots of different reasons, like the need to make sure the baby is born alive ("for the baby's own good"). It's about culture. The doctor always has the power to decide what is the best delivery for that woman. And C-section is the most likely outcome. This is about culture, not choice. The midwife has a different point of view. But the person in charge of the birth is always a doctor so in the end his/her word is more powerful than that of the midwives. And the midwives need to have jobs, and if it is a C-section they won't have jobs because in the end it's the doctor who does it. The thing is, it's not when you are in labour, it is when you are pregnant that these things start. She is Brazilian, but lives here and is talking about Portugal.

*Soo Downe:* It's great to have all these conversations – it's fantastic! I just wanted to respond to a few points you made. Firstly you challenged the natural birth movement to get referral right. I challenge the government to get referral right. Because it's not up to the humanization of birth movement to get this right for the safety of mothers and babies, it's up to the government. But that will come as a result of pressure from women. The second thing I would say is that experience in the UK, in America and Australia is that where you make homebirth difficult women will make that choice anyway, and there will be an increase in death. So not having the homebirth available - and it needs to be made available safely – is dangerous. Thirdly, regarding prenatal education, I do agree, but again we have a problem sometimes in the UK. I am going to use the National Childbirth Trust (NCT) as an example here<sup>5</sup> although I don't want to stereotype it: women get fantastically good education about normal birth, they hit the maternity units and then things happen to them

---

<sup>5</sup> The National Childbirth Trust is the leading charity offering information and support in pregnancy, childbirth and early parenthood in the UK. Their activities include providing antenatal and postnatal courses. See [www.nct.org.uk](http://www.nct.org.uk)

which they do not expect, and they are profoundly distressed because of the difference between their expectation and their experience.

So one of the reasons that we started the campaign for normal birth in the UK was that we realized that women were making sensible choices for elective caesarean because we do birth so badly. Why would they expose themselves to the kind of birth we do? Instead they chose C-section. So our idea in starting the campaign was to get midwives to deliver proper physiological labour and birth, then when women are educated about physiological labour and birth that is what we will get, rather than a dissonance between what they are taught and what they get.

And one very final point – an upbeat point as I think some of this can be quite negative – is, I don't know if you know but in Brazil now in the last couple of years the Ministry of Health has set up birth centres all across Brazil, across the whole country<sup>6</sup>. It's a massive movement in the Ministry of Health to get birth centres started – and is opposed by the obstetricians it must be said – but the Ministry is keen to normalize birth. So there is always hope.

*Maria Schouten:* Thank you all. This debate could continue for a while, and will no doubt continue in the future, but now we have another presentation which promises to be very interesting too and will complement what has been discussed up to now. I would like to introduce Vítor Varela. He is the President of the College of Maternal Health and Obstetric Nursing and is also involved in the movement for the Right to Normal Birth (Pelo Direito ao Parto Normal), and he is monitoring the only active water birth unit in a public hospital in Portugal, which is in Setúbal.

---

<sup>6</sup> For more information see the website of the Brazilian Ministry of Health: [portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/4082](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/4082) (Portuguese only).



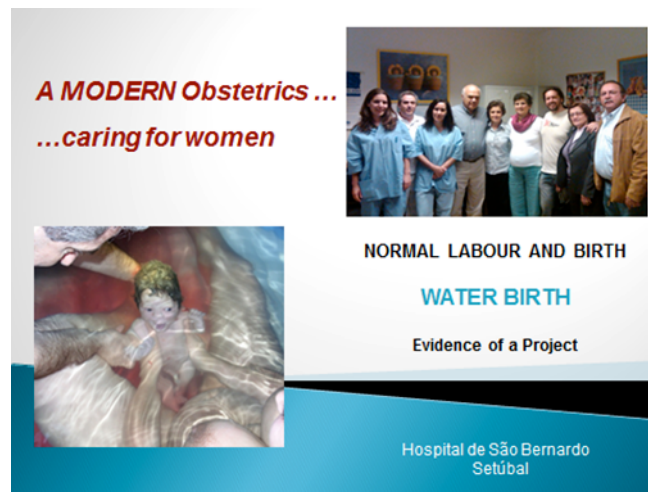
---

## Normal Birth in Portugal: the waterbirth experience in Hospital de São Bernardo, Setúbal

VÍTOR VARELA

*Hospital de São Bernardo, Setúbal*

---



Ok, firstly my first language is Portuguese, not English. I only speak English in these kinds of meetings! Dear colleagues, friends, members of the panel, I am delighted to have been invited by the COST Management Committee in Portugal, and thanks to Joanna White, Maria Johanna Schouten and Piedade Vaz for the opportunity to participate in this seminar. My expertise is in sexual and reproductive health and human rights. I work for the common interests of midwives and our target group: mothers, fathers and babies. My work involves promoting the visibility of midwives, and empowering midwives. This includes influencing education, developing leadership, collaboration, developing a shared philosophy and commitment, changing government policy and improving local knowledge based on evidence from other countries. This seminar is a good example of how we can work and communicate to improve global knowledge in the common interest of health professionals and others, and of course particularly for midwives.

All midwives can contribute to increasing levels of trust in service provision, through the development of robust interpersonal networks, motivated and dedicated communities of

practice based on a general feeling of respect, mutual understanding between people, and creating a sense of participation. Midwife practice is inevitably woman-centred, but a family-focused approach can not only impact on the woman but also on her baby, partner and other family members. Midwives are the lead professionals in caring and supporting delivering woman who are deemed low risk, but are also involved in the care of women who are deemed high risk. There is good research evidence that shows that midwifery care has an important impact on a woman and her family's health and well-being. The continuum of care, as well as the trust, advice and support provided by midwives have a positive impact; the public health role of midwives has a long-lasting benefit. We need to work at the professional, political, social and economic levels because the global midwifery community has developed good knowledge of what works, what does not work, of what we need to do, of what we should not do.

So in countries such as Portugal we can increase the value of midwifery care to women, babies and families, in order to improve the health and wellbeing of our society. First I will show you a short film, about three minutes long, about our experiences in our hospital.

#### **FILM. Screening of video celebrating the first 25 waterbirths at Hospital de São Bernardo<sup>1</sup>**

I have been asked to present our methodology and our experiences. We have a door, an open door, an opportunity to implement something different in Portugal. We now have five hospitals such as ours, carrying out the same project, but we face some challenges with the kind of health system we are dealing with. Organisational complexity, task specialisation, scarce or too little coordination among care levels, staff performing repetitive tasks, inefficiency, little or no ability to adapt services to user needs, an egocentric culture with a totally outdated biomedical model, where users do not have an active role in relation to the care and treatment provided to them, and also the issue of expectations - this is our reality. So we need to make a paradigm shift in the Portuguese National Health System<sup>2</sup>, with a strong involvement from professionals, including midwives, to enable the system to introduce quality in care and services which are always focused on users, not forgetting the continuity and coordination of care between different levels. We need to create a reasonable, consistent, innovative, transparent system which is open to users and providers. Only an obstetric team which is constantly looking for innovative and alternative improvements can respond to the sophisticated requirements of pregnant women, women in labour and new mothers. A modern obstetric team must be flexible and available, show

---

<sup>1</sup> The video screened at the seminar is not publicly available, but a short report on the first 25 waterbirth at Hospital de São Bernardo (in Portuguese) can be found at: [sicnoticias.sapo.pt/vida/2012/12/01/hospital-sao-bernardo-e-o-unico-na-peninsula-iberica-onde-se-realizam-partos-na-agua](http://sicnoticias.sapo.pt/vida/2012/12/01/hospital-sao-bernardo-e-o-unico-na-peninsula-iberica-onde-se-realizam-partos-na-agua).

<sup>2</sup> The public Portuguese Health System or SNS (Serviço Nacional de Saúde), developed on the model of the NHS in the UK, was introduced in 1979.



kindness and always be ready to satisfy women and couples' desires. Excellence in care-giving to pregnant women and mothers is our team's priority and "to be different or not to be at all" is our motto.

The current vertical structure should be transformed to a horizontal one where each team member feels responsible for the progress of the work in the delivery room and the overall service. All team members must be ready to devote themselves to their work with vigour and enthusiasm because it is the contribution of each one that determines the quality of work and the reputation of the service. Of course, this is nothing new. To make our services more attractive, as well as specialised and competent, we had to rediscover new market opportunities. Equally important was the development of the professional relationship with pregnant women and couples, mothers and babies, and also the development of communication skills not only for communicating with women but also within teams. We have doctors, physicians in our hospital too, and need to make the service together with them.

The work done in the delivery room and the overall service should be satisfactory, including the hospital stay. Nowadays women want their pregnancy and childbirth experience to be consensual and participatory, and that is why they choose a service that allows them to have the kind of experiences we offer. The possibility of giving birth in water is part of a broader concept. Normal, natural, childbirth has objectives, including the absolute safety of the newborn, while also offering parents a unique experience. From our experience water immersion during labour and birth brings benefits. Our project began in 2009, and was first implemented in 2010 and we have a very rich data sample from the short period we have been operating so far (Figure 22). During the whole of 2010 we were contacted 72 times and so far, in the first two months of this year we were contacted 73 times. You can see that we had 12 immersions in 2010 and now we have already had six immersions in the past two months; six normal births, with five water births and one immersion<sup>3</sup>. You see the difference. All couples need a hospital which offers this kind of service and has this philosophy. They want to have their baby in a place like this. You can see that in total we have had 391 initial enquiries, 364 interviews. We have had a total of 71 immersions, of these 61 (85.9%) were normal births, 31 were water births and 30 immersion only during labour, and 10 (14.1%) were instrumental deliveries or C- section. We can celebrate these outcomes.

---

<sup>3</sup> "Immersion" in this context refers to immersion in water during labour but delivery out of the water.

Figure 22: Summary data on the waterbirth project, Hospital de São Bernardo 2010-Feb 2013

*A MODERN Obstetrics ...  
...caring for women*

**WATER IMMERSION DURING LABOUR AND BIRTH  
BENEFITS OF AN EXPERIENCE**

	2010	2011	2012	2013
Contacts	72	103	143	73
Interviews	61	103	143	57
Immersion	12	17	36	6
Births	12 normal births 02 water births 10 only immersion	15 normal births 09 water births 06 only immersion	28 normal births 15 water births 13 only immersion	06 normal births 05 water births 01 only immersion
	00 Instrumental deliveries or CS	02 Instrumental deliveries or CS	09 Instrumental deliveries or CS	00 Instrumental deliveries or CS
	Epidural after immersion	1	0	1

*Participant:* What explains the difference between the interviews and the number of deliveries in the unit?

*Vitor Varela:* We follow a protocol in the hospital, because it would be very problematic if we had a problem; they would close the project. Because of this our protocol is very, very risk-sensitive. Any woman or couple who is interested in a water birth has to come to the hospital and have an interview with the midwife and the doctor, and if they do not fit our criteria they are not allowed to participate in this project.

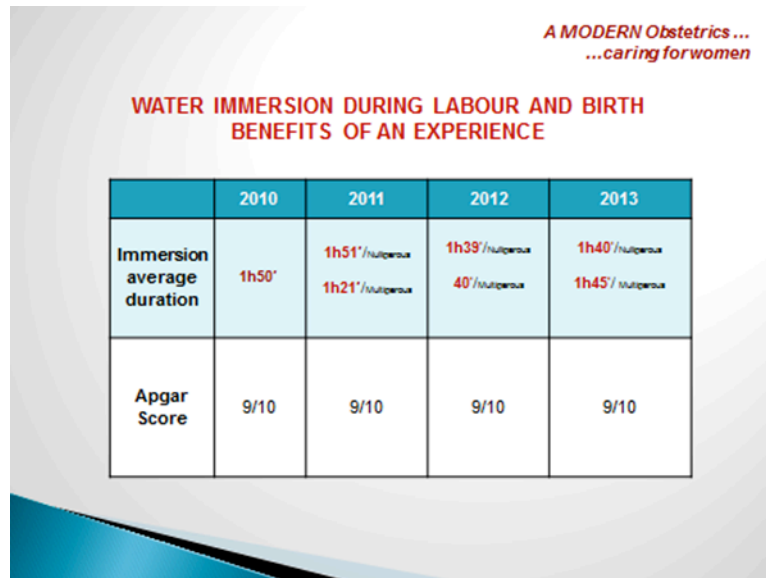
*Participant:* Is the service only available to women in Setubál or women from elsewhere?

*Interruptions – inaudible*

*Vitor Varela:* Women can come from Porto, Faro and Europe! (laughter).

[Continuation of presentation] Our clients have included women who have had C-sections and afterwards had normal birth. And you can see the data regarding the average immersion duration (Figure 23). Now this year (up until February 2013) we had six ladies. What did we do so far? We worked on the promotion of health information and education, the organisation and management of effective care-giving, marketing, increasing our visibility, promoting a change of attitude, increasing our adaptive capacity, and the promotion of health care adapted to the situation/problem presented by individual pregnant women, women in labour and new mothers. Informed choice is one of our criteria. We are constantly seeking the improvement of the quality of care offered (our aim is individual-based care) and our overall performance. We believe in a pro-active change in the context of natural birth, and are aiming for personalised and participative childbirth without intervention and in a pleasant environment. Hospital safety, normal and physiological processes are all respected, and women's decision-making should be based on the best information.

Figure 23: Average immersion duration and Apgar score at Hospital de São Bernardo



Another aim is to develop a consensual document about evidence-based care in labour and birth and build support for normal birth among women and the media in Portugal. This includes work and organisational strategies, the inclusion of a birthplan, preparing a mother for delivery, providing birth setting comfort, the sensitization of midwives and obstetricians and ensuring the correct use of the partogram as a work tool. One of our strategies includes the authorisation of food intake during labour - WHO recommends no restrictions (WHO, 2006<sup>4</sup>)- and it took two years to resolve this problem in our public hospital - two years! It is very difficult to resolve all the challenges we face, because as has been said we are operating in a system which “problematizes” delivery. Our strategy includes the evaluation of foetal well-being, intermittent foetal heart auscultation, pharmacological and non-pharmacological pain relief techniques, allowing mobility and upright posture during labour (we promote women’s decision about the most comfortable birth position), the use of a birth ball, the use of water (shower, immersion, water births), perineal care, physiological care during the third stage, and the baby always with mother, and very importantly, one-to-one care and support - my friends, my colleagues, this last one is so important!

Thank you very much.

<sup>4</sup> World Health Organization 2006. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf)

Figure 24: Photograph of mother and newborn following waterbirth at Hospital de São Bernardo



Fonte: Hospital de São Bernardo. Copyrighted image.

Image reproduced with kind permission of the hospital.

## Plenary Discussion

*Joanna White:* Thank you Vitor. This project is quite unique in Portugal at the moment. It seems we have a lot of questions.

*Participant:* My name is Cátia – I am a sociologist and a doula so my question will be about both these areas. About the figures from the Hospital of São Bernardo, I was thinking about one of the possible causes of the difference between over 300 introductory interviews and only 71 deliveries or “immersions”. It could be because the pregnant woman or couple are sometimes far away from the hospital and because we live in a culture of fear and don’t believe in the ability of the woman to give birth naturally, so when she feels the first signs of labour she freaks out and goes to another hospital. A pregnant woman goes to a hospital in Lisbon, for example, and maybe she arrives there and receives an intervention such as the rupturing of the membranes, and so by the time she arrives at your hospital then it is already too late to have the natural birth and the immersion she wants. And I also wanted to ask if there could be a recommendation for the pregnant woman to have a doula, if that could help so that she does not arrive too late at your hospital.

*Vitor Varela:* Of course we have doulas in our methodology, and I see one of them here. There are doulas within our service. It is not a problem of midwives for us, it is a

human problem. If a woman wants a doula then she can include her, but in our regulations the father then has to leave the room. We have this problem. You must understand that these decisions are not just made by me or the midwives- it's the team: doctors and midwives. We face a lot of challenges in relation to this issue. Previously we had no doulas in our delivery room; now we have them. It takes time for things to change. You understand Portuguese culture is very different from Anglo-Saxon and Nordic culture – we have a culture in which there is very close relationship with the family and so the father is very important.

*Participant:* The law says one person can be present, it does not have to be the father.

*Vitor Varela:* Yes, but who chooses this person? It is the woman, of course.

*Rita Correia:* I would like to ask a personal question- I'm not representing anyone – not HumPar – only myself, here. I think it's very good what your hospital has been doing; I think we need good projects. My doubts are to do with the kind of high selection procedure you use on women. I will not judge the way you handle the project; we need this kind of project – pilot projects. We need people like you who are involved and engaged like you to change the situation. That to me personally – Rita – is wonderful, and we should have a lot of those.

*Vitor Varela:* We already have projects in five more hospitals in Portugal.

*Rita Correia:* My question is: aren't you creating something that is not real? Because it does not represent the real population – it is so risk-controlled, it is so controlled, that it does not reflect reality. So of course you get good outcomes, and that is good for the project, and for funding future projects because we must be pragmatic and things need to start changing, so we need good outcomes, so that governments and people who are willing to invest money are not so afraid of doing so, but are you not creating something that outside of that controlled model is not going to work in the same way?

*Vitor Varela:* Our contribution is to provide knowledge, to increase the status of women and enable them to participate in decision-making that affects their lives and their own delivery. This is our thing.

*Participant:* But if it is only one woman out of 300...

*Vitor Varela:* You must understand that we can replicate this process. We have waterbirths in Madeira nowadays; we trained our colleagues in Madeira last November. Now we have five hospitals running this project – we wanted to replicate it so we invited them to participate. It is very important for us to collaborate.

*Participant:* Can you then explain your risk selection process – how come you only came to 20% from the original women who were interviewed?

*Vitor Varela:* I must tell you two things. Firstly women must have a normal pregnancy, secondly we need to have preparation for the delivery: antenatal preparation.

*Participant:* So that's what excludes some couples, whether they do the preparation or not?

*Vitor Varela:* Yes, in our project the preparation is with midwives – the couples must participate in a preparation process led by midwives. If we have preparation without midwives then we have problems with our procedure.

*Participant:* I have supported ten couples that gave birth at the Setúbal hospital, and I am very confused about what I am hearing. Waterbirth is one of my passions and I organized the first lecture with Cornelia Enning<sup>5</sup> on waterbirth in Portugal in 2008. Maybe one of the reasons for the drop-off in figures – I don't know if it is still the case, but at least some months ago it was like that – is that couples have to pay for antenatal classes for childbirth in water. I receive many messages on my webpage from couples asking me if the opinion of Bionascimento<sup>6</sup> is that they need that kind of training. And one of the other places which offers those kind of childbirth classes in Carcavelos is not run by a midwife, is it?

*Vitor Varela:* No comment.

*Participant:* OK. I understand.

*Joanna White:* Every time someone is trying to respond to a question could everybody please respect them and let them finish. I feel that sometimes we are getting questions jumping out and I don't know if Vitor managed to finish the point he was trying to make just now, so can we do things a bit more systematically?

*Vitor Varela:* I must say that I think midwives are fundamental. To assure that all people have access to the best reproductive healthcare: birth control, safe abortions, antenatal care, birth and postnatal care.

In my opinion it is necessary for midwives to have an active participation in all discussions and activities related to improving the situation. First of all we have people present today here who chose our place to give birth. Some of them said to me that they did not want to give birth in their hometown because instead they wanted to participate in our project and follow our philosophy and methodology. So they requested to give birth in Setúbal. It is true, our protocol is very controlled. But many choose our system – and some of the people present here today delivered with us.

*Participant:* That is not the question. In fact, the hospital we have in Setúbal is the best hospital we have right now for natural birth. But considering the evidence that we have about normal pregnancy, the question is: why do so many of the women who are interviewed not continue the process, because for sure your guidelines about risk control are not different from evidence-based guidelines. Are they? No?

*Vitor Varela:* No. We have here some people who had antenatal classes for our project.

*Participant:* My name is Manuela Neves. I am a certified Lamaze childbirth educator. I have been preparing couples for nine years now: waterbirths, non-waterbirths. I have trained with Aquanatal International so I have been doing this for a long, long time. And honestly I

---

<sup>5</sup> Cornelia Enning is a German midwife specializing in home waterbirths, waterbirth obstetrics and swimming for babies. She has attended waterbirths and homebirths since 1975. See [www.midwiferytoday.com/international/germany.asp](http://www.midwiferytoday.com/international/germany.asp). See Enning and Jakobi, 2000; Halseide, 2013.

<sup>6</sup> Bionascimento, founded in 2005, is a project which supports physiological childbirth. Its activities include the dissemination of information and the provision of services such as personalized support during childbirth. See [www.bionascimento.com](http://www.bionascimento.com).

have had lots of people going from Lisbon to Setúbal, and not one or two or ten, lots of people, who have come to me to prepare their waterbirths. Not only for waterbirth in Setúbal but also other facilities. I have been working with an obstetrician for two years. Almost all the births we prepared were waterbirths, and some of these occurred at other facilities. I am not a midwife, I am a certified Lamaze childbirth educator.

*Participant:* I would like to ask, in the UK what percentage of women request or would like a waterbirth but actually end up not having a waterbirth? Because I bet the percentages are not that different from those provided by Vítor, and I bet it is not because of exclusion due to cost. It's because of exclusion because maybe they had the baby already, before they get to the unit, or because there is meconium in the water so they can't have a waterbirth, or there are other complications so they need monitoring, so people are excluded not because of cost – I don't really understand that question from some of the people here.

*Soo Downe:* It's really interesting listening to the debate, and I can understand the kind of emotions that are running in the room, but I think the only thing I would say is celebrate your successes! Please. Because you run the risk here of "divide and rule". I can understand the frustration, but I also think what changes practices and philosophies in most countries is not the majority, it's the minority. If you can get something like this which has been discussed in this room up and running it presents the possibility to people who do not believe it's possible. And whether it's 2% or 10% or 15% DOES NOT MATTER! This is a really important – not just what Vítor did but what everyone else is talking about – crack in the wall, you know it's a break in the façade and I would strongly recommend that you all work together on this, and acknowledge the fact that it's limited, because it has to be pragmatically speaking, but it's the beginning of a crack in the wall and use it, really, don't fight it, is all I would say.

*Vítor Varela:* I must acknowledge all my colleagues in my service, because I am not the most important person – my team is very important; all the midwives. We had a lot of problems some years ago – six years ago, ten years ago, in Setúbal hospital. Nowadays we discuss everything with the doctors; they have no time, but we have our time, women have their own time for delivery. We don't operate according to the C-section schedule. We work closely with women, with couples. To give one example, we had a couple in a delivery room for 48 hours having a normal birth. This sounds impossible for Portugal, but we once had this situation. Our midwives put our philosophy into practice. It's very challenging, but we have a modern approach. I think in my hospital we have a very talented team, beautiful midwives. I know I have responsibilities in Portugal – in 1997 we created the first movement for normal birth amongst midwives here.

*Joanna White:* It's coming up to six o'clock and I feel that a lot of people have other things to share, and I wish we had the time. All I would like to say is that in organising this event, and the massive response we received, I think there is great potential to organize other similar events, or more specialized events for different kinds of sharing and exchange,

and that is our plan in the future. I would like to thank everyone very much for giving their time and coming here, especially Soo for her keynote speech, which I think gave us a lot of food for thought. And I totally agree about celebrating our success. We have a small project which may seem “unreal”, but let’s celebrate and be proud of that, and see how we can move forward in the future. Before we finish I would just like to ask one of my colleagues from the COST project, Jette Clausen, a midwife from Denmark, to say a few words.

*Jette Aaroe Clausen* (midwife, Denmark): Firstly I would like to say please listen to what Soo has to say to you because it is so right! You know, fifteen years ago or something like that I was the one who introduced waterbirth in Denmark and I can follow you very well, you know, and today it is mainstream practice, so you have to stick together and celebrate. It is so beautiful that video celebrating the first 25 you know. Keep on that track.

What I want to share with you is that there is a movement in Europe that is very relevant to you, and the demedicalization of childbirth, and last May there was a conference in The Hague<sup>7</sup>, in the Netherlands, that tried to frame the question of childbirth slightly differently. I have been in this business for 25 years and in the last 15 years evidence-based practice has been the focus. But there is also another issue: women’s rights in childbirth. And what we came together in The Hague to celebrate was that in 2010 the European Court of Human Rights made a statement about women’s rights in childbirth. And what they stated was that women have the right to choose where and how they give birth. And this conference came into being to make people aware of this statement from the European Court of Human Rights.

Agnes Geréb is a Hungarian midwife who is currently under house arrest in Hungary because of her support for physiological birth, and homebirth<sup>8</sup>. And Agnes is one of those who has become famous because of her case, but there are many other midwives, especially in the Eastern part of Europe who face great difficulties because they want to support physiological birth. So we can say we have a “shortage” of physiological birth.

What I want to share with you is that on this website ([humanrightsinchildbirth.com](http://www.humanrightsinchildbirth.com)) you will find a lot of information about human rights in childbirth. This is a website established by childbirth activists, midwives, professionals and lawyers from all over the world. If you go into the site, under the section Ternovszky vs. Hungary you will find the case which resulted in the statement from the Court of Human Rights. Ternovszky was the woman denied the right to give birth at home and who took her case to court. So you will find information about this, and if you go to the section What Can I Do? – if you click on that link - you will find a link to a petition that calls on the European Parliament to table this discussion on their agenda. I would like you to open this link and scroll down and you will find the petition in 14 different languages, including Portuguese. And I hope you will help me to spread the work in Portugal, and ask people to support this. And then we will see

---

<sup>7</sup> The title of the conference was “Human rights in childbirth”. See [www.humanrightsinchildbirth.com/](http://www.humanrightsinchildbirth.com/)

<sup>8</sup> <http://www.freeagnesgeréb.com/>. See also: <http://www.szuleteshaz.hu/letter-campaign-2013/?lang=en>



what happens to it. I don't know what will happen but at least what we want to try and do is to raise awareness about the problem women in Europe have in having a birth without medical intervention. And that is all.

*Applause.*

*Joanna White:* Thank you Jette. All that is left for me now is to close the meeting and thank everyone again for coming, thank you to our speakers, and can I just confirm that any ideas that come out of this meeting, any ideas for further events, for example, or for working groups – we are already talking about setting up a group of sociologists and anthropologists to set up some new studies as we feel there is a lot of further research which could be carried out here in Portugal – we will be in touch with you by e-mail.

Thanks again for being here.



## The Seminar in Pictures







**O Parto Normal: experiências de Portugal e além-fronteiras:  
Atas dum seminário, Lisboa, 28 de Fevereiro de 2013**

## ÍNDICE

<b>Agradecimentos</b>	<b>81</b>
<b>O “Parto Normal” como fenómeno cultural – apresentação das atas</b> Joanna White & Maria Johanna Schouten	<b>83</b>
<b>Palavras de acolhimento</b> Maria Johanna Schouten	<b>91</b>
<b>Para uma história cultural do parto em Portugal</b> Joanna White	<b>93</b>
<b>O que é o parto normal e qual é a sua importância?</b> Soo Downe	<b>97</b>
<b>A humanização do parto: o lema de movimentos sociais relacionados com o parto em Portugal (resumo de comunicação)</b> João Arriscado Nunes & Marta Roriz	<b>113</b>
<b>HumPar: A Associação Portuguesa pela Humanização do Parto</b> Rita Correia	<b>115</b>
<b>Fatores que afetam as taxas de cesarianas – resultados de uma pesquisa no Norte de Portugal</b> Cristina Teixeira	<b>121</b>
<b>O parto normal em Portugal: a experiência de “parto na água” no Hospital de São Bernardo, Setúbal</b> Vitor Varela	<b>133</b>
<b>O Seminário em imagens</b>	<b>73</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>145</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Taxa de cesarianas (% do total de partos)	<b>94</b>
<b>Figura 2:</b> Tipos de partos (% do total de partos)	<b>95</b>
<b>Figura 3:</b> Prevalência de parto normal em Inglaterra, Escócia e Irlanda do Norte, 1990 – 2006	<b>97</b>
<b>Figura 4:</b> Estatísticas do Reino Unido, 2005-2006	<b>98</b>
<b>Figura 5:</b> Taxas de episiotomia na Europa, 2004	<b>99</b>
<b>Figura 6:</b> Uma gestão ativa do trabalho é melhor? A evidência em torno da cesariana	<b>100</b>
<b>Figura 7:</b> Evidências recentes: Parto por cesariana	<b>101</b>
<b>Figura 8:</b> Evidências recentes: Cesarianas na Ásia, 2007-2008	<b>102</b>
<b>Figura 9:</b> Efeitos salutogénicos dos cuidados de saúde de qualidade	<b>104</b>
<b>Figura 10:</b> Homepage da campanha para o parto normal no Reino Unido	<b>105</b>
<b>Figura 11:</b> A Cesariana: Interessa às entidades financiadoras e aos contribuintes?	<b>106</b>
<b>Figura 12:</b> Comparação internacional de números e custos de cesarianas inacessíveis e desnecessárias	<b>107</b>
<b>Figura 13:</b> Os planos da HumPar	<b>118</b>
<b>Figura 14:</b> Cesarianas em países europeus com rendimentos médios altos e altos, 2010	<b>121</b>
<b>Figura 15:</b> Início de trabalho de parto e tipo de parto, por hospital	<b>122</b>
<b>Figura 16:</b> Distribuição, por horas, de nascimentos, após o início espontâneo do trabalho de parto	<b>123</b>
<b>Figura 17:</b> Linhas orientadoras do ACOG e do RCOG para a indução de trabalho de parto	<b>124</b>
<b>Figura 18:</b> Tipo de parto de mulheres que foram sujeitas a indução, por hospital	<b>124</b>
<b>Figura 19:</b> Associação entre hospital e parto cirúrgico, após indução do trabalho de parto	<b>125</b>
<b>Figura 20:</b> Risco de cesariana, por país de origem	<b>126</b>
<b>Figura 21:</b> Prevalência de cesarianas entre mulheres imigrantes da América do Sul/ do Brasil e mulheres não-imigrantes, em quatro países europeus	<b>127</b>
<b>Figura 22:</b> Resumo de dados do projeto Parto na Água, Hospital de São Bernardo, 2010-Feb 2013	<b>136</b>
<b>Figura 23:</b> Duração média de imersão na água e índice de Apgar no Hospital de São Bernardo	<b>137</b>
<b>Figura 24:</b> Fotografia de mãe e bebé depois de parto na água no Hospital de São Bernardo	<b>138</b>



#### Lista de Acrónimos

ADN	Ácido desoxirribonucleico
CRIA	Centro em Rede de Investigação em Antropologia
ENCA	Rede Europeia de Associações pelo Parto
EUA	Estados Unidos da América
HumPar	Associação Portuguesa pela Humanização do Parto
IC	Interval de Confiança (termo estatístico)
INE	Instituto Nacional de Estatística (Portugal)
NCT	National Childbirth Trust (Reino Unido)
NHS	National Health Service (Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Reino Unido)
OMS	Organização Mundial de Saúde (World Health Organisation - WHO)
UK	United Kingdom (Reino Unido)
VBAC	Vaginal Birth After Caesarean (Parto vaginal após uma cesariana)



## **Agradecimentos**

As editoras e organizadoras desta conferência gostariam de expressar os seus agradecimentos aos palestrantes, bem como aos participantes, tendo, todos eles, contribuído para um interessante e animado evento. Somos, igualmente, gratas a Mafalda Melo Sousa (CRIA-IUL) pelo seu excelente apoio administrativo e logístico e aos estudantes voluntários do Instituto Superior de Novas Profissões pela sua inestimável colaboração na conferência. O nosso muito obrigado também à colega Piedade Vaz Rebelo, da Comissão de Gestão em Portugal do programa COST – Ação IS0907, pelo seu contributo.

A transcrição e tradução para a língua portuguesa foi efetuada por Georgina De Costa, Vanda Gorjão, Artur Patuleia, Mafalda Melo Sousa e Joanna White. Os nossos sinceros agradecimentos a Mário Santos, pela revisão e conclusão dos textos na versão portuguesa.

A conferência e todos os seus procedimentos contribuíram para a Ação IS0907 do COST “Childbirth Cultures, Concerns, and Consequences: Creating a dynamic EU framework for maternity care”.



---

## O “Parto Normal” como fenómeno cultural – apresentação das atas

JOANNA WHITE & MARIA JOHANNA SCHOUTEN

*Centro em Rede de Investigação em Antropologia, Instituto Universitário,  
Lisboa (CRIA-IUL); Universidade da Beira Interior e CICS/Universidade do  
Minho*

---

### O seminário

Este documento relata o que aconteceu durante o seminário “O Parto Normal: experiências de Portugal e além-fronteiras”, que teve lugar em Lisboa a 28 de Fevereiro de 2013. O objetivo geral deste evento foi o de permitir a partilha e a discussão de práticas e experiências entre pessoas que têm um interesse profissional, académico ou pessoal no parto normal e no parto de um modo geral. O seminário contou com convidados internacionais e, embora a esmagadora maioria dos participantes fossem de Portugal, países como o Reino Unido, o Brasil, a Holanda, a Itália, a Dinamarca e a República Checa também estiveram representados.

O título do seminário foi deliberadamente sugestivo. O termo parto normal, tal como o entendemos, designa o parto sem qualquer intervenção médica ou tecnológica e sem interferência no processo fisiológico. O conceito, desta forma, não se restringe exclusivamente ao momento do parto, mas incorpora também determinadas formas de acompanhamento e apoio à gravidez e ao início do trabalho de parto que conduzem a este resultado: o parto normal. Este termo pode ser confundido com “parto natural”, na medida em que o processo ocorre fisiologicamente, sem estímulos artificiais. Com efeito, de acordo com a nossa experiência, o parto normal é um termo instável; não existe ainda um consenso internacional sobre a sua definição e o conceito tem sido empregue para significar diferentes realidades (Davis-Floyd, 2008). O termo pode, por exemplo, ser usado para descrever um parto normativo ou típico; por outras palavras, o que é mais “normal” numa determinada configuração institucional ou cultural. Consequentemente, isso significa que

em determinados contextos as cesarianas poderiam ser consideradas “normais”, um facto que sublinha a ambiguidade do termo e a variedade do seu uso em contextos diferentes.

O seminário teve como objetivo mais específico promover uma reflexão sobre o contexto português quanto ao modo como se define e se atua sobre o parto, e mobilizar as perspetivas de outros países, de modo a estimular o pensamento sobre panoramas e possibilidades futuras de práticas de saúde materna em Portugal. Como organizadoras, esperávamos que o evento pudesse agir como catalisador das muitas “conversas”, por vezes bastante distintas, que existem acerca do parto em Portugal, permitindo assim que uma gama de experiências e opiniões fosse partilhada e discutida. Além dos oradores convidados, um vasto grupo de indivíduos interessados no parto - mães, obstetras, enfermeiras-obstetras (parteiras)<sup>1</sup>, doulas<sup>2</sup>, antropólogos e sociólogos - estiveram presentes na plateia, tendo alguns deles colocado questões e contribuído para o debate em plenário. Este evento em Lisboa teve um carácter único ao constituir-se numa plataforma aberta para grupos bastante dispersos.

### **Papel da Ação COST no seminário**

O seminário beneficiou enormemente da presença da Professora Soo Downe, Investigadora coordenadora do projeto em rede: “Parto – Culturas, Interesses e Consequências: promover uma abordagem europeia dinâmico para otimizar os cuidados materno-infantis” oficialmente conhecido como “COST Action IS0907”. O objetivo desta Ação é desenvolver o conhecimento científico sobre o parto e os cuidados maternos, concebido a partir da sinergia de peritos de 25 países (23 dos quais pertencem à Europa). No seio da Ação, especialistas de diversas áreas, como *midwives*, obstetras, pediatras, psicólogos, sociólogos e antropólogos, trabalham em conjunto para desenvolver novas análises, revisões sistemáticas e pesquisas relacionadas com diversos temas, tais como cuidados de saúde materna entre mulheres migrantes e a prevalência do parto vaginal entre mulheres com uma cesariana anterior.

Ambas pertencemos ao Comité de Gestão português da Ação COST e o facto de, em 2013, Lisboa ter sido o palco para a sua reunião de primavera levou-nos a organizar um evento de continuidade que pudesse beneficiar da presença dos membros internacionais da COST. Procurámos organizar um encontro que interessasse a um vasto número de pessoas e estimulasse o debate acerca da situação em Portugal. Não ficamos desapontadas. De certa maneira, ao destacar uma variedade de perspetivas e formas de abordar o parto, o evento acabou inclusive por proporcionar novos “dados” empíricos para a continuidade do nosso trabalho académico.

---

<sup>1</sup> Ver Nota de Terminologia abaixo.

<sup>2</sup> A palavra doula vem do Grego, significando “aquela que serve” e refere-se a uma profissional formada e experiente que, antes, durante e logo depois do parto, providencia apoio físico, emocional e de informação à mãe.

Joanna é uma antropóloga britânica que neste momento vive em Lisboa. Ela tem desde longa data um particular interesse por questões de género, corpo, crenças e práticas relacionadas com a reprodução e a cultura das instituições. Durante muitos anos, trabalhou no Camboja e no Vietname na área da antropologia médica aplicada. Este trabalho compreendeu o estudo de práticas de saúde materna entre grávidas toxicodependentes e grávidas seropositivas, bem como um longo trabalho de campo etnográfico que explorou as práticas tradicionais relacionadas com a gravidez e o parto entre comunidades de minorias étnicas nas terras altas e as interações entre esses grupos minoritários e os serviços de saúde estatais. No Reino Unido deu à luz duas vezes: a primeira num centro de parto<sup>3</sup>, inserido num hospital, uma excelente experiência, e pela segunda vez, num pequeno hospital numa zona rural, que originou uma episiotomia e não constituiu uma experiência tão agradável. As conversas que teve com a família portuguesa e amigos quando visitava Portugal durante a gravidez (o pai das suas filhas é português) promoveram um interesse sobre as noções culturais acerca da dor e da gestão de dor durante o trabalho de parto, e influenciaram o desenho da sua presente pesquisa. Atualmente, é investigadora no âmbito do programa Marie Curie no Centro de Investigação em Antropologia (CIA-IUL) em Lisboa, e conduz um estudo sobre os processos culturais relativos à gravidez e ao parto em Portugal e na Inglaterra.

Maria é também antropóloga, tendo vivido numa aldeia remota na Indonésia no âmbito da pesquisa de doutoramento, onde compartilhou as experiências dos habitantes e observou eventos cruciais como o nascimento e a morte. As suas primeiras experiências de parto decorreram na Holanda, onde há algumas décadas o parto domiciliário era a opção mais evidente. A sua mudança para Portugal, onde também deu à luz e, portanto, se confrontou com os cuidados maternos portugueses, ampliou o seu interesse pela antropologia da reprodução. As áreas em que se especializou profissionalmente - estudos de género, sociologia da família e a sociologia e antropologia da saúde - propiciaram pontos de convergência e contextualização em relação a este interesse. No módulo de Antropologia e Sociologia do curso de Medicina na Universidade da Beira Interior, da qual é coordenadora, as questões relacionadas com a humanização e a “desmedicalização” dos cuidados de saúde, incluindo os cuidados na maternidade, são pontos importantes.

### **Relevância do parto para as ciências sociais e vice-versa**

Tendo ambas um interesse particular pela antropologia do parto, a verdade é que no seio académico da sociologia e da antropologia em Portugal têm sido relativamente escassos os trabalhos realizados e publicados, até à data, nesta área. Por isso mesmo existe

---

<sup>3</sup> Os centros de parto (em inglês “Midwifery units” ou “birth centres”) são pequenas unidades onde trabalham e, na maioria dos casos, que são geridos por midwives. Oferecem um ambiente familiar e confortável, em vez de um ambiente clínico. No Reino Unido, uma unidade de saúde materna adjacente (“adjacent midwifery unit” – AWA) está ligada a um hospital onde estão disponíveis cuidados obstétricos, neonatais e anestésicos, se forem necessários, ou no mesmo edifício ou em edifícios diferentes, mas no mesmo local. Uma unidade de saúde materna autónoma (“freestanding midwifery unit” – FMU) habitualmente está num local diferente ou a alguma distância do hospital, por isso sem cuidados obstétricos, neonatais e anestésicos imediatos. Mais informação pode ser consultada em [www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/where-can-i-give-birth.aspx](http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/where-can-i-give-birth.aspx).

um considerável potencial de pesquisas a produzir. O parto e os processos de reprodução, num sentido mais geral, representam um extenso filão de estudo para cientistas sociais, proporcionando um terreno fértil para a construção de trabalhos futuros nas várias disciplinas. O estudo e a análise crítica do parto podem, nomeadamente, mas não em exclusivo, clarificar as seguintes áreas:

- Conceção e tratamento do corpo na sociedade (Foucault, 1975; Bourdieu, 1977; B. Turner, 1987); *embodiment* (Merleau-Ponty, 1962; Laqueur, 1990; B. Turner, 1996; Shilling, 2003);
- Conceção social e tratamento do corpo feminino (Douglas, 1966; Ortner, 1974; K.A. Martin, 1993; Davis, 1997; E. Martin, 2001; Young, 2005); género, *embodiment* e identidade no parto (K.A. Martin, 1993; Akrich e Pasveer, 2004; Lupton e Schmied, 2013);
- Momentos críticos de transição no ciclo da vida humana (ritos de passagem) e importância do ritual no seio das sociedades em geral (V. Turner, 1967); a gravidez e o parto como processos rituais (Balin, 1988; Davis-Floyd, 1992; McCallum e Dos Reis, 2005); o parto como “vivência limiar” em termos identitários e em termos de práticas e estruturas sociais (Van Gennep, 1960; V. Turner, 1967; Cete-Arsenault, Brody e Dombeck, 2009);
- A expansão do conhecimento biomédico e das instituições a ele associadas como formas de controlo social e político, incluindo a penetração da biomedicina na esfera pessoal (Foucault, 1975, 1989; Illich, 1974; Nunes, 2006; Alves, 2011); processos históricos de medicalização e conhecimento autoritário relativamente ao parto (Arney, 1982; Davis-Floyd e Sargant, 1997);
- O conceito de “instituições totais” (Goffman, 1961) aplicado a hospitais, enquanto instituições com estruturas, regras e uma “cultura” dominante definidas (Carapinheiro, 1993); a gestão estrutural, espacial e temporal das instituições (Zerubavel, 1979); a gestão do tempo nas maternidades (McCallum e Dos Reis, 2005; McCourt, 2009);
- Hospitais e maternidades como “não-lugares” (Augé, 1992) onde as pessoas se encontram apenas em trânsito, sem poder criar um sentimento de pertença (Prescott, 2009);
- Representações culturais do risco (Beck, 1992; Adam, Beck e Van Loon 2000); discurso do risco nos cuidados e na gestão da gravidez e do parto (Bryers e Van Teijlingen, 2010).

Tocando transversalmente todas estas áreas, a abordagem feminista do parto providenciou ainda uma nova leitura com potencialidades heurísticas, incluindo uma nova análise da apropriação histórica do parto humano – e do trabalho das parteiras tradicionais – pela profissão médica (Green, 2008), a disciplina dos corpos femininos (E. Martin, 2001) e a agência e as experiências complexas das mulheres enquanto parturientes (K.A. Martin, 1993; Fox e Worts, 1999; Beckett, 2005; Akrich e Pasveer, 2004).

Assim como o parto proporciona material de uma grande riqueza para cientistas sociais, de igual modo, a análise académica pode proporcionar uma maior compreensão de como as escolhas e as experiências relacionadas com o parto, e as diferentes formas como este é entendido, são moldadas por uma complexa engrenagem de processos, sistemas e discursos mais amplos. Para aqueles que procuram melhorar ou até mesmo transformar as



práticas existentes, esse conhecimento é essencial. Dando um exemplo particularmente pertinente para o seminário de Lisboa, e que será claro nas páginas que seguem, a opção contemporânea de "parto natural" em Portugal encontra-se, na realidade, fundamentada numa filosofia e numa abordagem particulares, que se sustentam num discurso específico (muitas vezes relacionado com o parto em casa). Tal pode ser entendido como uma posição que emerge da reação ou oposição ao domínio das intervenções biomédicas e tecnológicas prevalecente nos serviços de maternidade disponíveis no país (Santos, 2012; Nunes, Roriz e Filipe, 2012). Da mesma forma, a rejeição de certas opções e posições no parto expressa por alguns profissionais de saúde em Portugal, por serem consideradas "selvagens" (c.f. Challinor, 2012: 148), sublinha a construção social do parto dentro do paradigma biomédico e um discurso dominante segundo o qual o parto controlado dentro de uma instituição médica é parte de um processo civilizacional.

Esta é apenas uma breve síntese, mas acreditamos que o desconstruir e o desvendar de diversos elementos que influenciam e constroem crenças, escolhas, práticas rituais e outros comportamentos em torno do parto ampliam em grande medida a nossa compreensão da cultura e da sociedade. Além do mais, a maioria dos estudos sobre parto até à data têm examinado apenas um país ou grupo social. Consideramos que análises comparativas, bem como a troca de experiências além-fronteiras e através de redes, podem ser um empreendimento proveitoso, fomentando uma maior consciência da diversidade internacional e intercultural, e mesmo intranacional (Jordan, 1997; Christiaens, Nieuwenhuijze e De Vries, 2012), e a percepção de como valores culturais específicos podem moldar a organização dos cuidados de saúde materna durante a gravidez e o parto (Van Teijlingen *et al.*, 2009).

Existe alguma produção científica acerca da institucionalização das categorias culturais de avaliação (Lamont e Thévenot, 2000) e da definição de "repertórios nacionais" disponíveis para a compreensão e a avaliação da experiência (Gimlin, 2012). Tais abordagens teóricas representam um grande potencial para o estudo do parto em diferentes cenários sociais, revelando como o contexto local influencia o modo como se definem e avaliam categorias aparentemente neutras. Por exemplo, estudos sobre os movimentos da sociedade civil focados no parto em diferentes países revelaram já uma importante diferença nos discursos e nas "narrativas" nacionais formulados no âmbito das campanhas para tornar o parto melhor para as mulheres (CES, 2011; Akrich, Leane, Roberts e Nunes, 2012; Nunes, Roriz e Filipe, 2012).

Níveis variados de intervenção médica no parto em países europeus, sem qualquer correlação evidente com os resultados, têm suscitado perguntas a respeito de como estas diferenças se relacionam com as especificidades dos sistemas nacionais de saúde (Euro-Peristat, 2004). Simultaneamente, tornou-se evidente o potencial de aprendizagem dos modelos culturais e organizacionais do parto entre países que apresentam diferentes taxas de intervenção (Elmir, Schmieid, Wilkes e Jackson, 2010). É, pois, importante lembrar que a

investigação em ciências sociais pode contribuir também para uma intervenção a um nível prático e político, além dos seus questionamentos teóricos.

### **Visão geral das atas**

Ao abrir o seminário, Joanna White expôs uma visão histórica geral do parto em Portugal, desde o período em que o parto em casa era dominante (sensivelmente até à década de 1970) até à presente situação, em que os partos na sua grande maioria acontecem no hospital. Nas últimas décadas, as taxas de mortalidade perinatal melhoraram substancialmente, mas no mesmo período o parto tornou-se cada vez mais medicalizado, estando agora Portugal entre os países que na Europa apresentam as mais altas taxas não só de partos vaginais instrumentados (fórceps e ventosa), mas também de cesarianas. Recentemente, emergiram movimentos que promovem o parto normal, quer entre ativistas sociais quer entre certos profissionais da saúde. À data do seminário, o Ministério da Saúde promovia ativamente medidas para tentar reduzir as taxas de cesariana.

Em seguida, Soo Downe fez a apresentação de abertura elaborada com base na sua vasta experiência na promoção do parto normal. Começou por apresentar uma definição de parto normal que se foca na transição fisiológica, e destacou como o aumento da taxa de intervenção médica no parto é um fenómeno internacional que pode estar relacionado com a filosofia dos prestadores de cuidados. Por exemplo, uma pesquisa no Reino Unido mostrou uma extrema variabilidade nas taxas de intervenção entre hospitais a uma distância de menos de 100 quilómetros entre si, um facto que não pode ser explicado pela fisiologia das mulheres. A apresentação ampla e detalhada revisitou pesquisas recentes sobre os impactos da cesariana, incluindo os riscos que esta pode representar para a mãe e o bebé quando realizada sem indicação médica. Discutiu igualmente a importância da escolha das mulheres, os custos associados aos diferentes partos e às diversas formas de intervenção e as questões morais e éticas a elas associadas, e referiu o comprovado benefício de tentar fazer as coisas de forma diferente, em estreita cooperação com as mulheres. A apresentação terminou com a exibição da "História da Hannah", um vídeo de um parto normal ativo, que teve lugar em casa com o apoio de *midwives*. Após a apresentação houve uma animada discussão sobre o parto em casa em Portugal e sistemas associados, e as influências dos locais de parto para as mulheres e os recém-nascidos.

A segunda oradora convidada foi Rita Correia, da Associação Portuguesa Pela Humanização do Parto (HumPar), que apresentou a história da HumPar, a campanha geral desenvolvida para a "humanização" do parto em Portugal, bem como os detalhes logísticos necessários ao parto em casa em Portugal. No final da apresentação de Rita Correia, Mary Zwart-Werkhoven, uma *midwife* e ativista holandesa que reside há mais de quinze anos em Portugal, fez uma breve intervenção a enaltecer o parto domiciliar.

Cristina Teixeira apresentou os resultados da sua recente investigação sobre condicionantes da intervenção obstétrica, que tinha como objetivo estudar as altas taxas de cesariana em Portugal. O estudo identificou uma correlação entre o país de origem das mulheres, o contexto das práticas hospitalares e os protocolos institucionais que influenciam a prevalência da cesariana. Uma grande variação, quer nas taxas de indução, quer nas taxas de cesarianas, foi identificada nos cinco hospitais estudados. De entre as mulheres portuguesas, as do resto da Europa, as africanas e as brasileiras incluídas na amostra, foram as brasileiras as que mostraram estatisticamente uma maior propensão para realizar cesariana. Desta forma, parece comprovar-se uma importante relação entre os pontos de vista culturais que as mulheres têm acerca do parto, a responsabilidade do obstetra ou do hospital pelo parto, e os resultados do parto. Na sequência das intervenções de Rita Correia e de Cristina Teixeira, o debate centrou-se na possibilidade de se favorecer, no contexto português, o parto vaginal após a cesariana (VBAC), no papel dos cuidados pré-natais na mudança das abordagens ao parto, na importância de um sistema de referência ligado ao parto em casa, e na possibilidade da “entrada direta” para a formação de parteira (*midwife*) em Portugal<sup>4</sup>.

A apresentação final, feita por Vitor Varela, descreveu a iniciativa pioneira em Portugal que possibilita o parto na água, no Hospital de São Bernardo, em Setúbal. Varela apresentou um filme e mostrou bases de dados que descrevem o aumento do número de partos na água que têm ocorrido no hospital, bem como o crescente interesse pela opção do parto na água entre mulheres grávidas de todo o país. Discutiu, por outro lado, os desafios de instigar a mudança num sistema de saúde e em instituições de saúde que “problematizam” o parto. Por fim, falou sobre o seu interesse em desenvolver um documento consensual sobre a prestação de cuidados baseados na evidência no trabalho de parto e no parto, que pudesse constituir um suporte para o parto normal entre as mulheres e também entre os meios de comunicação. Um amplo e animado debate seguiu-se a esta apresentação, e foram destacadas as barreiras à ampliação de iniciativas inovadoras, como o projeto de partos na água em Portugal. Soo Downe proferiu, estrategicamente, alguns conselhos incentivando os participantes a comemorar e a trabalhar sobre os sucessos existentes em Portugal. Este apoio foi reiterado por Jette Clausen, uma *midwife* dinamarquesa especialista na temática do parto domiciliar, que também falou sobre os direitos humanos no parto e no movimento atual para garantir que as mulheres podem escolher onde e como dão à luz.

### **Questões para reflexão**

Toda uma série de perspetivas teóricas e práticas, opiniões, dados e experiências foram, efetivamente, partilhadas no evento. A natureza do diálogo sobre o parto entre

---

<sup>4</sup> Em vez do atual programa de formação especializada de dois anos, que tem como pré-requisito o curso de licenciatura em enfermagem e uma experiência profissional mínima de dois anos como enfermeiro/a.

os palestrantes e o público revelou significados, muitas vezes, contrastantes entre os profissionais de saúde, os ativistas e os outros membros da sociedade. No entanto, a nosso ver, as divergências que surgiram foram positivas, na medida em que expuseram vivamente a natureza dos desafios a serem ultrapassados na via que conduz a uma situação ideal de cuidados de saúde materna em Portugal, fundada na cooperação e numa visão comum.

Embora este documento seja publicado apenas alguns meses após o seminário, o conteúdo e as questões acima descritas mantêm a sua relevância. Esperamos que estas atas não só informem sobre o que ocorreu, servindo como um registo fiel do que foi discutido, mas que levem, também, os leitores a refletir sobre suas próprias posições sobre o parto, nos contextos português e internacional.

### **Nota de apresentação das atas**

Neste documento, as apresentações do seminário foram transcritas integralmente, sendo também publicados os diapositivos mais relevantes das apresentações. Nenhum documento escrito formal foi solicitado aos oradores convidados. Tivemos o cuidado de incluir integralmente as referências citadas durante as apresentações, bem como as referências dos sites das organizações e de outras entidades mencionadas, para permitir que os leitores possam saber mais sobre áreas do seu interesse.

As atas em inglês estão na primeira metade do documento, seguidas de uma tradução completa em Português.

Todos os slides relevantes das apresentações foram incluídos como “figuras”.

### **Nota de Terminologia**

A formação, o modelo de assistência e o quadro de competências dos/das profissionais que prestam apoio e cuidam da saúde da mulher durante a gravidez, o parto e o pós-parto variam de país para país. No Portugal contemporâneo, é exigida uma licenciatura em enfermagem como pré-requisito, seguida da experiência profissional em enfermagem (um mínimo de dois anos) e um programa de formação especializada. Por isso, estas profissionais, em Portugal, são literalmente chamadas de “enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia”.

Entretanto, uma palavra mais antiga, “parteira”, com raízes na história tradicional dos cuidados de saúde maternal e nos programas de formação originais que emergiram (Carneiro, 2006, 2007, 2008), é usado frequentemente num âmbito informal. Esta pode representar de forma mais fiel a identidade vocacional da profissão, em vez do termo

técnico de enfermeira-especialista, e é a tradução mais adequada para português da palavra inglesa “midwife”.

Neste documento o termo “midwife” faz referência à profissão em geral, tanto no contexto internacional, como no contexto britânico em específico. Por outro lado, “enfermeira-especialista” refere-se à formação e à profissão em Portugal. O termo “parteira” inclui parteiras tradicionais, e, particularmente, à profissão na sua vertente vocacional em Portugal.

Dada a sua superioridade numérica na profissão de enfermagem, será tomado o género feminino como referência nesta tradução.

Note-se que se optou por referenciar grupos profissionais como o dos médicos no género masculino ao longo de todo o texto, unicamente com o objetivo de assegurar uma leitura mais fluida; tais referências devem ser interpretadas como englobando ambos os sexos. Estamos cientes que tais grupos são compostos por mulheres e homens, ambos desempenhando um papel relevante.



---

## Palavras de Acolhimento

MARIA JOHANNA SCHOUTEN

*Universidade da Beira Interior e CICS/Universidade do Minho*

---

Boa tarde, sejam todos bem-vindos. É com grande satisfação que vemos o enorme interesse por este evento, que promete ser bastante importante quer para o presente quer para o futuro. Damos, pois, as boas-vindas ao público, aos oradores que, como podem ver no programa, têm temas de grande interesse para debater com a audiência, sobretudo os que vieram do estrangeiro no âmbito do projeto da Ação COST, que iremos explicar mais tarde. Uma delas é a Professora Soo Downe, coordenadora desta Ação e uma das oradoras.

Apresento-me muito brevemente: chamo-me Maria Johanna Schouten, sou portuguesa e holandesa, sou antropóloga e socióloga na Universidade da Beira Interior e no Centro de Investigação em Ciências Sociais na Universidade do Minho (CICS/UM) em Portugal, e um dos meus interesses é a antropologia e sociologia médica, e também o género, uma das razões pelas quais estou envolvida neste tipo de pesquisa. À minha esquerda está a primeira oradora, que irá fazer uma breve introdução sobre a situação em Portugal. Chama-se Joanna White, também antropóloga. Pertence ao Centro em Rede de Investigação em Antropologia (CRIA-IUL) em Lisboa, e no presente momento tem uma bolsa Marie Curie e está a conduzir um estudo sobre os processos culturais contemporâneos relativos ao parto no Reino Unido e em Portugal. Passo agora a palavra à Joanna.





---

## Para uma história cultural do parto em Portugal

JOANNA WHITE

*Centro em Rede de Investigação em Antropologia, Instituto Universitário  
Lisboa, CRIA-IUL*

---

Muito obrigado, Maria. Gostaria de reiterar o teu entusiasmo em relação a este evento. Quando o começámos a organizar a nossa preocupação era que não viesse gente suficiente; no entanto demo-nos conta que existia um interesse enorme – ao ponto de termos tido um excesso de procura em relação às condições que podíamos oferecer – um interesse manifestado por parte de diferentes atores sociais: profissionais de saúde, da sociedade civil, e do público em geral. É ótimo ter este conjunto diversificado de pessoas aqui hoje, assim como os nossos convidados internacionais que, julgo, poderão contribuir com as suas experiências em diferentes países. A razão pela qual Soo Downe e os outros convidados internacionais se encontram em Lisboa esta semana tem que ver com uma reunião do programa de Ação COST IS0907. Nas vossas pastas, encontrarão uma página com o resumo e a explicação do projeto desta Ação COST.<sup>1</sup> Resumindo, é um projeto em rede designado por Ação COST IS0907 “Parto - Culturas, Interesses e Consequências: promover uma abordagem europeia dinâmica para otimizar os cuidados materno-infantis” (‘Childbirth Cultures, Concerns and Consequences’: creating a dynamic EU framework for optimal maternity care)<sup>2</sup>. O objetivo desta Ação consiste em produzir conhecimento científico sobre o que resulta, para quem e em que circunstâncias, identificando e aprendendo com os melhores exemplos. Este projeto existe por toda a Europa – e mesmo fora da Europa: temos vários parceiros, reunimos regularmente em várias cidades europeias, levamos a cabo missões científicas conjuntas, desenvolvemos propostas de projetos e publicação em parceria; é, por isso, um projeto em rede muito ativo, e é graças a este projeto que temos hoje connosco Soo Downe.

Gostaria de resumir a situação em Portugal, tal como a entendemos. Muitos de vós são de Portugal e provavelmente têm conhecimento de alguma desta informação, no entanto gostaria de partilhá-la também com os nossos convidados internacionais, de modo a ilustrar a situação atual do parto em Portugal. Gostaria também de explicar qual é a nossa motivação para este encontro, que reside no facto de sermos ambas antropólogas e de

---

<sup>1</sup> [www.cost.eu/domains\\_actions/isch/Actions/IS0907](http://www.cost.eu/domains_actions/isch/Actions/IS0907)

<sup>2</sup> [www.cost.esf.org/domains\\_actions/isch/Actions/IS0907](http://www.cost.esf.org/domains_actions/isch/Actions/IS0907); <http://www.iresearch4birth.eu/iResearch4Birth/>

estarmos envolvidas em pesquisas sobre as questões da maternidade e do parto. O “parto normal” é um termo que é utilizado amplamente no âmbito da maternidade e do parto, no entanto existem diferentes definições sobre “parto normal”. Iremos discutir, então, o parto normal no contexto português. Existem várias definições sobre parto normal e sobre as práticas de parto normal. Assim, gostaríamos hoje de partilhar informações sobre pesquisas e práticas relacionadas com o parto normal a nível internacional e também aqui em Portugal, mas também promover e discutir novas iniciativas relacionadas com o parto normal em Portugal. Temos hoje aqui alguns oradores que irão partilhar as suas experiências sobre o assunto.

Um breve resumo da situação em Portugal: como muitos de vocês sabem, houve uma longa tradição de partos em casa até os anos 70. Na verdade, até 1961, 80% dos partos eram partos domiciliares (Savona-Ventura, 1993:44<sup>3</sup>), normalmente apoiados por mulheres sem formação (em Portugal, um dos termos para estas pessoas era o de curiosas). Há uma história cultural muito rica de partos em casa em Portugal, através do uso de cadeiras de parto tradicionais, por exemplo<sup>4</sup>. Contudo, durante esse período as taxas de mortalidade perinatal (óbitos fetais em gestações de 28 ou mais semanas e óbitos de nados-vivos com menos de 7 dias de idade) eram elevadas; a taxa de mortalidade perinatal reportada em 1975 era 31,8 por cada 1.000 nascimentos<sup>5</sup>.

Assim, a partir da década 1970, houve um movimento no sentido de se levar o parto para os hospitais, uma mudança para um modelo de nascimento de base hospitalar, e observou-se uma queda impressionante nas taxas de mortalidade perinatal ao longo desse período: nos dados de 2012 verificam-se 4,2 óbitos em cada 1000 nascimentos, o que representa uma queda radical nas taxas<sup>6</sup>. Contudo, o processo de hospitalização do parto tornou-o mais medicalizado, daí as taxas elevadas de cesarianas e de outras formas de intervenção. Uma grande parte dos dados comparativos apresentados é do projeto Euro-Peristat, que alguns de vós devem conhecer. Este projeto tem por objetivo comparar os dados de toda a Europa. A informação de que dispomos do Euro-Peristat é de 2004, está ligeiramente desatualizada, no entanto, para o caso português, estes dados (Figura 1) refletem a situação atual, onde se verifica que 33% dos nascimentos são por cesariana<sup>7</sup>.

---

<sup>3</sup> Com referência a: Joint Study Group of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics and the International Federation of Midwives (1966). *Maternity Care in the World: International Survey of Midwifery Practice and Training*. Oxford: Pergamon Press.

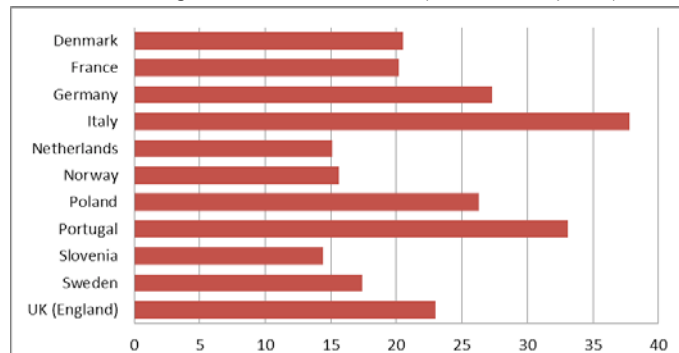
<sup>4</sup> Existem exemplos em Cole, 1994: 52-53; Nunes, 1997: 97-115; Ribeiro, 1990; Joaquim, 1983; Martins, 2007.

<sup>5</sup> Fonte: [www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529](http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529). Acedido no dia 28 de Janeiro de 2014.

<sup>6</sup> Fonte: [www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529](http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529). Acedido no dia 28 de Janeiro de 2014.

<sup>7</sup> Euro-Peristat project, [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com). Após a realização deste seminário, foi lançado o último relatório do Euro-Peristat, com dados de 2010, revelando uma taxa de cesarianas 36,3% em Portugal. (Euro-Peristat, 2010).

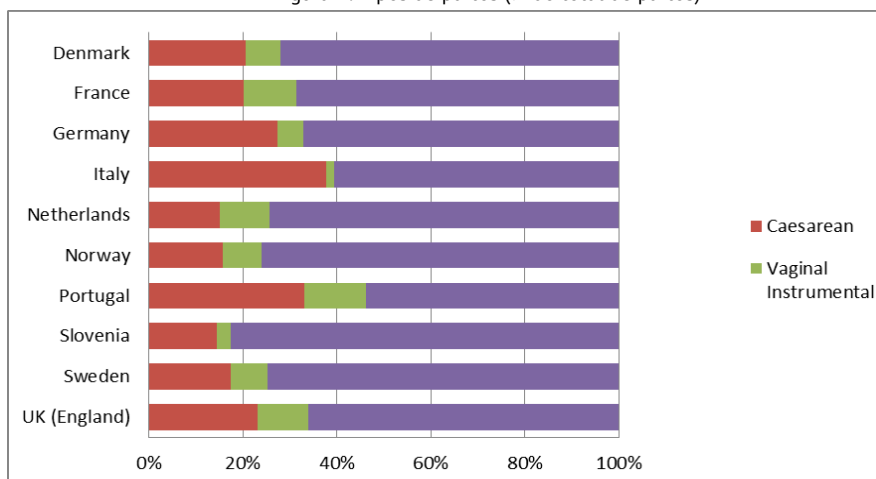
Figura 1: Taxa de cesarianas (% do total de partos)



Fonte: Euro-Peristat, 2004

Como se pode ver através do gráfico, Portugal detém a segunda maior taxa de cesarianas da Europa, a seguir a Itália. No entanto, as cesarianas não são a única forma de intervenção médica no parto: se olharmos para os partos vaginais instrumentados – com recurso a fórceps ou ventosa – então Portugal está na dianteira a nível europeu. Se examinarmos os partos distócicos, quer por cesariana quer por via vaginal, são muito expressivas as taxas de intervenção em Portugal (Figura 2). Outras questões que devem ser tidas em conta quando falamos da “medicalização” do parto são as taxas de episiotomia, o uso da epidural e a indução. No entanto, não dispomos de informação a nível nacional, em Portugal. Ainda há muitos países que não recolhem estes dados de forma sistemática, contudo é necessário incluir este tipo de intervenções quando se discute que tipos de procedimentos médicos são utilizados no parto<sup>8</sup>.

Figura 2: Tipos de partos (% do total de partos)



Fonte: [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com) (dados de 2004)

<sup>8</sup> De acordo com o relatório do Euro-Peristat divulgado após o seminário, a percentagem de mulheres em Portugal que, em partos vaginais, teve uma episiotomia, era de 72%. Ver [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com) (dados de 2010). As taxas de indução e de epidural ainda não estão disponíveis ao nível nacional.

Gostaria também de aludir ao parto em casa, uma vez que este existe em Portugal, apesar de subsistir numa espécie de vazio legal, ou seja não é declaradamente ilegal, todavia não é financiado pelo Estado. Em determinados aspetos, as mulheres que optam pelo parto em casa expõem-se a muitos riscos. Há mulheres que tomam essa opção, porém é uma iniciativa bastante arriscada uma vez que não existe um apoio efetivo e sistemático por parte dos serviços de saúde estatais. Se olharmos para as taxas de parto em casa em Portugal, esta é de 0,5%, o que para mim é surpreendente, pois oficialmente não existe mesmo<sup>9</sup>! Contudo, os partos domiciliários ocorrem, de facto. Outra novidade é o parto em trânsito – em "outros" locais fora do hospital – que têm vindo a aumentar dramaticamente nos últimos anos, o que parece estar associado ao encerramento de alguns hospitais em zonas rurais. Então, se o parto é por regra hospitalar e se os hospitais são o único serviço disponível, o fecho de hospitais de pequena dimensão em zonas rurais faz com que as mulheres tenham de percorrer distâncias mais longas para chegar ao hospital. Logo, há um número elevado de mulheres que, ao tentar chegar ao hospital, acaba por dar à luz em casa ou em trânsito.

Recentemente, têm-se verificado alguns avanços, nomeadamente no que envolve os movimentos pelo parto normal em Portugal. O movimento "Pelo Direito ao Parto Normal" é uma iniciativa liderada por profissionais de saúde, enfermeiras especialistas e médicos. Temos hoje connosco um representante desse movimento, Vítor Varela. Eles elaboraram um documento em Português que já foi publicado<sup>10</sup>. Se algum dos participantes portugueses estiver interessado numa cópia, podemos disponibilizá-la mais tarde. E se alguém tiver dúvidas sobre o movimento, poderá eventualmente discuti-las com o Vítor no final.

Na sociedade civil, existe a "HumPar", que é a Associação Portuguesa pela Humanização do Parto, e a Rita Correia, uma das representantes da HumPar, irá falar um pouco sobre esta associação mais tarde. Outra iniciativa recente do governo concretiza-se num programa que visa a redução das taxas de cesariana. Este programa começou por ser testado no norte do país e os resultados foram conhecidos recentemente. Entre 2009 e 2011 houve uma redução das taxas de cesariana de 36% para 32%. Uma componente desta medida passa pela criação de um programa de computador único para a recolha de dados obstétricos – abrangendo todos os indicadores que mencionei anteriormente – com vista à implementação de um sistema mais sofisticado de recolha de dados. Este programa começou no norte do país, em 2013, e há também um plano para disseminá-lo por todo o país, se houver financiamento. Outro acontecimento recente, do qual todos estamos cientes, é a crise e as conseqüentes pressões exercidas pela austeridade. No entanto, este momento pode ser de particular interesse, uma vez que a pressão sobre o financiamento dos serviços de saúde poderá levar os decisores políticos a questionar o custo elevado de algumas intervenções - a cesariana é cara - e cogitar sobre formas de reduzir as cesarianas, de modo a tornar o parto menos oneroso.

---

<sup>9</sup> Pretendia, com isto, dizer-se que o parto em casa não é uma opção reconhecida dentro do Serviço Nacional de Saúde.

<sup>10</sup> [www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro\\_Parto\\_Normal.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Parto_Normal.pdf)

Este foi o meu breve resumo da situação em Portugal, e é por isso que estamos aqui hoje, para discutir o que está a acontecer agora: qual é o futuro do parto em Portugal? A história desenrola-se neste preciso momento, por isso espero que todos se sintam à-vontade para participar na discussão.

Agora gostaria de apresentar Soo Downe, Professora de Midwifery<sup>11</sup> na Universidade de Central Lancashire, Reino Unido.

---

<sup>11</sup> “Midwifery” designa a disciplina que se relaciona com a profissão de midwife, neste caso, o curso universitário que lhe dá acesso (Nota do Revisor).



---

## O que é o parto normal e qual a sua importância?

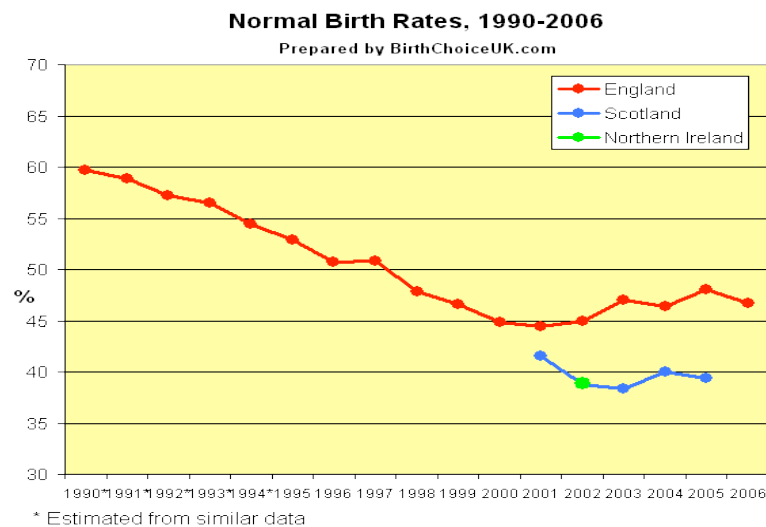
SOO DOWNE

Universidade de Central Lancashire

---

Tenho comigo muitos slides, no entanto como temos pouco tempo, provavelmente é mais importante dar-vos a palavra, do que sermos nós a falar. Fazemos o que é “normal”, pois poderia dizer-se que o parto por cesariana é normal em Portugal. Mas o parto normal não é isso, não é o que é comum, mas sim o que é fisiológico. Este é um slide que reflete a situação no Reino Unido até 2006. Embora os dados não sejam muito recentes, dizem respeito ao parto normal (Figura 3).

Figura 3: Prevalência de Parto Normal em Inglaterra, Escócia e Irlanda do Norte, 1990 – 2006



Fonte: [www.BirthChoiceUK.com](http://www.BirthChoiceUK.com)<sup>1</sup>

No Reino Unido, existe uma definição para trabalho de parto normal semelhante à definição que vos apresento:

*A transição fisiológica da gravidez para a parentalidade [que] acarreta uma enorme mudança em cada mulher, física e psicologicamente... Cada sistema no corpo é afetado e a experiência representa um grande ritual de passagem na vida da mulher.*  
Bennett e Brown (orgs.), 1993: 139.

---

<sup>1</sup> [www.birthchoiceuk.com/Professionals/Frame.htm](http://www.birthchoiceuk.com/Professionals/Frame.htm). Acedido no dia 28 de Janeiro 2014.

As taxas de parto normal no Reino Unido caíram substancialmente. Recomeçaram a subir desde que percebemos que existe um problema, cerca do ano 2002, e que começámos a abordá-lo. As taxas melhoraram ligeiramente, mas não de forma dramática.

Logo, é um problema que não existe somente em Portugal, está presente em praticamente todo o mundo, em todos os lugares. Vejamos, então, as nossas estatísticas e quero mesmo reforçar este ponto, uma vez que é comum ouvir-se dizer que alguns países do mundo apresentam taxas mais elevadas de intervenção porque as mulheres estão mais expostas a riscos, ou porque fazem escolhas diferentes, ou seja lá por que motivo for. Estes dados (Figura 4) são do Reino Unido e vou-vos falar sobre a variação, uma vez que a nossa taxa global de episiotomia é de 8%, o que não é mau, aliás é uma taxa muito boa quando comparada com alguns países. Contudo, varia de 3,4% num hospital para 18% noutro. Não fazemos a mínima ideia se 3% é um valor muito baixo ou se 18% é um valor muito alto, tudo o que sabemos é que essas diferenças não podem ser de base fisiológica. É completamente impossível que mulheres separadas por 140 quilómetros de distância tenham fisiologias tão diferentes. Isto leva-nos a crer que está mais relacionado com a filosofia dos prestadores de cuidados, do que com aquilo que as mulheres realmente necessitam.

Figura 4: Estatísticas do Reino Unido 2005-2006

652.377 nascimentos relatados	
Episiotomia: 8.3%	
-	George Eliot Hospital NHS Trust 18.4%
-	Barnsley Hospital NHS Foundation Trust 3.4%
Cesariana: 24.8%:	
-	Imperial College Healthcare NHS Trust, London 31.4%,
-	Shrewsbury and Telford Hospital 15.8%
Indução: 20.2 %	

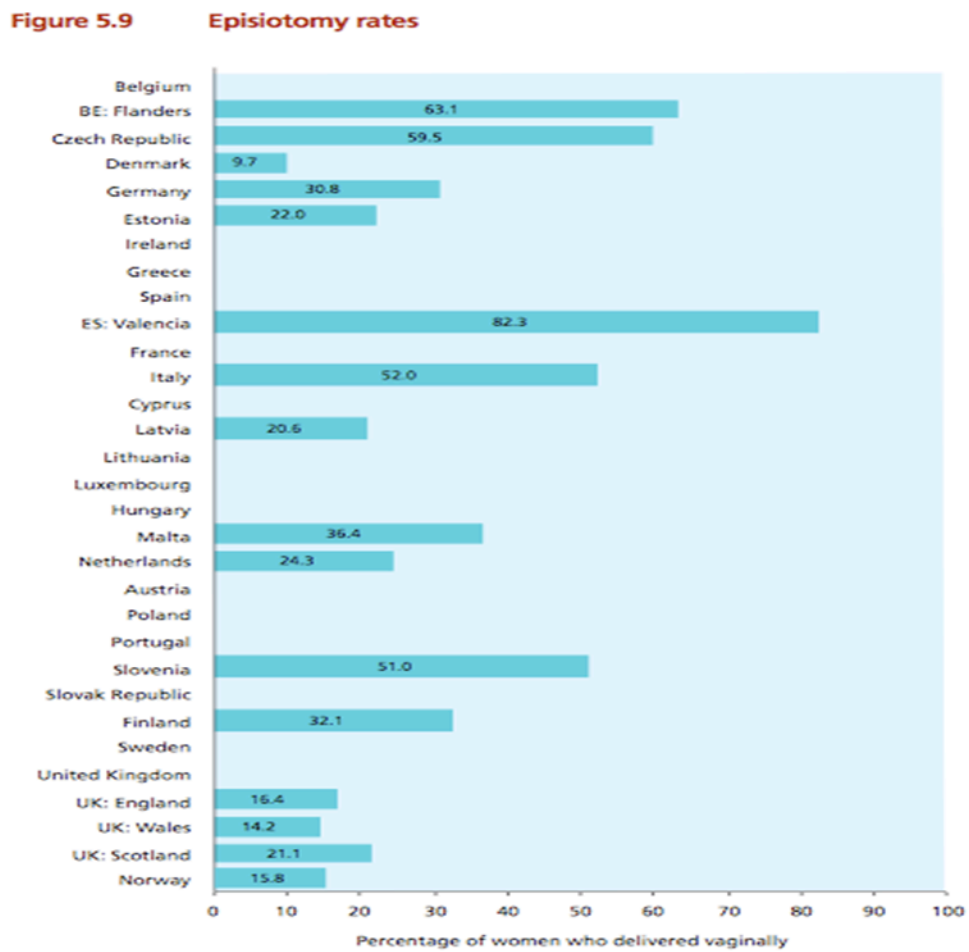
Fonte: The Information Centre for Health and Social Care, Maternity Statistics, England: 2005-06. Statistical Bulletin 2007<sup>2</sup>.

O mesmo verifica-se nas cesarianas, onde a nossa taxa global é de 24%/25%, embora varie entre 31% (todos os hospitais de Londres têm taxas elevadas) e 15%. Uma vez mais, isto não pode ser fisiológico para um só país. Gostaria de insistir na questão da variação: estes dados são do Euro-Peristat, a mesma fonte usada pela Joanna. A episiotomia varia entre 9,7% na Dinamarca e 82% em Valência, Espanha: mais uma vez, é completamente impossível que se possa explicar essa diferença a partir de razões fisiológicas]; e, de forma idêntica, verificam-se variações tanto nas cesarianas como nos partos vaginais.

<sup>2</sup> Sujeito a copyright © 2007, reutilizado com a permissão do The Information Centre. Disponível em: [www.ic.nhs.uk](http://www.ic.nhs.uk). [Taxas de cesariana extraídas dos dados da tabela 33 do Maternity Tail. Onde a informação é omissa, os dados foram extraídos do núcleo de registos HES (Hospital Episode Statistics) codificados por procedimento, na tabela 33].



Figura 5: Taxas de Episiotomia na Europa, 2004



Fonte: [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com) (dados de 2004)

Na minha palestra irei colocar alguma ênfase nas cesarianas, no entanto não quero transmitir a ideia de que a cesariana é uma coisa obviamente má e ponto final. Em alguns casos, em muitos casos, a cesariana pode salvar vidas, é essencial, e tem de estar disponível quando é necessária. Mas o problema é o excesso de uso. Este slide (Figura 6) é sobre a diretriz do Instituto Nacional de Saúde e Cuidados de Excelência (NICE – National Institute for Health and Care Excellence). São estas diretrizes que utilizamos no Reino Unido para fundamentar as nossas práticas; assim, sabemos que a taxa de cesariana deve rondar os 15%. A nossa é de 25%, o que per si já é um valor bastante elevado. Apresento os resultados atestados pela diretiva do NICE que, com base em evidência, são os mais prováveis depois de uma cesariana. Não vou enunciar todos, mas estes incluem: histerectomia, morte da mãe, impossibilidade de gravidez futura, placenta prévia, morte do bebé na gravidez subsequente (morte fetal na segunda gravidez depois de uma cesariana). Menos prováveis depois de uma cesariana: dor, dor perineal, incontinência urinária e prolapso. Estou convencida de que este

tipo de evidência não é disponibilizado às mulheres, pois acho que se estivessem conscientes disto o balanço seria muito diferente: provavelmente penderia muito mais no sentido de não fazer uma cesariana do que de fazê-la.

Figura 6: Uma gestão ativa do trabalho de parto é melhor? A evidência em torno da cesariana

Resumo dos efeitos da cesariana para a mulher

Mais provável após uma cesariana	Sem diferença após uma cesariana	Menos provável após a cesariana
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor no abdómen</li> <li>• Lesão na bexiga</li> <li>• Lesão no canal que liga o rim à bexiga (ureter)</li> <li>• Necessidade posterior de uma cirurgia</li> <li>• Histerectomia (remoção do útero)</li> <li>• Internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos</li> <li>• Desenvolvimento de coágulos no sangue</li> <li>• Internamento mais longo</li> <li>• Reinternamento após a alta</li> <li>• Morte materna</li> <li>• Não ter mais filhos</li> <li>• Um posicionamento da placenta que bloqueia a entrada do útero (placenta prévia), numa gravidez futura</li> <li>• Ruptura uterina numa gravidez futura</li> <li>• Numa futura gravidez, morte do bebé antes do trabalho de parto começar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perder mais que um litro de sangue (hemorragia) antes ou depois do parto</li> <li>• Infecção na ferida operatória ou no tecido uterino (endométrio)</li> <li>• Lesões no útero ou em estruturas genitais, como o colo do útero</li> <li>• Incontinência fecal (perda de controlo na atividade intestinal)</li> <li>• Depressão pós-parto</li> <li>• Dores nas costas</li> <li>• Dor durante o ato sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor na região entre o ânus e a vagina (períneo)</li> <li>• Incontinência urinária 3 meses depois do parto</li> <li>• Deslocação (prolapso) do útero pela parede vaginal</li> </ul>

Fonte: NICE 2004 Cesarean section: Quick reference guide<sup>3</sup>

Há ainda outros dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) acerca do que está a acontecer a nível internacional (Figura 7), pois sabemos que este é um problema internacional. A nível global, cerca de 1% de todos os partos são cesarianas sem indicações clínicas. Na China, são 11,6% de todos os partos – um valor muito, muito elevado, incluindo taxas elevadas de cesarianas a pedido da mulher, ao ponto de, em alguns lugares, 80 a 100% dos partos são por cesariana, por diversas razões. Assim, ao comparar as cesarianas sem indicações clínicas com o parto vaginal espontâneo, verificou-se que as complicações graves aumentavam nas mulheres com cesarianas sem indicação, com um *odds ratio* de 2,5. Ou seja, as mulheres que recorriam a cesarianas quando não existiam indicações

<sup>3</sup> Tradução nossa. Disponível na versão original, em inglês, em: [www.nice.org.uk/nicemedia/live/10940/29333/29333.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10940/29333/29333.pdf). Acedido a 28 de Janeiro de 2013

apresentavam um risco duas vezes e meia mais elevado de complicações graves. Logo, a cesariana não é necessariamente um procedimento benigno, a partir de um certo ponto.

Figura 7: Evidências recentes: Parto por cesariana



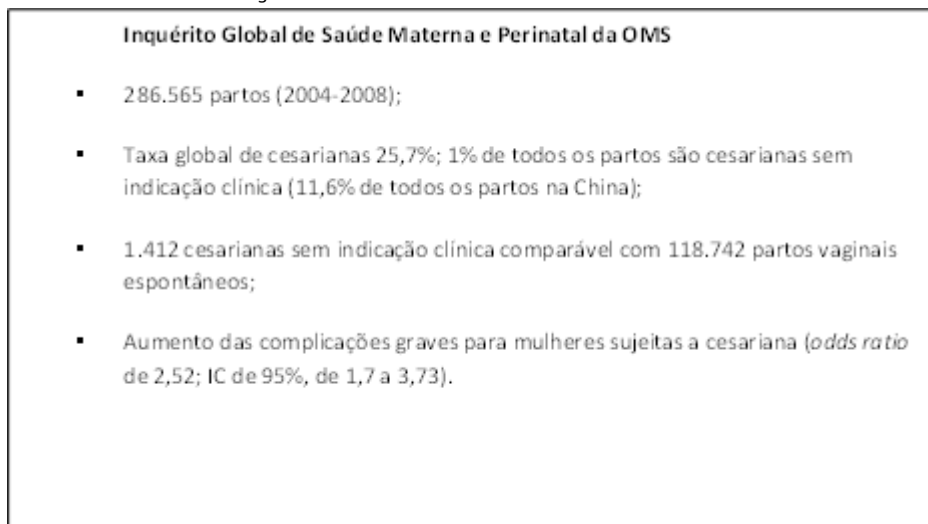
Fonte: Souza *et al.*, 2010<sup>4</sup>

Os dados seguintes (Figura 8) partem de um conjunto de informações similar, também interessante. Compara-se uma ampla variedade de nascimentos destacando três fatores específicos de mortalidade e morbidade maternas:

- No caso de uma cesariana a pedido sem indicação no pré-parto, verificou-se nestas mulheres um aumento de risco da mortalidade e morbidade, com um *odds ratio* de 2,7, pelo que não é isenta de riscos.
- Quanto ao risco no pré-parto, por exemplo em mulheres com pré-eclampsia ou em bebés com grave restrição de crescimento, o *odds ratio* situava-se nos 10,6. É razoável, é de esperar uma taxa mais elevada de mortalidade materna nestas circunstâncias, e a cesariana é declaradamente necessária.
- No entanto - o que eu achei verdadeiramente chocante - foram as cesarianas sem indicação [materna ou fetal] no intraparto ou seja, cesarianas decididas e realizadas durante o trabalho de parto sem qualquer fundamento (evidência científica). Neste caso o *odds ratio* de uma mortalidade ou morbidade severa era superior em 14,2 quando comparada com as cesarianas com indicação médica no anteparto. Assim, os resultados nas mulheres que apresentavam patologia na gravidez eram melhores do que nas mulheres saudáveis sujeitas a cesariana decidida no intraparto. Estes dados mostram que, sem indicação clínica, uma cesariana não se justifica porque pode pôr a mãe e o bebé em risco, e de acordo com os dados, põe em risco a mãe, em particular.

<sup>4</sup> www.biomedcentral.com/1741-7015/8/71. Acedido no dia 28 de Janeiro 2014.

Figura 8: Evidências recentes: Cesarianas na Ásia 2007-2008



Fonte: Lumbiganon *et al.*, 2010<sup>5</sup>

Portanto, a questão é: será que isto é importante para as mulheres? Porque é habitual dizer-se: as mulheres escolhem a cesariana, esta é uma sociedade de consumo, as mulheres querem o que querem, não se pode argumentar contra isso uma vez que a sua escolha é o mais importante.

*Pergunta:* Posso perguntar uma coisa? É sobre o slide anterior (Figura 8), quando diz: pré-parto sem indicação, está a referir-se a cesarianas a pedido?

*Soo Downe:* Sim a pedido, cesarianas puramente a pedido. O que o slide mostra é que, ao comparar as mulheres que optavam por uma cesariana antes do parto, com aquelas que tinham um parto espontâneo, estas estavam 2,7 vezes menos propensas a correr esse risco.

Agora, as informações seguintes são respeitantes ao Brasil. E a razão para ter escolhido este caso é porque se sabe que no Brasil a taxa de cesarianas tem sido historicamente elevada há pelo menos uma geração, provavelmente duas gerações, sendo muitas vezes explicada como sendo a escolha das mulheres, já que as mulheres brasileiras gostam de ficar bonitas, com cicatrizes muito pequenas, não querendo passar pelo trabalho de parto. Sim. Portanto, em 2001 foi realizado um estudo qualitativo (Faúndes *et al.*, 2004)<sup>6</sup> e analisou-se um grande número de mulheres – 656 mulheres em sete hospitais – e a maioria das mulheres afirmaram que preferiam o parto vaginal. Na realidade, o mais interessante foi quando perguntaram qual a preferência de mulheres que tinham tido um parto vaginal e uma cesariana, e 90,4% continuavam a preferir o parto vaginal.

Assim, tendo tido a experiência de ambos os partos, num país onde a cesariana é muito comum, onde se calcula que as mulheres façam escolhas sobre o parto, ainda assim a

<sup>5</sup> [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2961870-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2961870-5/abstract). Acedido no dia 28 de Janeiro 2014.

<sup>6</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15311287](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15311287). Acedido no dia 18 de Janeiro 2014. Versão Portuguesa completa: Faúndes *et al.* [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000400002); Osís *et al.*, 2001, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11742644](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11742644). Acedido no dia 11 de Fevereiro 2014.

grande maioria preferia o parto vaginal. Tudo isto coloca um grande ponto de interrogação sobre o argumento da escolha das mulheres, penso eu. Mesmo aquelas que só tinham tido cesarianas, mesmo assim 3 em cada 4 (75,9%) diziam preferir um parto vaginal numa próxima vez. Por isso, mesmo quando não tinham por comparação o parto vaginal, e inclusive numa sociedade onde as suas mães provavelmente teriam optado pela cesariana, se lhes fosse dada escolha, a maioria delas penderia para o parto vaginal. Agora, obviamente, isto diz respeito a um só país e é apenas um conjunto de dados, não se sabendo se pode ser generalizável; contudo acho que é um exemplo particularmente interessante, já que é um país com uma longa tradição de cesarianas. Uma das coisas que estamos a tentar investigar no âmbito da Ação COST é a ideia de “salutogénese”. Não estamos interessados no que corre mal, em patologia, mas no que corre bem. O que acontece quando as coisas correm muito bem? É nisso que estamos interessados. Também estamos particularmente interessados numa forma de a medir, pois acho que existe uma tendência para medir, em obstetrícia e em cuidados de saúde materna, a patologia – quando as coisas correm mal – e a satisfação. E é um facto bem conhecido para a maioria dos cientistas sociais que se se perguntar a qualquer população se está satisfeita, 80% vai dizer que sim, não importa o que for, por causa das expectativas de resposta. Então, expectativas e experiências tendem a equiparar-se em torno dos 80%. No entanto, o que sucede nos cuidados de saúde materna é que se se prestar um serviço particularmente fantástico, não há como medi-lo, pois tudo o que se pode avaliar é se a utente ficou satisfeita ou não.

Por isso, começámos a pensar no que poderíamos medir além da satisfação. E fizemo-lo neste estudo, observando mulheres que tinham tido partos traumáticos (Thomson e Downe, 2010). Conversámos sobre as suas experiências, e depois acompanhámo-las na sua experiência e trabalho de parto seguintes, normalmente muito melhores. Sabemos que as mulheres tendem a ter nascimentos melhores na segunda vez, especialmente se estão preparadas. Após o nascimento do primeiro filho - estas eram sobretudo as mulheres traumatizadas – usavam termos como violação, horror, abuso, trauma, terror, estas eram as palavras que utilizavam. Depois do segundo nascimento, usavam palavras como alegria, euforia, fantástico, positivo, surpreendente, apaixonada, incrível, e estas não são palavras que se costumam recolher quando se medem os cuidados de saúde materna. Vou ler uma citação de uma mulher:

*“Não só não era negativo, era “wow”, percebe? O corpo humano não é absolutamente fantástico? E aquele tipo de dor positiva, sabe? Alguma coisa boa iria sair dela. E foi simplesmente fantástico, foi mesmo.”*

Não medimos este tipo de coisas, e acho que ao não medi-las perdemos uma quantidade enorme de informação. Este diapositivo é outro exemplo, retirado do *New York City Times*, um pai a falar sobre a experiência de parto muito positiva da sua mulher (Figura 9).

Figura 9: Efeitos salutogénicos dos cuidados de saúde de qualidade

## Cuidados de saúde de qualidade tem efeitos (salutogénicos, fractais) de grande alcance

- *"...Então fui muito além das minhas expectativas, acima a além do que alguma vez poderia ter imaginado*
- *Foi incrível*
- *Senti um amor tão grande pela minha mulher, um amor que nunca tinha antes*
- *Ela deixou-me deslumbrado*

New York City Times 2008



Fonte: New York City Times 2008

E aqui a questão não é só sobre a forma como a mulher se sente, é sobre como o seu parceiro se sente. Isso é importante para a parentalidade no futuro, na verdade sempre me emocionou esta frase, "Ela deixou-me deslumbrado". Está relacionada com o facto de as mulheres serem capazes de expressar o seu carácter feminino no trabalho de parto e de isso ser evidente para o parceiro. É algo que é retirado às pessoas se existir um uso elevado de intervenção tecnocrática durante o trabalho de parto - é algo que se perdeu, eu acho, e é uma pena.

E mais outra citação do mesmo estudo de que vos falei há pouco: "Não é possível ter aquela sensação com nada que exista à face da terra, drogas, álcool, nada. Só queria engarrafar e preservar para sempre esse sentimento. E ainda o sinto". E mais uma vez o ponto sobre esta citação é que as mulheres que experienciam este tipo de trabalho de parto e o próprio parto, ressoa no seu futuro. Não é algo que simplesmente acontece, não é apenas um dia, e depois desaparece. É algo que funciona no futuro, na relação dos pais com o seu bebé, entre eles e o seu parceiro, através de caminhos que estamos apenas a começar a compreender e que não devemos mesmo perder.

E isto interessa às *midwives*? O estudo de que vos vou falar agora, muito brevemente, está a ser levado a cabo por Mavis Kirkham<sup>7</sup>, que alguns de vocês devem conhecer como sendo uma excelente investigadora. Foi-lhe pedido pelo governo britânico que percebesse a razão pela qual as *midwives* deixam a sua profissão, já que este é um problema muito grande no Reino Unido. Temos um número muito elevado de *midwives* registadas, a maioria das quais não está a exercer, e a principal razão invocada para abandonar a profissão era a

---

<sup>7</sup> Professora Jubilada de *Midwifery*, Sheffield Hallam University, Reino Unido.

insatisfação com a forma como lhes era pedido que exercessem. Não era o dinheiro, não eram as horas de trabalho em particular, mas antes porque não podiam exercer o tipo de cuidados maternos que efetivamente queriam praticar; por isso desistiam, por causa de toda a "tecnocracia". Estavam descontentes com a baixa qualidade de cuidados que poderiam prestar, descontentes com a falta de relações que poderiam estabelecer com as suas utentes, descontentes com a falta de pessoal – que também era parte do mesmo problema – e descontentes com a falta de apoio dos administradores (Curtis, Ball e Kirkham, 2006).

Os médicos também estão a desistir e, até ao momento, ainda não houve quem investigasse a questão dos obstetras, apesar do meu palpite ser que, para além do litígio, muitos dos problemas supramencionados também estão em jogo. Tenho muitos colegas obstetras que estão deveras insatisfeitos por já não conseguirem estabelecer relações com as mulheres, e isto é um problema que os afeta tanto quanto afeta as *midwives*. Penso que este não é um fenómeno exclusivo das *midwives*, julgo que as enfermeiras que trabalham em obstetrícia se possam sentir da mesma maneira. Fundámos a campanha para o parto normal no Reino Unido como consequência de alguns destes problemas. A campanha foi criada tendo em vista as *midwives*, embora outros agentes possam fazer uso dela. Baseia-se na narrativa de histórias, histórias relatadas por parteiras, e utilizamo-la como uma forma de isolar os elementos por trás da história, a pesquisa e as questões políticas e práticas; é um *site* que está disponível gratuitamente, podem visitá-lo se tiverem interesse<sup>8</sup>.

Figura 10: Homepage da campanha para o parto normal no Reino Unido

The screenshot shows the homepage of the Campaign for Normal Birth website. At the top, there is a navigation menu with links for Stories, Practice, Research, News, Events, Forum, and Links. The main content area is divided into several sections. On the left, there is a large orange banner titled "The big push for normal birth" with a call to action. Below this, there are two columns: "Research" and "Events", both with call-to-action text and small images. To the right, there is a "Have your say" poll titled "IS ARTIFICIAL RUPTURE OF THE MEMBRANE DONE IN CONJUNCTION WITH EPIDURAL ANALGESIA IN YOUR UNIT?" with "yes" and "no" options. At the bottom, there are links for "Long version of Evidence based guidelines ...", "About the Campaign", "The RCM team", "Site map", and "Terms and privacy statement".

Fonte: [www.rcmnormalbirth.org.uk/](http://www.rcmnormalbirth.org.uk/)

<sup>8</sup> [www.rcmnormalbirth.org.uk/](http://www.rcmnormalbirth.org.uk/)

A próxima questão, que tem a ver um pouco com aquilo que a Joanna estava a dizer, relaciona-se com os contribuintes e financiadores. Este estudo é muito interessante (Figura 11), foi publicado muito recentemente, e examina a medicalização desnecessária. Na verdade não gosto da palavra medicalização, pois acho que não são só os médicos que utilizam este tipo de procedimentos. É por isso que prefiro usar o termo “intervenção tecnocrática”, mas mesmo assim neste estudo chamam-no de medicalização. Observou-se um conjunto diversificado de fatores, de modo a analisar qual era o custo da medicalização desnecessária nos EUA. Como podem ver, a categoria com o maior gasto - intervenções desnecessárias durante a gravidez normal e parto - acabou por custar à economia americana 18 biliões de dólares por ano. Isto começa a ser significativo em tempos de crise económica.

Figura 11: A Cesariana: Interessa às entidades financiadoras e aos contribuintes?

Does it  
matter to  
funders and  
taxpayers?

**Table 3**

Estimated direct cost for select medicalized conditions in 2005.

Medical condition (citation)	Estimated direct medical cost 2005 (in millions)	Year of original data source
Anxiety Disorders (AHRQ, 2008)	10,878.3	2005
Behavioral Disorders (AHRQ, 2008)	4657.5	2005
Body Image (Cosmetic procedures and surgery) (American Society for Aesthetic Plastic Surgery, 2008)	12,376.0	2005
Erectile Dysfunction (Berenson, 2007; Eli Lilly and Company, 2006; Glaxo Smith Kline, 2005; Pfizer, 2005)	1112.1	2005; 2006
Infertility (AHRQ, 2008; Machlin & Rohde, 2007)	1104.2	2005; 2000
Male Pattern Baldness (Anonymous, 1998)	1055.1	1999
Menopause (Wyeth, 2007)	914.3	2006
Normal Pregnancy and/or Delivery (AHRQ, 2008)	18,290.5	2005
Normal sadness (Greenberg et al., 2003)	6204.0	2000; 1990
Obesity (Bariatric surgery and weight loss medication) (American Society for Aesthetic Plastic Surgery, 2008; Encinosa et al., 2005)	1341.1	2005; 2002
Sleep Disorders (Walsh & Engelhardt, 1999)	1,7684.5	1995
Substance Related Disorders (AHRQ, 2008)	1468.7	2005
<b>Total</b>	<b>77,086.30</b>	

Table 3 provides the final estimation cost for all medicalized conditions in 2005 dollars, disaggregated by condition. All data originally collected in a year other than 2005 have been adjusted for inflation the 2005 Consumer Price Index, issued by the Bureau of Labor Statistics (Bureau of Labor Statistics, 2008).

Fonte: Conrad *et al.*, 2010: 1946. Calculado a partir de dados do Bureau of Labor Statistics, EUA (dados de 2005).

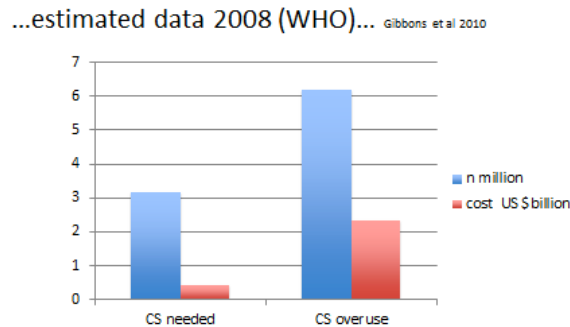
Analisando um outro estudo – também realizado muito recentemente – e publicado pela OMS em 2010 (Figura 12) – aqui olhou-se para o número de cesarianas que não foram feitas e deviam ter sido feitas, e qual o custo associado se tivessem sido; e o número de



cesarianas que não deveriam ter sido feitas, mas foram, e qual o custo adicional que representavam. Será que isto faz sentido?

Figura 12: Comparação internacional de números e custos de cesarianas inacessíveis e desnecessárias

### Unnecessary Caesarean Sections: a Barrier to Universal Coverage



Fonte: Gibbons *et al*, 2010<sup>9</sup>

Então, primeiro temos o número de cesarianas que deviam ter sido feitas e que não foram feitas. Países onde não é possível fazer uma cesariana, onde as mulheres e os bebés morrem porque a cesariana não está disponível. Isto representava cerca de 3 milhões em todo o mundo. E estima-se que, para tornar esta intervenção acessível para mulheres e bebés, o custo seria de aproximadamente meio bilião de dólares. Então, quando olharam para o uso excessivo de cesariana, globalmente, em todo o mundo, descobriram que um pouco mais de 6 milhões de cesarianas tinham sido feitas desnecessariamente, quando não deveriam ter sido realizadas, representando um custo de cerca de 2,3 biliões de dólares. Obviamente que não é tão fácil assim, mas poder-se-ia dizer: se não se fizesse isto, poder-se-ia fazer aquilo. Na realidade, o uso excessivo de medicalização, a intervenção tecnocrática, não é apenas uma questão económica, é também uma questão moral e ética, dado este contexto. Além disso, coloca-se também a seguinte questão: será que podemos pagá-lo? Ou seja, podemos pagá-lo hoje em dia e nos tempos que correm?

Será que o parto normal interessa ao sistema de saúde pública? Este é algum do trabalho que temos vindo a desenvolver na nossa equipa, uma hipótese que temos vindo a desenvolver com um grupo de Yale, da Universidade de Western Sydney e de uma série de outros lugares. Temos estado a analisar as implicações, os resultados de vários tipos de intervenções no trabalho de parto e no parto. Estes estudos são preliminares: não são estudos prospetivos, mas retrospectivos. Por isso, não sabemos o quão "verdadeiros" são os resultados, mas parecem estar a acumular-se numa só direção. E a maioria dos estudos está a ir na mesma direção, o que é extraordinariamente interessante. Então, a hipótese é a de

<sup>9</sup> [www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf). Acedido no dia 28 de Janeiro 2014.

que existem ciclos de *feedback* entre os efeitos hormonais e físicos do nascimento, e estes fenómenos podem ser demonstrados através dos dados (Schlinzig *et al.*, 2009)<sup>10</sup>. Diabetes de tipo 1 no recém-nascido, eczema, asma, esclerose múltipla no adulto a seguir ao parto, bronquiolite e assim por diante. E a hipótese é que isto tem que ver com a mutação dos glóbulos brancos do ADN, afetando a epigenética. Não vou entrar em muitos detalhes, aqueles que quiserem discutir o assunto podem vir falar comigo. Vou-vos mostrar alguns estudos que contribuem para estas conclusões. Estes estudos não são nossos, são estudos que reunimos. Um estudo bastante recente: a cesariana e a esclerose múltipla ligadas à bronquiolite infantil (Hitt, 2011)<sup>11</sup>. Foi um estudo que reanalisou os registos de esclerose múltipla, observando um conjunto de fatores diferentes e potencialmente influentes, descobrindo-se que a cesariana era um dos mais fortes. Portanto, um aumento do risco de esclerose múltipla após a cesariana de 2,5, um *odds ratio* de 2,51, sobretudo no sexo feminino, em raparigas. E nesta coorte, aquelas que tinham esclerose múltipla, em quem era mais evidente, eram mais propensas a desenvolvê-la mais cedo, com uma média de idade de 24,58 *versus* 27,59 para aquelas que não tinham feito cesarianas (Maqhzzi *et al.*, 2011)<sup>12</sup>. É um fenómeno deveras interessante. Mas é claro que não quer dizer que haja uma relação direta de causa-efeito. É um caso extremamente pequeno: não vai acontecer a toda a gente.

Este é um estudo sobre a diabetes de tipo 1, que analisou 20 bancos de dados de crianças com diabetes tipo 1. Olhando para trás, retrospectivamente, descobriram um *odds ratio* de 1,19 depois de uma cesariana e que, novamente, era significativo, todos estes dados são significativos; ou seja, um aumento de 20% no risco, partindo de uma base muito baixa. Não queremos com isto dizer que 20% das crianças irão ter diabetes de tipo 1, o que queremos dizer é que o risco aumenta numa proporção de 1,19 (Cardwell *et al.*, 2008)<sup>13</sup>. Tem havido uma série de estudos, a maioria proveniente de fisiologistas, não de obstetras ou *midwives*, mas vindos também da ciência animal, e também daqueles que se interessam pela fisiologia do recém-nascido, e ainda alguns pediatras. Diria que nos últimos cinco anos foram feitos, provavelmente, pelo menos 20 estudos; e este número está a aumentar drasticamente dado o seu interesse. A teoria é a de que sabemos que existe plasticidade epigenética no início da vida, e pensamos que há algo a acontecer que está a interrompê-la.

Agora gostaria de explorar a seguinte questão: que diferença é que isto faz? Qual é a relevância de fazer qualquer coisa de forma diferente? Digo-vos que talvez devêssemos parar de fazer algumas destas intervenções. Mas o que é que fazemos em alternativa? Existem alguns projetos de que vos quero falar. Sobre os cuidados de saúde materna salutogénicos, há um estudo que foi realizado na Bolívia e onde se fez uma coisa muito simples: formaram profissionais de saúde para que as opiniões e os sentimentos das mulheres estivessem no centro da sua prestação de cuidados. Foi tudo o que se fez. E parte

---

<sup>10</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19638013](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19638013). Acedido no dia 19 de Fevereiro 2014.

<sup>11</sup> [www.medscape.org/viewarticle/753175](http://www.medscape.org/viewarticle/753175). Ver também Moore *et al.*, 2011. [adc.bmj.com/content/early/2011/10/28/archdischild-2011-300607.abstract](http://adc.bmj.com/content/early/2011/10/28/archdischild-2011-300607.abstract). Acedido no dia 19 de Fevereiro 2013.

<sup>12</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21982872?dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21982872?dopt=Abstract). Acedido no dia 19 de Fevereiro 2014.

<sup>13</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18292986](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18292986). Acedido no dia 18 de Dezembro 2013.

disso eram coisas como “as mulheres devem poder acocorar-se para o nascimento” (como se fazia tradicionalmente), “devem poder estar acompanhadas pelos seus parceiros” e “a parteira tradicional deve ser integrada no hospital”. Portanto, não fizeram nada de extravagante, sem medicamentos adicionais, sem nada adicional. Basicamente tratava-se de ser gentil com as pessoas e fazer as coisas de que gostavam. E o que se verificou foi que antes da implementação do projeto a taxa de mortalidade materna era de 600 em cada 100.000 mulheres, e que durante o projeto houve apenas uma morte. Claro que não sabemos se foi em 100, 1000 ou 10.000 mulheres. Não nos é dado o denominador. No entanto parece ser um resultado interessante relacionado com aquele grupo e projeto.

O projeto que se segue foi realizado no Equador, e sobre este dispomos de um pouco mais de informação. É sobre mulheres que dão à luz de pé, como se fazia tradicionalmente. Neste caso, fez-se algo muito idêntico, que também passou por construir a confiança e o respeito mútuos, novamente sendo simpáticos com as pessoas. A mortalidade infantil naquela zona diminuiu para menos de metade da média nacional, após o projeto<sup>14</sup>. Mais uma vez, esta pesquisa pode não ser generalizável, pode até ser circunstancial, mas o que achei extraordinário foi a taxa de cesariana ter baixado para menos de metade: as taxas de cesariana e de mortalidade diminuíram. Uma das coisas comuns a estes dois projetos tem que ver com o facto de as mulheres terem começado a confiar no hospital. Logo, se o hospital foi bom para elas, elas dirigiram-se ao hospital. O que é óbvio.

Há três estudos publicados, um no Lancet, e outros dois em outras revistas médicas muito boas, de grande qualidade, e eram sobre apenas sobre “pôr as mulheres a falar” (Manandhar et al., 2004; Azad et al., 2010; Rath et al., 2010)<sup>15</sup>. Escolheram-se aldeias numa série de países, e metade destas foram selecionadas aleatoriamente de forma a criar grupos em situações rotineiras, onde as mulheres falavam umas com as outras sobre cuidados neonatais; havia um mediador, mas não era necessariamente muito ativo, na maior parte dos casos eram as mulheres que falavam. Na Índia, reduziu-se a taxa de mortalidade neonatal em 32%, o que representa a maior redução de sempre, mesmo com a introdução de medicamentos. No Nepal, sucedeu o mesmo: a redução em 30% na taxa de mortalidade neonatal. Curiosamente, no Bangladesh, houve uma redução, mas esta não pode ser considerada estatisticamente significativa; a hipótese que se avançou era que os grupos eram demasiado grandes. Eram grupos maiores e estavam mais afastados uns dos outros. Então, colocou-se a hipótese de que existe um ponto para lá do qual esta abordagem se torna ineficaz: são necessários grupos pequenos, nos quais as pessoas se conheçam - esta modalidade é mais eficaz.

Termino com uma citação de Sheila Kitzinger<sup>16</sup>:

---

<sup>14</sup> [womensenews.org/story/health/090215/gravity-birth-pulls-women-ecuador-hospital#.UwVINvl\\_tZt](http://womensenews.org/story/health/090215/gravity-birth-pulls-women-ecuador-hospital#.UwVINvl_tZt)

<sup>15</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15364188](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15364188); [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20207412](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20207412); [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2987759/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2987759/). Accessed 19 February 2014.

<sup>16</sup> Sheila Kitzinger é uma ativista do parto natural e autora de vários livros influentes sobre gravidez, parto e o período pós-parto.

*“Para qualquer um que se detenha a pensar nisto, o nascimento não pode ser simplesmente um conjunto de técnicas com vista a tirar um bebé para fora do corpo de alguém. Trata-se da nossa relação com a vida como um todo e o papel que desempenhamos na ordem das coisas. É muito mais um fenómeno do que apenas tirar um bebé para fora.”*

E esta é uma citação de Gandhi: “Sê a mudança que queres ver no mundo.” A razão para a ter posto aqui é porque julgo que é muito fácil para todos nós ir embora e pensar: isto é o governo, - é um problema do governo - ele tem de resolver o problema. Ou muitas vezes as *midwives* dizem que a culpa é toda do médico, se os médicos pensassem nisso, então tudo se resolveria – “não tem nada que ver connosco”. Mas, na verdade, a mudança cabe-nos a todos, às mulheres, a toda a gente. As decisões que as mulheres tomam, as escolhas que tomam e a forma como essas escolhas são apoiadas por médicos, *midwives*, enfermeiras e decisores políticos, todos nós desempenhamos um papel neste processo.

#### **Apresentação de vídeo: A História da Hannah**

<https://www.youtube.com/watch?v=h9oP7OTiXXQ>

#### **DEBATE**

*Maria Schouten:* Acho que foi uma belíssima forma de terminar esta palestra pela Soo Downe, que não só nos deu muita informação como também nos deixou um manifesto. Penso que haverá perguntas e talvez haja algumas ideias que tenham surgido, e gostaria de convidar o público a levantar a mão, se houver alguma pergunta ou qualquer coisa a dizer.

*Participante:* O parto em casa não está registado em Portugal, e ao olhar para o aumento em 600% nos nascimentos fora do hospital, a primeira coisa que os bombeiros disseram é que não é nas ambulâncias que estes bebés nascem. Por isso, pode este aumento estar relacionado com o parto domiciliário por opção?

*Joanna White:* Na verdade não posso responder a essa questão, pois estes números não diferenciam o tipo de parto.

*Participante:* Eu conheço esses números pois no ano passado solicitei ao INE (Instituto Nacional de Estatística) que me facultassem todos os dados relativos ao nascimento e, de facto, tal como você mencionou, os nascimentos em trânsito aumentaram muitíssimo depois de 2005, e no entanto ninguém fala sobre isso, não só sobre o nascimento, mas também sobre a morte dos bebés. Estes números são importantes para ilustrar o que está a acontecer, porque não tem que ver unicamente com o parto em casa. Enviaram-me dados muito completos, alguns dos quais detalhados por região. De facto, estes números impressionaram-me bastante pois revelam que há algo a acontecer. Normalmente dizia-se que as mulheres ficavam muito satisfeitas com o parto em trânsito, com esse tipo de experiência, mas na verdade existe um número significativo de mortes de bebés de acordo com os dados do INE. Por isso, penso que é importante averiguar o que está a suceder, pois não se trata, de modo algum, do parto em casa.

*Joanna White:* Obrigada. Oficialmente, de acordo com dados do Euro-Peristat, há uma taxa de 0,5% de parto domiciliar em Portugal. Suponho que se tratem de partos em casa, logo isso também acontece.

*Participante:* Eu perguntei-lhes, e o que está a suceder não se trata de parto domiciliar planeado, pois o formulário que utilizam para recolher os dados não contempla a pergunta se era ou não planeado. Então, com os valores que temos agora para Portugal, não podemos afirmar se se trata de parto domiciliar planeado ou não, uma vez que alguns dos partos simplesmente aconteceram ou foram em trânsito.

*Joanna White:* Então, há duas coisas muito escondidas aqui: um número de partos domiciliários planeados e outro tanto de partos em trânsito.

*Participante:* Eu acho que é importante. Sei que estão aqui alguns professores de várias universidades e penso que é importante falar com o INE sobre modificar a apresentação dos dados, uma vez que permitirá entender quais são os partos domiciliários planeados e assistidos e quais não são.

*Maria Schouten:* Por acaso, tenho analisado dados de várias fontes e verifico que os números apresentados são muito diferentes. Então isto significa o seguinte: Estas tabelas são construídas para benefício de quem? Por outras palavras, há interesses especiais envolvidos?

*Participante:* Eu recebi do INE o formulário que utilizam e na minha opinião é um bom formulário. Só precisa de ser completado.

*Maria Schouten:* Ok. Mais alguém tem perguntas?

*Participante:* O meu nome é Jacqueline, sou estagiária na IBLCE<sup>17</sup>. Pergunto-me se todas essas *midwives* estão a deixar o Reino Unido, para onde é que vão? Porque há muitas enfermeiras especialistas portuguesas<sup>18</sup> a quererem ir para o Reino Unido.

*Soo Downe:* Infelizmente em Inglaterra há muitos lugares com vagas que não conseguem preencher. Há postos de trabalho disponíveis, mas algumas pessoas foram-se embora porque não se sentiam realizadas com o que estavam a fazer.

*Participante:* Outra pergunta: as taxas de cesariana na Ásia correlacionam-se de algum modo com a idade das mães?

*Soo Downe:* Um dos argumentos para explicar a existência de uma elevada taxa de cesarianas a pedido, em particular na China, tem que ver com a política do filho único. E também com superstições relacionadas com a altura do parto, em que as pessoas preferem ter os seus bebés num momento específico. Para lá disso, se me está a perguntar se a morbilidade materna está relacionada com a idade, isso já não sei responder.

---

<sup>17</sup> International Board of Lactation Consultant Examiners, [www.iblce.org](http://www.iblce.org).

<sup>18</sup> Para as terminologias (*midwives* e enfermeiras especialistas), ver "Nota de Terminologia", página 92.

*Pergunta:* Eu fiquei muito interessada na ideia de que uma experiência de parto positiva terá ecos no futuro, uma vez que penso que um dos problemas de se querer ter uma experiência de parto positiva é o facto de esta ser muitas vezes posta em contraste com a ideia de risco, em particular num parto em casa; mesmo um parto no hospital sem toda a intervenção tecnocrática é muitas vezes encarado como algo arriscado e há quase uma espécie de culpa colocada na mãe - "não é só você, é o bebé" - e a ideia de que se pode estar a ser egoísta. Isto para dizer que acho que a pesquisa sobre esta questão é muito importante, no sentido de ser capaz de mostrar que a intervenção de facto tem efeitos a longo prazo, afeta a parentalidade, sobretudo logo após o nascimento. Penso também na epidural, na ideia de um parto sem dor e como os seus efeitos secundários não são explicados: as mulheres poderão vir a ter terríveis dores de cabeça mais tarde e isso pode afetar os cuidados com bebé. Foi só um comentário.

*Soo Downe:* Obviamente, estamos de acordo sobre a necessidade em estudar essas questões. Eu percebo o que quer dizer: trata-se de encontrar um equilíbrio entre a mulher sentir-se bem consigo e a sua saúde. Se olhar para o estudo "Birthplace"<sup>19</sup>, sobre o local de nascimento, que ocorreu em Inglaterra e que agora está a ser realizado na Holanda e na Austrália, e vai ser interessante verificar quão generalizáveis serão os resultados. Trata-se de um estudo de grande prestígio, conduzido pelo Ministério da Saúde, por pessoas muito conhecidas em todo o Reino Unido, sobre o parto no hospital, em centros de parto junto ao hospital, em centros de parto autónomos e longe do hospital (ambos os centros são geridos por *midwives*), e em casa. No estudo descobriu-se que para todos os grupos de mulheres – exceto para as mães que davam à luz pela primeira vez em casa – os bebés ficavam igualmente bem e era mais barato se o parto acontecesse fora do hospital – tanto num centro de parto como em casa – enquanto para as mães era mesmo mais vantajoso. Então, exceto no caso das mães que davam à luz pela primeira vez em casa, onde a taxa de mortalidade perinatal era um pouco maior – e estão a tentar perceber porquê – para primíparas que dão à luz em centros de parto autónomos ou associados a um hospital mas geridos por *midwives*, e para múltiparas que dão à luz nestes centros ou em casa, os resultados são melhores fora do hospital do que no hospital, para uma gravidez de baixo risco. Portanto, não é de todo verdade que se coloque a experiência de vida das mulheres contra o bem-estar do bebé: sem ter em conta outros fatores, e excetuando as mulheres que, na sua primeira gravidez, têm o parto em casa, era melhor, tanto para a mãe como para o bebé, ter um parto fora do hospital nos casos de mulheres saudáveis e de baixo risco, e era mais barato. Como disse, esse estudo está a ser realizado na Holanda e na Austrália, de modo a averiguar se os resultados podem ser generalizados, no entanto penso que a dicotomia mãe-bebé é, na realidade, falsa.

---

<sup>19</sup> O estudo de coortes Birthplace comparou a segurança de partos planeados em quatro locais: em casa, em centros de parto autónomos, em centros de parto associados a um hospital e em serviços de obstetria: [www.rcm.org.uk/college/policy-practice/midwifery-research/birthplace/](http://www.rcm.org.uk/college/policy-practice/midwifery-research/birthplace/)

*Pergunta:* Eu gostaria de saber se o seu estudo apresenta alguma diferença em relação aos imigrantes e minorias étnicas. Houve diferenças nos dados recolhidos entre mães brancas e minorias étnicas? Será que têm as mesmas escolhas?

*Soo Downe:* Nós ainda não olhámos especificamente para as mulheres migrantes no âmbito do projeto COST, mas iremos fazê-lo. Mas a resposta à sua pergunta é sim, existem diferenças. É normalmente bem conhecido que os migrantes de segunda geração e os migrantes económicos tendem a sair-se bem, no entanto os refugiados, por exemplo, tendem a sair-se muito pior. As mulheres do Oeste Africano saem-se muito pior e têm menos escolhas. As mulheres de origem sul-asiática têm taxas muito mais elevadas de mortalidade perinatal do que as mulheres brancas no Reino Unido.





---

## A humanização do parto: o lema de movimentos sociais relacionados com o parto em Portugal (resumo de comunicação)

JOÃO ARRISCADO NUNES & MARTA RORIZ

*European Patient Organizations in Knowledge Society (EPOKS)*

---

*Maria Schouten:* Infelizmente o Professor João Arriscado Nunes e a Dra. Marta Roriz não puderam estar presentes por razões de saúde. São investigadores no projeto European Patient Organizations in Knowledge Society (EPOKS)<sup>1</sup>, que inclui uma pesquisa sobre os movimentos cívicos que defendem a humanização do parto (Nuno, Roriz e Filipe, 2012). O abstract da apresentação planeada foi distribuído por entre os presentes neste colóquio.

Resumo de comunicação

### **A humanização do parto: o lema de movimentos sociais relacionados com o parto em Portugal**

João Arriscado Nunes e Marta Roriz

O Movimento de Parto em Portugal é um fenómeno recente quando comparado com outros movimentos europeus e envolve diferentes tipos de organizações. As organizações existentes nesta área são de dois tipos. O primeiro tipo inclui *experts-in-experience*, como a organização HumPar (Associação Portuguesa para a Humanização do Parto) que tem um papel essencial nesta área; o segundo tipo abrange um conjunto mais heterogéneo de organizações associadas com profissionais da área, tal como enfermeiras especialistas (parteiras) e doulas. Estes movimentos geralmente visam a promoção de certas práticas em unidades de obstetrícia em hospitais, como o Grupo pelo Direito ao Parto Normal. Esta organização elaborou um documento com o apoio da Direção Geral de Saúde com o objetivo de procurar um consenso sobre um parto “humanizado” entre todas as classes profissionais envolvidas, em cuidados materno-infantis, e alargar esse consenso entre todos os cidadãos.

---

<sup>1</sup> Projeto EPOKS: [www.ces.uc.pt/projectos/index.php?prj=4240&id\\_lingua=1](http://www.ces.uc.pt/projectos/index.php?prj=4240&id_lingua=1)

No entanto, a ausência concedeu-nos a oportunidade de ter uma comunicação diferente, mas de teor relacionado, a ser apresentada por Rita Correia, que fará uma introdução sobre a Associação Portuguesa pela Humanização do Parto (HumPar). A Rita licenciou-se em antropologia e tem trabalhado enquanto doula, sendo presentemente a presidente da HumPar.

---

## HumPar: A Associação Portuguesa pela Humanização do Parto

RITA CORREIA

*HumPar*

---



Lamento que os outros oradores não tenham podido estar presentes, mas é muito gratificante verificar que com um tão curto pré-aviso, foi possível estarmos aqui reunidos, porque também temos trabalhado previamente com as pessoas originalmente convidadas, o João Arriscado Nunes e a Marta Roriz, no projeto do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra.

Peço desde já desculpa pela apresentação, que não é tão completa como gostaríamos, mas não tivemos muito tempo de preparação. Para os que não a conhecem, a HumPar<sup>1</sup> é a Associação Portuguesa pela Humanização do Parto e foi fundada em 2005. Iremos debruçar-nos um pouco mais sobre a associação durante a apresentação, mas como a Professora Soo Downe disse, é muito difícil definir um parto normal e é igualmente difícil definir um “parto humanizado”. É um termo que importámos do Brasil, porque na altura (2005) não era um assunto discutido em Portugal. Tratava-se de um tema que se estava a desenvolver no Brasil. Assim, nós importámos o nome, mas até hoje há algumas dificuldades em defini-lo. Sucintamente, trata-se de um parto onde se confia na fisiologia, e tal como num parto normal, deve basear-se na fisiologia, respeitando simultaneamente a herança cultural de uma mulher que dá à luz. Um aspeto importante a destacar está relacionado com a diferença entre a fisiologia e a patologia, na forma como entendemos o corpo grávido e em trabalho

---

<sup>1</sup> [www.humpar.org](http://www.humpar.org)

de parto. Contrastando com uma abordagem baseada na biomedicina, que vê o corpo como algo que requer uma intervenção ou que deve ser curado, uma abordagem humanizada foca-se na fisiologia e no equilíbrio do corpo durante os cuidados prestados à mulher grávida e em trabalho de parto<sup>2</sup>.

Sendo assim, qual é o ponto de situação em Portugal? A Joanna deu uma breve e muita boa descrição do que tem sucedido no nosso país, mas basicamente, e infelizmente esta frase sumariza o ponto de situação: “depende”. Toda a gente sabe deste facto. Daqui vejo alguém sorrir, pois trata-se de um facto verdadeiro. Não é muito científico dizê-lo, mas é a realidade atual. Em Portugal, se se tiver sorte e se encontrar uma enfermeira-especialista simpática ou um médico simpático pode ter-se um parto excelente no hospital, ou noutro local que se queira escolher. Se não se tiver sorte e se se encontrar alguém que não esteja disponível para compreender a grávida enquanto pessoa, ouvindo-a (algo que um profissional do sector da saúde tem a obrigação de fazer), não se terá a mesma sorte. Em Portugal, não existe muita escolha e a mulher não é o centro das atenções na “operação no processo”, infelizmente.

Temos assistido a diversas mudanças, o que é positivo. Nos sete, oito anos desde a fundação da HumPar, tem havido várias mudanças em Portugal. Diversas associações deram visibilidade ao assunto, e tem havido uma maior consciencialização por parte dos profissionais e da opinião pública. Assim, é bom ter uma abordagem positiva e verificar que se registam mudanças. Todavia, a realidade atual indica que em 90% dos hospitais, ou entre 90% das mulheres que dão à luz, os acontecimentos são baseados no acaso. Tem havido diversas queixas relativamente a abusos perpetrados por obstetras. Há dois anos uma associação<sup>3</sup> foi fundada em Portugal para tornar públicos os abusos por parte de obstetras. Trata-se assim, infelizmente, de um acontecimento muito comum. Também verificamos que há muitos hospitais privados que fornecem cuidados de saúde no parto que facilmente poderiam estar orientados para algo diferente, como num centro de parto, onde as mulheres pudessem ter uma maior liberdade de movimento durante o trabalho de parto e os profissionais de saúde pudessem fazer o seu trabalho de forma mais adequada. Parece todavia que o incentivo do lucro continua a prevalecer.

Em Portugal, o parto em casa continua a ser algo misterioso e encoberto, que toda a gente sabe que acontece. Ninguém sabe como, mas é um facto, e todos sabemos que existe. Na realidade, é caro porque se tem de pagar do próprio bolso a uma enfermeira-especialista para ter cuidados apropriados. Porque ter um parto em casa não é como entrar numa selva e parir sozinha. Isto é, claro, falando metaforicamente, dado que a primeira vez que começámos a falar de partos em casa em Portugal, foi essa a imagem apresentada por alguns médicos: “ah, quer ser uma selvagem e sair do hospital e fazer as coisas à sua maneira”! Claro que não é assim, tem que se ter um profissional, e todos nós precisamos de ser pagos – todos temos a nossas vidas – e é algo muito caro para a mulher que tem de

---

<sup>2</sup> [www.humpar.org](http://www.humpar.org)

<sup>3</sup> [www.malmequer.org/products/historia-do-projecto/](http://www.malmequer.org/products/historia-do-projecto/)

pagar a uma enfermeira-especialista do seu próprio bolso, dado que este apoio não é disponibilizado pelo Sistema Nacional de Saúde. Para além disso, não há muitas enfermeiras especialistas disponíveis. Posso contar pelos dedos das minhas mãos, ou talvez de uma, o número de profissionais disponível em Portugal para o apoio a um parto em casa, o que não é bom nem para os profissionais, nem para as mulheres. Não há formação para cuidados perinatais extra-hospitalares e não há formação de todo para assistência ao parto em casa, pelo que aqui as enfermeiras especialistas não recebem formação para assistirem um parto em casa.

Deste modo não se podem ter padrões de qualidade, não há diretrizes, não há diretrizes oficiais que digam aos profissionais como trabalhar (ou o que fazer baseado em evidência e boas práticas médicas), e não há regulamentação, o que obviamente não é positivo para os que estão envolvidos. As poucas enfermeiras especialistas que trabalham em partos em casa em Portugal não têm acesso a medicação, o que também constitui um problema. Por medicação entenda-se coisas simples e que são absolutamente necessárias para um parto em casa, no caso de uma emergência. E há um outro assunto, que está relacionado com as recomendações dadas às enfermeiras especialistas por parte da Ordem dos Enfermeiros<sup>4</sup>. Não há qualquer indício de que ter duas enfermeiras especialistas seja melhor que ter uma no acompanhamento do parto mas é isso que a Ordem recomenda<sup>5</sup>. Há indicações de que quanto menor o número de pessoas presentes num parto, melhor. E a Ordem dos Enfermeiros também não tem protocolos sobre partos em casa. Usam os mesmos protocolos que o hospital usa quando necessitam de assistir a um parto em casa. Portanto, esta é uma descrição sucinta do ponto de situação em Portugal relativamente a partos em casa. Gostaria de ouvir a opinião dos que se encontram na audiência e que estão familiarizados com o tema que eu apresentei. Tentei ser breve.

Depois temos a comunicação social. Há sete ou oito anos, quando todos estes movimentos começaram a ser fundados, a comunicação social estava interessada. Eles perguntavam: “quem são estas pessoas?”, “como é que isto aconteceu?”, “quais as suas expectativas?”, “por que razão isto está a acontecer?”. Mas o que vemos hoje é que a comunicação social não dá atenção aos movimentos ou ao que está a acontecer no interior da sociedade portuguesa, e estão sempre à procura de histórias negativas e publicidade negativa. Obviamente que podemos estabelecer uma relação com a crise da comunicação social pelo mundo. Estamos assim a viver uma crise, o que, se me permitem, penso ser algo muito positivo, dado que agora temos a oportunidade de mudar as coisas, tanto no sistema de saúde ou no económico, ou ainda na mentalidade das pessoas. Mas o que se passa hoje é que não há informação objetiva e, de cada vez que algo surge nas notícias em Portugal

---

<sup>4</sup> Recomendação n.º 1/2012 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2012): Informação/Recomendações à Grávida/Casal Sobre o Local de Parto, Tipo de Parto e Nascimento dos Seus Filhos. Para ler mais sobre a Ordem dos Enfermeiros: [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)

<sup>5</sup> Na referida recomendação, na p. 2, pode ler-se “(...) recomenda-se que: o profissional de saúde não trabalhe sozinho, (aconselha-se a existência de outro profissional de saúde em caso de necessidade)” (p. 2, sublinhado no original).

sobre um parto em casa, ou humanizado, ou fisiológico, a comunicação social gosta de os apresentar como sendo “más notícias”.

Não tem havido espaço para o debate público, o que eu penso que seria muito importante e valorizado por todos. E relativamente às mulheres em Portugal? Bem, se há sete anos um grupo de 20 ou 30 mulheres com as suas terríveis histórias se juntou através da Internet, foi porque houve um enorme avanço na comunicação que mudou o mundo para todos. Hoje em dia, não falamos de 20, mas possivelmente 20.000 e serão mais de 20.000, porque as mulheres estão a consciencializar-se de que precisam de estar envolvidas no processo do nascimento das suas crianças, e, claro, necessitam de mais apoio. E esse apoio tem resultado de projetos já mencionados, na Índia, Nepal ou Bangladesh. Claro que estamos num país industrializado do primeiro mundo, mas o *modus operandi* do trabalho realizado é exatamente o mesmo e, por isso, penso que necessitamos e devemos ter mais apoio por parte da classe médica, do governo, de psicólogos, e de todos os que estão envolvidos e interessados em fazer do parto uma melhor experiência para todos.

Claro que isto faz retardar o movimento cívico, dado que as pessoas têm as suas próprias vidas. É sempre difícil estar em todo o lado ao mesmo tempo, e somos sempre as mesmas caras, as mesmas pessoas e necessitamos de maior envolvimento do público. Ainda não sabemos como fazer isto acontecer.

Sucintamente, a nossa associação foi fundada em 2006, com 90 membros, e somos agora, oito anos mais tarde, cerca de 500. Tivemos dois congressos em 2006 e 2009, com a presença de conferencistas prestigiados e pessoas que, até àquela altura, nunca tinham estado em Portugal. O congresso de 2006, em particular, foi muito importante, e tivemos o prazer de ter a presença de pessoas como a Sheila Kitzinger<sup>6</sup>. O que podemos fazer, então? O que temos feito desde 2006: fornecer informação, projetar filmes e participar em cada projeto para o qual somos convidados a dar a nossa opinião; participar em reuniões, feiras, “encontros de mulheres”, conversas em faculdades médicas ou escolas de enfermagem, participação na ENCA<sup>7</sup>, que é a rede europeia de associações relacionadas com o parto, tal como a HumPar em Portugal.

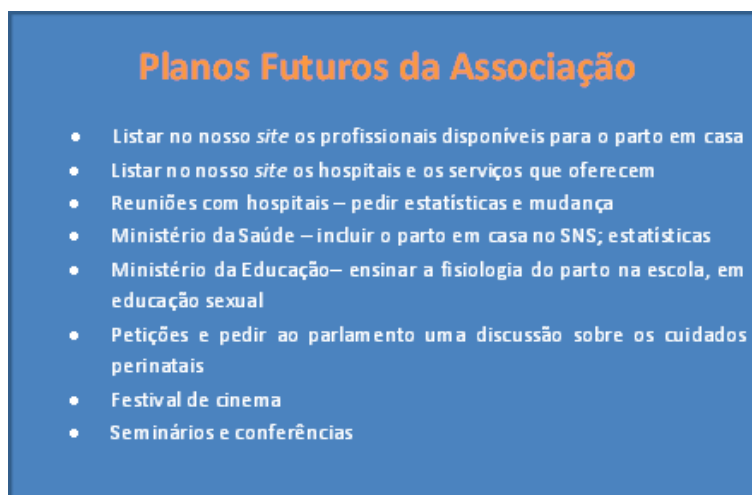
Fomos solicitadas para descrever sucintamente os nossos planos para o futuro (Figura 13).

---

<sup>6</sup> Ver Nota de Rodapé nº 16, pág. 115

<sup>7</sup> The European Network of Childbirth Associations: [www.enca.info/index.php/iwrc](http://www.enca.info/index.php/iwrc).

Figura 13: Os planos da HumPar



São apenas ideias, e eu não vou explicá-las, dado que não são assim tão relevantes para o tema principal de hoje, mas algumas são ainda declarações de missão do início da nossa associação que não foram realizadas, e que ainda queremos realizar, assim como novos assuntos que as pessoas têm sugerido.

Assim, para finalizar, e porque o nascimento é um acontecimento sexual, social, cultural e familiar, a Mary Zwart gostaria de dizer algo breve sobre esta frase, que é sua. Pode dirigir-se aqui e apresentar as suas ideias.

*Mary Zwart (midwife holandesa residente em Portugal):* Obrigada. Eu gostaria de representar as enfermeiras especialistas que trabalham fora do ambiente hospitalar. Verificamos um aumento do número de mulheres que pretendem ter um parto em casa. E se olharmos para as diferenças de um parto em casa, onde a comunidade está envolvida, vemos que é diferente de um parto em ambiente hospitalar. Quando se altera a perceção do que é normal, é muito difícil voltar atrás. No geral, se se usar unicamente o argumento de que o parto em casa é menos dispendioso, isso não é persuasivo para algumas grávidas porque, obviamente, as mulheres querem o que é melhor para os seus bebés, e não apenas o que é mais barato. Deve dizer-se doutra forma, enfatizando que um parto em casa é uma experiência fantástica e que ficar em casa é extraordinário. E a cultura deveria mudar em Portugal no que diz respeito aos partos fora de ambiente hospitalar, dado que é melhor para a sociedade e reforça os laços, o que também é necessário: amor nas famílias, e não a expulsão para um ambiente hospitalar. Agora o que tenho a dizer, primeiro, é que verificamos que os partos em casa estão a aumentar e que os partos em casa são procurados pelas mulheres em Portugal. Gostaríamos muito que os partos em casa fossem incluídos no Serviço Nacional de Saúde e que não fosse necessário pagar, dado que é pelo benefício de Portugal no seu todo.

*Maria Schouten:* Muito obrigada às duas, pelas intervenções. E é verdade que ainda há uma falta de debate público sobre esta questão, é por isso que estamos aqui. Agora iremos assistir a uma apresentação pela Dra. Cristina Teixeira – ela tem muita experiência relacionada com questões de saúde, especialmente saúde pública e perinatal, incluindo o ensino e a prática. Também está ligada à Unidade de Saúde Perinatal no Instituto de Saúde Pública no Porto e é professora no Instituto Politécnico de Bragança. Atualmente está a concluir a sua tese de doutoramento sobre as taxas de cesariana no norte de Portugal.



---

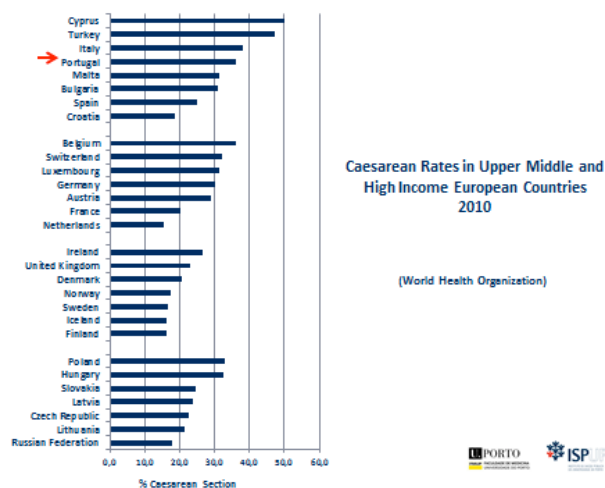
## Fatores que afetam as taxas de cesarianas – resultados de uma pesquisa no Norte de Portugal

CRISTINA TEIXEIRA  
*Universidade do Porto*

---

Boa tarde a todos, deixem-me começar por apresentar o meu projeto de investigação. O meu interesse foca-se nas intervenções obstétricas em Portugal e estou interessada sobretudo nas taxas de cesariana e nas suas determinantes. De acordo com este gráfico (Figura 14), existe uma variabilidade marcada nas taxas de cesariana nos países europeus. É óbvio que esta variabilidade deve-se a diferenças no tratamento obstétrico, no entanto este gráfico revela um padrão geográfico interessante. Nos países do sul da Europa observamos as maiores taxas de cesarianas. Isto reflete dois aspetos importantes: por um lado, as opiniões e preferências relativamente ao parto e, por outro, os obstetras, os prestadores de cuidados, com a sua perceção de risco obstétrico, a conveniência e o medo de processos judiciais. O nosso objetivo era investigar a seguinte questão: porque é que as taxas de cesarianas são tão elevadas em Portugal? Atualmente, a prevalência de taxas de cesarianas em Portugal é de 36%. Por que é tão elevada?

Figura 14: Cesarianas em países europeus com rendimentos médios altos e altos, 2010<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Baseado em dados da OMS; [data.euro.who.int/hfad](http://data.euro.who.int/hfad)

Abordámos esta questão recorrendo a dados de referência de uma coorte de nascimento "Geração 21". As mulheres que deram à luz um nado-vivo em cinco hospitais públicos do norte de Portugal foram convidadas a integrar o grupo entre Abril de 2005 e Agosto de 2006. A amostra final inclui quase 8.500 mulheres. No nosso estudo apenas foram consideradas as mulheres com uma gravidez simples (8.351 mulheres) e excluídas as que tinham uma gravidez gemelar. Esta tabela (Figura 15) revela a distribuição das mulheres de acordo com o início do trabalho de parto, o tipo de parto e o hospital onde o parto ocorreu.

Figura 15: Início de trabalho de parto e tipo de parto, por hospital

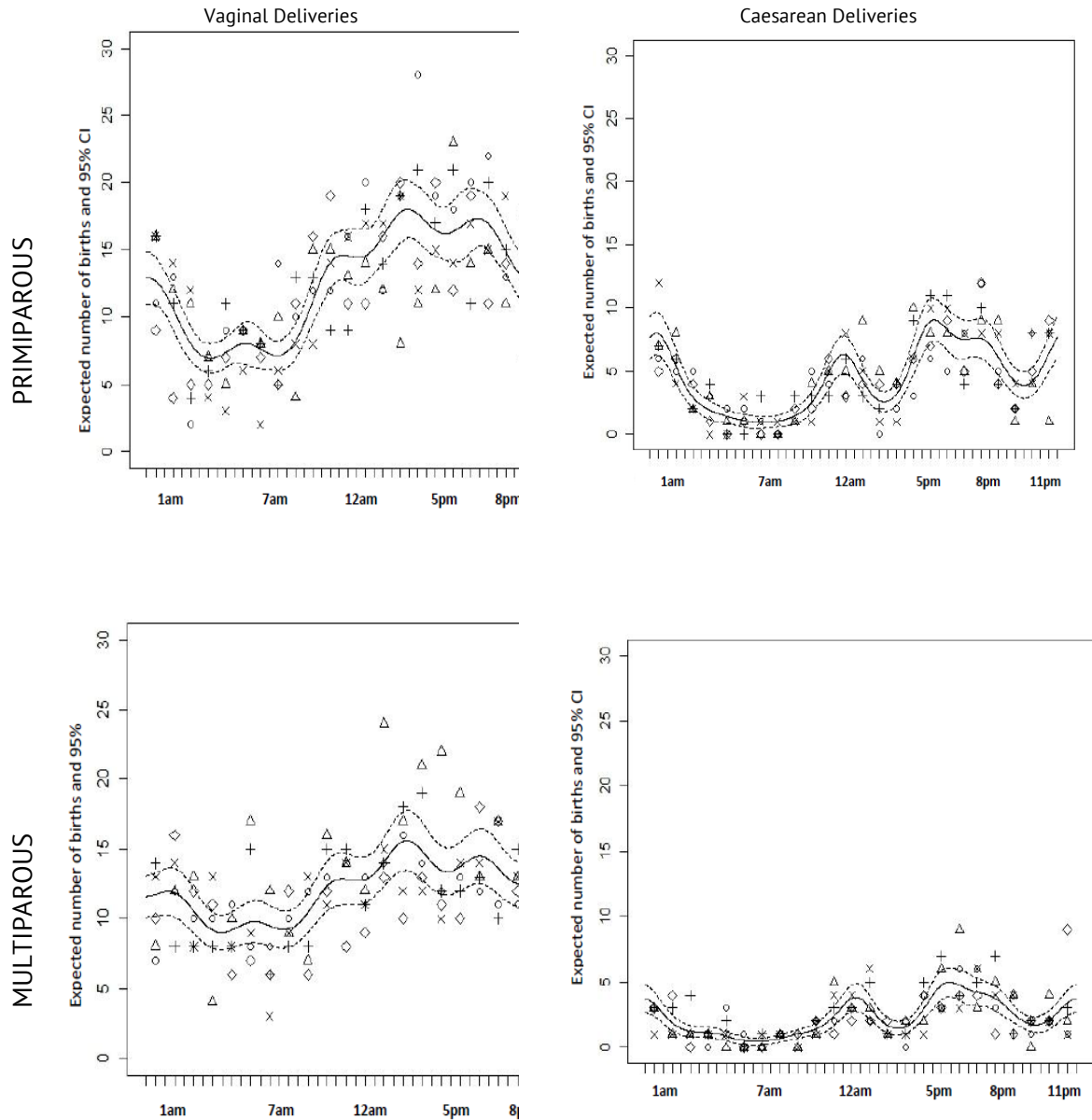
n (%)	All	According to the hospital					p-value
		1	2	3	4	5	
<b>All</b>	8351	1984	1404	884	2040	2039	
<b>Labor Onset</b>							
Spontaneous	5208 (62.4)	1223 (61.6)	1063 (75.7)	362 (41.0)	1305 (63.9)	1257 (61.6)	
Induced	2041 (24.4)	455 (22.9)	237 (16.9)	369 (41.7)	468 (22.9)	512 (25.1)	<0.001
Cesarean before labor	903 (10.8)	235 (11.8)	93 (6.6)	119 (13.5)	235 (11.5)	221 (10.8)	
Not classifiable	199 (2.4)	71 (3.6)	11 (0.8)	34 (3.8)	34 (1.7)	49 (2.4)	
<b>Mode of Delivery</b>							
Vaginal eutocic	4205 (50.4)	1052 (52.0)	748 (53.3)	379 (42.9)	1075 (52.6)	975 (47.7)	
Vaginal instrumental	1170 (14.0)	285 (14.4)	286 (20.4)	139 (15.8)	218 (10.7)	142 (11.8)	<0.001
Cesarean section	2976 (35.6)	667 (33.6)	370 (26.4)	366 (41.4)	749 (36.7)	824 (40.4)	



Como se pode ver, há uma grande diferença na proporção de partos induzidos de acordo por hospital, variando entre 17% e 42%, e a taxa de cesariana variou entre os 26% e 41%. A cesariana antes do início do trabalho de parto variou entre 7% e quase 14%. A cesariana é um procedimento chave, quando se dá importância ao tempo do trabalho de parto. Assim, em primeiro lugar, procurámos compreender a distribuição horária dos partos, analisando apenas os que ocorreram após um início espontâneo de trabalho de parto.

Entre mais de 5.000 mulheres com um início de trabalho de parto espontâneo, 22% passaram por uma cesariana. Nestes gráficos (Figura 16) vê-se a distribuição de nascimentos de acordo com a hora do dia e o tipo de parto, tanto em mulheres primíparas como em mulheres múltiparas. Existe um claro défice nos nascimentos noturnos, no entanto a cesariana apresenta um padrão muito interessante. Entre o meio-dia e as 2 da tarde há uma diminuição repentina seguida por uma tendência crescente nos partos cirúrgicos. Não podemos afirmar que a atividade laboral nos hospitais influencie as taxas, mas, pelo menos, influencia a hora a que a cesariana é realizada.

Figura 16: Distribuição, por horas, de nascimentos, após o início espontâneo do trabalho de parto



Outro problema é o risco de cesariana após o parto induzido. De acordo com o American Congress of Obstetricians and Gynaecologists e com o Royal College of

Obstetricians and Gynaecologists há um conjunto de indicações para a indução do trabalho de parto, como se pode ver neste slide (Figura 17).

Figura 17: Linhas orientadoras do ACOG e do RCOG para a indução de trabalho de parto

- Descolamento de placenta
- Corioamnionite
- Morte fetal
- Hipertensão induzida pela gravidez
- Pré-eclâmpsia, eclâmpsia
- Macrosomia
- Condições médicas maternas (diabetes gestacional, doença renal, doença pulmonar crónica, hipertensão crónica, síndrome antifosfolipídico)
- Compromisso fetal (restrição do crescimento intrauterino grave, isoimunização, oligoâmnios)

Fonte: [www.acog.org](http://www.acog.org) e [www.rcog.org.uk](http://www.rcog.org.uk)

Existem diferenças na distribuição relacionadas com um conjunto de características maternas e com o hospital onde o parto ocorreu. Nesta tabela só se incluíram as mulheres cujo trabalho de parto foi induzido. Como se pode observar, a proporção entre as mulheres sem indicação para indução de trabalho de parto e as mulheres com indicação variou nos hospitais entre 20% e 45% (Figura 18).

Figura 18: Tipo de parto de mulheres que foram sujeitas a indução, por hospital

HOSPITAL	1 n=455	2 n=237	3 n=369	4 n=468	5 n=512	p-value
	N (%) or mean ± standard deviation					
<b>Maternal age (years)</b>	29.4±5.86	30.5±5.44	30.3±4.98	29.6±4.81	28.9±5.59	<0.001
<b>Education level (years)</b>						
=<6	162 (35.9)	68 (28.8)	77 (20.9)	101 (21.7)	147 (28.9)	<0.001
7 – 9	114 (25.3)	51 (21.6)	86 (23.3)	97 (20.8)	181 (35.6)	
10 – 12	83 (18.4)	49 (20.8)	100 (27.1)	125 (26.8)	103 (20.2)	
> 12	92 (20.4)	68 (28.8)	106 (28.7)	143 (30.7)	78 (15.3)	
<b>Parity and previous CS</b>						
Primiparous	275 (60.4)	142 (59.9)	243 (65.9)	316 (67.5)	329 (64.3)	0.142
Multiparous no CS	137 (30.1)	74 (31.2)	90 (24.4)	105 (22.4)	126 (24.6)	
Multiparous previous CS	43 (9.5)	21 (8.9)	36 (9.8)	47 (10.1)	57 (11.1)	
<b>Body Mass Index (Kg/m<sup>2</sup>)</b>						
<25.0	195 (59.2)	147 (63.6)	263 (73.8)	304 (67.1)	306 (62.6)	0.010
25.0 – 29.9	90 (27.4)	58 (25.1)	65 (18.3)	101 (22.3)	130 (26.6)	
≥30	44 (13.4)	26 (11.3)	28 (7.9)	48 (10.6)	53 (10.8)	

<b>Antenatal care</b>						
Only public services	328 (73.1)	146 (66.4)	184 (50.1)	209 (45.0)	321 (70.1)	<0.001
At least 1 visit to private services	121 (26.9)	74 (33.6)	183 (49.9)	255 (55.0)	137 (29.9)	
<b>Indications for induction*</b>						
None	133 (29.2)	48 (20.3)	154 (41.7)	198 (42.3)	233 (45.5)	<0.001
One	199 (43.7)	124 (52.3)	161 (43.6)	188 (40.2)	185 (36.2)	
Two or more	120 (26.4)	59 (24.9)	49 (13.3)	74 (15.8)	83 (16.2)	
No information (%)	0.7	2.5	1.4	1.7	2.1	
<b>Mode of delivery</b>						
Caesarean	161 (35.4)	77 (32.5)	150 (40.7)	214 (45.7)	248 (48.4)	<0.001
Vaginal	294 (64.6)	160 (67.5)	219 (59.3)	254 (54.3)	264 (51.6)	

Foi calculada a associação entre os hospitais onde o parto ocorreu e a prevalência do parto cirúrgico após trabalho de parto induzido. Como se pode ver nesta tabela (Figura 19), registaram-se grandes diferenças entre hospitais, no que diz respeito ao risco de cesariana após uma indução do trabalho de parto, mas essas diferenças são mais visíveis nas mulheres cujo parto foi induzido sem qualquer indicação<sup>2</sup>.

Figura 19: Associação entre hospital e parto cirúrgico, após indução do trabalho de parto

Association between the hospital and surgical delivery after induced labour

Hospital	with no indication for induction		with at least one indication for induction	
	% Caesarean	PR* (95% CI)	% Caesarean	PR* (95% CI)
1	21.8	reference	41.4	reference
2	41.7	1.65 (1.07 – 2.55)	30.6	0.82 (0.64 – 1.05)
3	34.4	1.37 (0.94 – 2.00)	44.8	1.12 (0.92 – 1.36)
4	39.4	1.59 (1.12 – 2.27)	51.1	1.22 (1.03 – 1.46)
5	46.8	1.87 (1.33 – 2.62)	50.4	1.27 (1.06 – 1.51)
	p<0.001		p<0.001	

PR, prevalence ratio  
\* adjusted for maternal age, BMI, parity and previous caesarean



Há investigação, a nível europeu, que revelou diferenças nas taxas de cesariana de acordo com o país de origem. No nosso estudo, classificámos as mulheres em quatro grupos

<sup>2</sup> Para mais pormenores, ver [www.biomedcentral.com/1756-0500/6/214](http://www.biomedcentral.com/1756-0500/6/214). Acedido no dia 28 de Janeiro de 2014


segundo o país de origem: mulheres portuguesas, de outro país europeu, africanas e brasileiras. Como é do vosso conhecimento, em Portugal a imigração está relacionada com antigos laços coloniais. Assim, a maioria das mulheres imigrantes é africana de países de língua Portuguesa, como Moçambique ou Angola, e brasileira. Decidimos avaliar a relação entre a cesariana e o país de origem destas mulheres. Como se pode ver nesta tabela (Figura 20), as mulheres brasileiras são mais propensas a cesarianas. Isto é válido para as mulheres brasileiras primíparas, bem como para mulheres múltíparas, e quer em cesarianas realizadas antes do trabalho de parto, quer nas que são realizadas durante o trabalho de parto.

Figura 20: Risco de cesariana, por país de origem

**Risk of caesarean-section according to the country of birth.**

	All PR* (95% CI)	Parity		Timing of caesarean section	
		Primiparous PR* (95% CI)	Multiparous PR‡ (95% CI)	Before labour PR* (95% CI)	During labour PR* (95% CI)
Portuguese	reference	reference	reference	reference	reference
Non-Portuguese					
European	0.91 (0.69 – 1.22)	0.84 (0.58 – 1.22)	1.15 (0.79 – 1.66)	0.84 (0.41 – 1.75)	0.95 (0.67 – 1.33)
African	1.02 (0.79 – 1.32)	0.97 (0.66 – 1.44)	1.09 (0.79 – 1.51)	1.13 (0.68 – 1.89)	0.98 (0.68 – 1.41)
Brazilian	1.26 (1.08 – 1.47)	1.19 (0.97 – 1.47)	1.39 (1.12 – 1.73)	1.43 (0.99 – 2.06)	1.30 (1.07 – 1.58)

PR, Prevalence Ratio; CI, Confidence Interval  
 \*Adjusted for maternal age, parity and previous c-section and fetal presentation.  
 †Adjusted for maternal age and fetal presentation  
 ‡Adjusted for maternal age, parity and previous caesarean section and fetal presentation

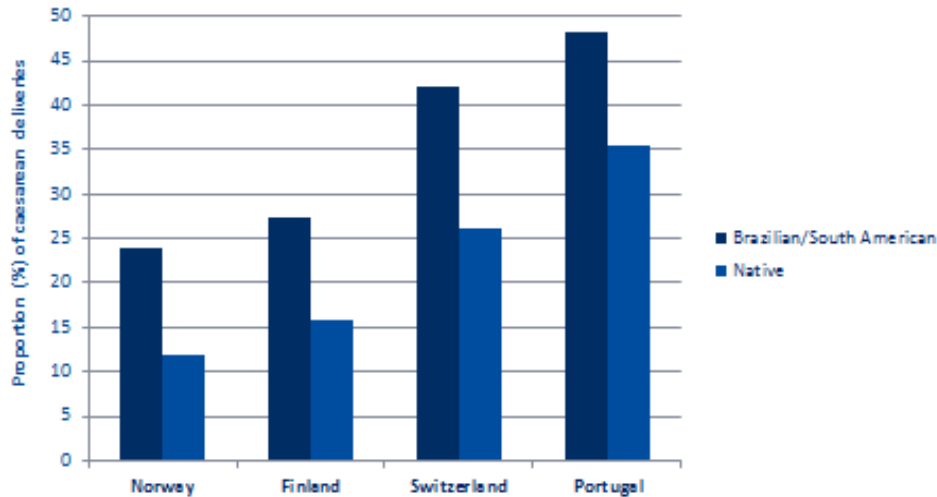


Em comparação com outros estudos de outros países europeus, as mulheres brasileiras e/ou sul-americanas apresentam sempre uma maior frequência nas taxas de cesariana, independentemente do país de acolhimento. Mas como se pode ver no gráfico (Figura 21) a prevalência de cesarianas entre as mulheres brasileiras imigrantes depende da taxa de cesariana entre as mulheres do seu país de acolhimento. O que é que isto significa? Bem, significa que existe uma interação entre as mulheres, os seus pontos de vista culturais em relação ao parto, o obstetra ou o hospital.

E como se pode ver, de acordo com os nossos resultados, é interessante ver essa inter-relação, pois podemos ver como o país de origem, o contexto da prática hospitalar e os protocolos institucionais influenciam a cesariana em Portugal. Tentei, pois, dar uma visão

geral do parto no contexto Português e se tiverem alguma pergunta, farei o meu melhor para responder.

Figura 21: Prevalência de cesarianas entre mulheres imigrantes da América do Sul/ do Brasil e mulheres não-imigrantes, em quatro países europeus.



Vången S et al. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;7:553-558. Data from 1986-95  
 Malin M et al. BMC Public Health 2009;9:84. Data from 1999-2001  
 Merten S et al. Int J Public Health 2007;52:210-222. Data from 2000-02  
 Unpublished data. GERAÇÃO XXI. Data from 2005-06



## DEBATE

*Maria Schouten:* Obrigada. Trata-se de verdadeira medicalização. Antes do intervalo, ouvimos "o outro lado", o do parto com pouca intervenção, e é interessante compará-los. Eu também tenho uma pergunta. Estava a lembrar-me que a Soo disse que dois hospitais, não muito longe um do outro no Reino Unido, apresentavam taxas muito diferentes de cesarianas. Talvez haja também uma relação com o tipo de paciente e os seus desejos. E talvez o que o paciente quer – quando digo paciente, quero dizer a mulher – nem sempre seja tido em conta. Esta é uma pergunta que podemos guardar para o debate. Agora temos perguntas para a Cristina e a Rita, a presidente da HumPar.

*Soo Downe:* Cristina, voltando aos seus dados. Olhando para aqueles que penso que são sobre as primíparas, julgo que não são estatisticamente representativos. Ou são? Estava a pensar se não seria porque aquelas mulheres passaram previamente por cesarianas, vêm do Brasil com cesarianas anteriores, por isso, de facto, aqui está a resposta para a pergunta

sobre a escolha. Como as mulheres vieram do Brasil com cesarianas anteriores, elas estão mais propensas a ter segundas cesarianas. Acha que pode existir um fator causal aqui?

*Cristina Teixeira:* Existem muitos fatores que influenciam estes resultados. Primeiro, as mulheres brasileiras são imigrantes recentes em Portugal e terão tido, provavelmente, o seu primeiro filho no Brasil. Por isso não sei, mas é provável que tragam do contexto brasileiro uma noção própria sobre a assistência obstétrica. Provavelmente, a experiência do primeiro parto é importante.

*Participante:* Eu gostaria de dar continuidade à pergunta de Soo: qual é a posição nos hospitais portugueses sobre o parto vaginal após uma cesariana (VBAC – *vaginal birth after caesarean*)? Muitas vezes, se uma mulher faz uma cesariana, os partos seguintes também serão cesarianas. Também há aqui uma certa atitude entre obstetras e enfermeiras especialistas no sentido de que é algo necessário: “uma vez cesariana, sempre cesariana”, diz-se. Por isso gostaria de saber quais são as políticas nos hospitais portugueses.

*Cristina Teixeira:* Nesta amostra, das mulheres que tinham tido uma cesariana anterior, 70% voltavam a fazer uma cesariana. Eu penso que é a política atual no sistema português.

*Joanna White:* Existe alguém aqui do setor médico português – obstetras ou enfermeiras especialistas – que gostasse de comentar esta questão a partir das suas experiências? É política nos hospitais portugueses realizar cesarianas se o primeiro parto foi uma cesariana?

*Participante:* Eu tenho uma amiga e o seu primeiro parto foi uma cesariana. Ela não queria fazê-lo na segunda gravidez mas teve de o fazer. Por isso, no terceiro filho não havia nenhum médico disponível para fazer um parto normal, então ela optou por fazê-lo em casa, e assim foi. Ela procurou vários médicos e nenhum aceitou apoiá-la num parto normal. Este só é um exemplo.

*Participante:* Será que estou a interpretar bem os dados? Que a maioria das mulheres opta pelos dois tipos de setores: público e privado? Então elas pagam por cuidados no privado?

*Cristina Teixeira:* Não. Nesta amostra todas as mulheres foram recrutadas nos hospitais públicos. São gratuitos para todos os tipos de parto. Em Portugal, neste contexto, quase 40% das mulheres são acompanhadas durante a gravidez por obstetras particulares. Mas neste estudo, todos os partos ocorreram em hospitais públicos.

*Participante:* Eu estou a ajudar esta senhora ao meu lado porque ela diz que não fala bem inglês. Ela trabalha no Hospital Garcia de Horta (Almada), é lá enfermeira especialista, e diz que não é prática comum depois de uma primeira cesariana ter, no parto seguinte, uma segunda cesariana. Então é como se disse, “pode-se ter sorte”. Em alguns hospitais há médicos que irão ajudar a ter um parto natural, enquanto noutros tal já não sucede, por isso eu penso ser uma questão de sorte. Ela teve primeiro uma cesariana e depois um parto natural, por isso realmente depende do que se “apanha”.



*Participante:* As políticas estão a mudar, e tem havido mudanças desde 2005, 2006, penso eu, no sentido de um maior *empowerment* de enfermeiras especialistas. Portanto, tem sido, provavelmente, um dos motivos que têm levado a estas mudanças. A minha questão dirige-se à oradora anterior [Rita Correia]. Devo dizer que sou um pouco cética relativamente ao parto em casa. Estive no Reino Unido há alguns anos e verifiquei que os movimentos pelo parto normal não se referem necessariamente a partos em casa. Estão orientados para os centros de parto<sup>3</sup> e os partos fora do hospital, mas não para os partos no domicílio. O que não ouvi nas apresentações anteriores foi uma referência aos cuidados pré-natais, pois julgo que a forma mais importante de mudar mentalidades é com cuidados pré-natais. E em relação ao sistema de referência de partos no domicílio? Porque eu julgo ser esta uma das razões para os comentários negativos na comunicação social. O governo não apoia os partos em casa, e o que acontece se uma mulher necessita de ir a um hospital em caso de emergência? E o tempo que leva para chegar lá? Os centros de parto que visitei no Reino Unido tinham um sistema consolidado de encaminhamento – tinham apenas mulheres de baixo risco, evidentemente, mas mesmo assim só necessitavam de 10 ou 15 minutos para realizar uma transferência [para o hospital], no caso de uma emergência. Por isso julgo que esta é a questão principal: que os movimentos que defendem o parto normal e o parto em casa devem assegurar a implementação de um sistema de referência.

*Rita Correia:* Em primeiro, a minha apresentação não foi apenas sobre o parto em casa. É um assunto e foi apresentado, eu espero (e se não foi assim, deixo as minhas desculpas) não como uma alternativa, mas como algo que devíamos tornar disponível. É algo que devia ser disponibilizado como opção e para assegurar os direitos da mulher. Isso não significa que todas as mulheres iriam preferir um parto em casa. As pessoas têm o direito de serem céticas, mas isto também tem que ver com uma mudança das mentalidades. É impossível em qualquer cenário garantir um parto sem riscos – nunca se pode dizer isso. É uma questão de mudança de mentalidades, para que as mulheres que queiram ter um parto em casa possam ser ouvidas e reconhecidas como mulheres sensatas, e que não querem pôr em risco a vida do seu filho.

E claro, é muito importante haver sistemas de encaminhamento, que atualmente não temos, de todo. Não apenas sistemas de referência, mas também protocolos disponíveis, que possam ser utilizados pelos profissionais, tal como sucede nos hospitais. Por isso, claro, é muito importante. Uma coisa é lutar pelo direito a ter um parto normal em Portugal. Outra coisa que se liga à anterior é: o direito de uma mulher escolher livremente onde dá à luz o seu filho, algo que é encorajado pela Organização Mundial de Saúde.

*Participante:* Eu estou realmente feliz por ouvir falar de cuidados pré-natais, pois normalmente focamo-nos apenas no parto, mas de facto o nascimento de uma criança começa com os cuidados pré-natais. Na minha gravidez eu tive cuidados pré-natais apenas com uma enfermeira especialista, o que não é fácil de se fazer em Portugal. Eu conheço

---

<sup>3</sup> Ver Nota de Rodapé N° 3, pág. 87.

muitas, muitas enfermeiras-parteias que não se sentem à vontade para realizar cuidados pré-natais. Não se sentem preparadas para o fazer. E posso dizer que 98% das mulheres têm cuidados pré-natais com médicos, o que não é necessário. Durante o intervalo do colóquio falei com algumas parteiras e penso que devemos pensar em mudar o sistema de formação. Eu gosto muito de vocês, porque são raras, de facto, as enfermeiras especialistas que são parteiras de alma e coração! E a maioria das enfermeiras especialistas gosta realmente do modelo médico. Isto é um assunto muito importante. Nós precisamos de uma entrada direta, precisamos de mudar o que temos em Portugal, porque precisamos de mudar os cuidados pré-natais, porque agora mesmo os cuidados pré-natais são realmente intervencionistas. Eu concordo que não se trata do parto em casa, mas está relacionado com o parto em casa, dado que as mulheres que querem escolher por um parto em casa necessitam de ser protegidas e necessitamos de diretrizes e segurança para o parto em casa em Portugal. Mas talvez devêssemos começar por olhar para os cuidados pré-natais, porque é neste acompanhamento que se trata deste tipo de assuntos, mesmo que as mulheres recorram a hospitais públicos. Esta é a minha opinião.

*Joanna White:* Posso apenas acrescentar que no meu estudo tenho entrevistado enfermeiras especialistas, e que quando se diz que a maior parte delas gostam de intervenção, bem, eu não posso concordar. Até agora, quando questiono enfermeiras especialistas sobre a sua definição de parto normal, por exemplo, elas perguntam “quer a minha interpretação de parto normal, ou a interpretação que se aplica onde eu trabalho, e nos procedimentos que tenho de seguir?” Eu penso que este é um dado muito importante: o papel da instituição. As enfermeiras especialistas podem ter a sua opinião pessoal e talvez gostassem de se envolver de uma outra forma, mas trata-se de uma questão de conseguirem fazê-lo ou não. Por isso, estou cética sobre a generalização para todas as enfermeiras especialistas.

*Participante (traduzindo por outra):* Ela [referindo outra participante no colóquio] é uma das proponentes dos direitos do parto natural – parto normal, peço desculpa. Ela diz que uma das dificuldades com que se defronta relaciona-se com o direito de tomar a decisão relativa a uma cesariana. Pode a mulher tomar esta decisão, ou a decisão é do médico? Assim é como se a mulher não tivesse direito à sua própria opinião. Talvez ela queira um parto natural mas os médicos e as enfermeiras levam-na a escolher pela cesariana, por um conjunto de diferentes razões, tal como a necessidade de garantir que o bebé nasça vivo (“para o próprio bem do bebé”). Trata-se de cultura, não de opção. O médico tem sempre o poder de decidir sobre o melhor parto para aquela mulher, e a cesariana é o resultado mais provável. Trata-se de cultura, não de escolha. A enfermeira especialista (parteira) tem uma perspetiva diferente. Mas a pessoa responsável pelo parto é sempre um médico, pelo que no final a sua palavra tem mais força do que a das enfermeiras especialistas. E elas precisam de garantir o seu trabalho, e numa cesariana elas não têm trabalho porque é o médico quem a realiza. A questão é: o importante não é o momento do trabalho de parto mas sim a gravidez, pois é aí que tudo começa. *[Ela é brasileira, mas vive cá e refere-se a Portugal.]*

*Soo Downe:* É fantástico assistir a todas estas conversas – é fantástico! Só queria responder a alguns pontos que apresentou. Em primeiro, desafiou o movimento pelo parto natural a introduzir formas eficazes de encaminhamento. Eu desafio o governo a

melhorar o encaminhamento. Isto porque não compete ao movimento pela humanização do parto fazer esta introdução, a bem da segurança das mães e dos bebês, compete ao governo. Mas isso será o resultado da pressão exercida pelas mulheres. Em segundo lugar, eu diria que a experiência no Reino Unido, na América e Austrália indica que mesmo quando se põem entraves aos partos em casa, as mulheres tomam esta decisão de qualquer forma, e há um aumento da mortalidade. Portanto, não disponibilizar a opção do parto em casa – e deve ser disponibilizado de forma segura – é perigoso. Em terceiro, relativamente à educação pré-natal, eu concordo, mas, mais uma vez, nós por vezes temos um problema no Reino Unido. Eu vou usar o National Childbirth Trust (NCT<sup>4</sup>) como exemplo, apesar de não querer estereotipá-lo. Acontece que as mulheres recebem educação fantástica sobre parto normal, mas quando se dirigem às maternidades as coisas decorrem de uma forma que não esperavam, e ficam profundamente angustiadas com a diferença entre a expectativa e a sua experiência.

Assim, uma das razões pelas quais iniciámos a campanha pelo parto normal no Reino Unido foi termos percebido que as mulheres começavam, conscientemente, a optar pelas cesarianas a pedido, por causa do nosso mau acompanhamento no parto. Por que razão haveriam de se expor ao tipo de serviço que prestávamos no parto? Em vez disso escolhiam a cesariana. Assim, a nossa ideia quando iniciámos a campanha foi a de incentivar as *midwives* a prestar cuidados apropriados no trabalho de parto e parto fisiológicos, pois quando as mulheres são educadas sobre o trabalho de parto e o parto fisiológicos, é isso que se obtém, em vez de uma dissonância entre o que aprendem e a situação com a qual são confrontadas.

E, um último ponto – um comentário otimista pois penso que parte disto pode ser bastante negativo – é o de que, eu não sei se sabem, mas no Brasil nos últimos anos o Ministério da Saúde abriu centros de parto por todo o país<sup>5</sup>. Trata-se um movimento massivo do Ministério da Saúde para pôr centros de parto a funcionar – com oposição dos obstetras, devo dizer – mas o Ministério está empenhado em normalizar o parto. Por isso, há sempre esperança.

*Maria Schouten:* Obrigado a todos. Este debate poderia ainda continuar por bastante tempo, e continuará sem dúvida no futuro, mas temos agora outra apresentação que promete ser também muito interessante e que irá complementar o que foi debatido anteriormente. Gostaria de apresentar Vítor Varela: ele é o presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros e também participante no movimento Pelo Direito ao Parto Normal, e está a conduzir a única unidade hospitalar pública com partos na água existente em Portugal, no hospital de Setúbal.

---

<sup>4</sup> O National Childbirth Trust (NCT) é uma organização relevante de caridade no Reino Unido e oferece informação e apoio na gravidez, no parto e na transição para a parentalidade, com cursos pré e pós-parto.

<sup>5</sup> Pode encontrar-se mais informação no site do Ministério da Saúde do Brasil: [portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/4082-](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/4082-)



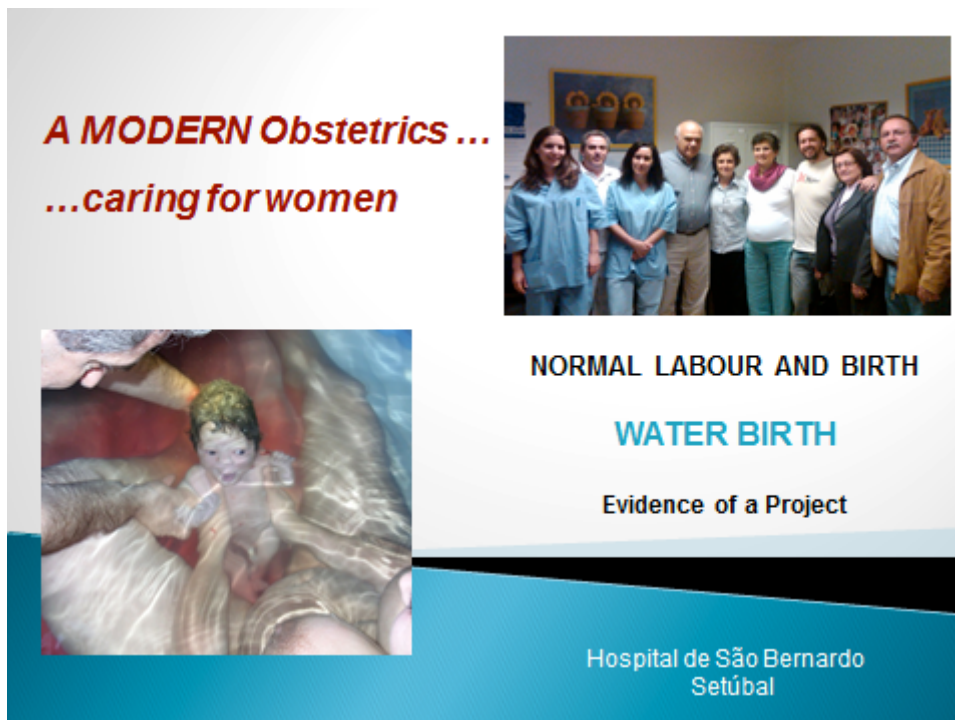
---

## O Parto Normal em Portugal: a experiência de “parto na água” no Hospital de São Bernardo

VÍTOR VARELA

*Hospital de São Bernardo*

---



Em primeiro lugar, a minha língua materna é o português, não o inglês. Eu só falo inglês neste tipo de encontros! Caros colegas, amigos, membros do painel, fico muito satisfeito por ter sido convidado pelo COST Management Committee em Portugal, e agradeço à Joanna White, à Maria Johanna Schouten e à Piedade Vaz a oportunidade de participar neste seminário. A minha especialidade é saúde sexual e reprodutiva e direitos humanos. Trabalho para o interesse comum das enfermeiras especialistas e do nosso grupo-alvo: mães, pais e bebés. Este trabalho implica, em grande parte, promover a visibilidade das enfermeiras especialistas e o seu *empowerment*. Isso inclui influenciar a educação,

desenvolver liderança, colaboração, uma filosofia partilhada e um compromisso, promover a mudança das políticas do governo, e melhorar o conhecimento local, com base na evidência de outros países. Este seminário representa um bom exemplo de como se pode trabalhar no interesse comum dos profissionais de saúde e outros, em particular das parteiras, comunicando no sentido de melhorar o conhecimento global sobre esta realidade.

Todas as enfermeiras-especialistas podem contribuir para aumentar os níveis de confiança na prestação de serviços, através do desenvolvimento de sólidas redes interpessoais, comunidades de prática motivadas e dedicadas, baseadas num sentido geral de respeito e mútuo entendimento entre as pessoas, e promovendo um sentido de participação. A prática das enfermeiras especialistas é necessariamente focada na mulher, mas uma abordagem centrada na família pode ter impactos não só na mulher, mas também no seu bebé, companheiro e outros membros da família. As enfermeiras especialistas são as profissionais preponderantes no acompanhamento e apoio de mulheres em parto consideradas de baixo risco, mas estão também envolvidas no cuidado de mulheres classificadas de alto risco. Há vários dados de diversas pesquisas que demonstram como o cuidado das enfermeiras especialistas tem um impacto importante sobre a mulher e sobre a saúde e bem-estar da sua família. O *continuum* de cuidados, bem como a confiança, os conselhos e o apoio prestados por enfermeiras especialistas têm um impacto muito positivo; o papel das enfermeiras especialistas na saúde pública revela benefícios duradouros. Nós precisamos de atuar a um nível profissional, a um nível político, e nos níveis sociais e económicos porque a comunidade global de saúde materna desenvolveu um bom conhecimento do que funciona e do que não funciona, daquilo que precisamos fazer, e do que não devemos fazer e, claro, um conhecimento das implicações financeiras.

Assim, em países como Portugal podemos aumentar o valor dos cuidados das enfermeiras especialistas para mulheres, bebés e famílias, a fim de melhorar a saúde e o bem-estar da nossa sociedade. Primeiro irei mostrar um curto filme, com cerca de três minutos de duração, sobre a experiência no nosso hospital.

### **FILME. Celebração dos primeiros 25 partos na água do Hospital de São Bernardo<sup>1</sup>**

Pediram-me para apresentar a nossa metodologia e as nossas experiências. Temos uma porta, uma porta aberta, uma oportunidade para implementar algo diferente em Portugal. Atualmente existem mais cinco hospitais como o nosso, concretizando o mesmo projeto. Mas enfrentamos alguns desafios com o tipo de sistema de saúde com que temos de lidar. Complexidade organizacional, especialização de tarefas, escassa ou muito pouca coordenação entre diferentes níveis de cuidados, funcionários que realizam tarefas repetitivas, ineficiência, pouca ou nenhuma capacidade de adaptar os serviços às necessidades dos utentes, uma cultura egocêntrica com um modelo biomédico totalmente

---

<sup>1</sup> Embora o vídeo apresentado não esteja publicamente disponível, pode consultar-se uma breve reportagem sobre os primeiros 25 partos na água do Hospital de Setúbal em <http://sicnoticias.sapo.pt/vida/2012/12/01/hospital-sao-bernardo-e-o-unico-na-peninsula-iberica-onde-se-realizam-partos-na-agua>

desatualizado, onde os utentes não têm um papel ativo em relação aos cuidados e aos tratamentos que lhes são disponibilizados, e também a questão das expectativas - é esta a nossa realidade. É pois necessário realizar uma mudança de paradigma no Serviço Nacional de Saúde em Portugal, no sentido de um maior envolvimento dos profissionais, incluindo as enfermeiras especialistas (parteiras), para permitir que o sistema introduza qualidade nos serviços e cuidados sempre focalizados nos utentes, não esquecendo a continuidade e a coordenação dos cuidados entre níveis diferentes. Precisamos de criar um sistema sensato, consistente, inovador e transparente, aberto a utentes e profissionais de saúde. Apenas uma equipa obstétrica que esteja constantemente a procurar melhorias inovadoras e alternativas pode responder às complexas exigências das grávidas, das parturientes e das novas mães. Uma equipa moderna de obstetrícia deve ser flexível e disponível, mostrar amabilidade e procurar sempre satisfazer os desejos da mulher e do casal. A excelência nos cuidados prestados às mulheres grávidas e mães é a nossa prioridade como equipa, e “ser diferente ou não ser de todo” é o nosso lema.

A atual estrutura vertical deve ser transformada numa estrutura horizontal, em que cada membro da equipa se sinta responsável pelos progressos do trabalho na sala de partos e no serviço, de uma forma geral. Todos os membros da equipa devem estar disponíveis para se dedicarem ao seu trabalho com vigor e entusiasmo, porque é a contribuição de cada um que determina a qualidade do trabalho e a reputação do serviço. Claro, isso não é nada de novo. Para tornar os nossos serviços mais atrativos, bem como mais especializados e competentes, tivemos que redescobrir novas oportunidades de mercado. Igualmente importante foi o desenvolvimento do relacionamento profissional com as mulheres grávidas e os casais, com as mães e os bebês, e também o desenvolvimento de competências de comunicação não apenas para comunicar com as mulheres, mas também dentro das equipas. Também temos médicos no nosso hospital, e precisamos de desenvolver o trabalho com eles.

O trabalho feito na sala de parto e o serviço na sua globalidade deve ser satisfatório, incluindo a estadia no hospital. Hoje em dia as mulheres querem que a sua gravidez e a experiência do parto sejam consensuais e participativas, e é por isso que escolhem um serviço que lhes permita ter o tipo de experiências que nós oferecemos. A possibilidade de dar à luz na água é parte de um conceito mais amplo. O parto natural, normal, tem objetivos, incluindo a absoluta segurança do recém-nascido, ao mesmo tempo que se faculta aos pais uma experiência única. Da nossa experiência, a imersão na água durante o trabalho de parto e o nascimento traz benefícios. O nosso projeto começou em 2009, foi implementado em 2010 e temos uma considerável base de dados sobre este curto período em que temos vindo a atuar (Figura 22). Durante o ano de 2010 fomos contactados 72 vezes e até agora, nos primeiros dois meses deste ano, fomos contactados 73 vezes. Podem observar que tínhamos 12 imersões em 2010 e agora, nos últimos dois meses, já tivemos 6 imersões, 6 partos normais, com 5 nascimentos na água e uma imersão<sup>2</sup>. Podem ver a diferença. Todos os

---

<sup>2</sup> "Imersão" neste contexto refere-se a imersão na água durante o trabalho de parto, mas parto fora da água

casais precisam de um hospital que ofereça este tipo de serviços e tenha esta filosofia. Querem ter seu bebê num lugar como este. Vejam que no total tivemos 391 inquéritos iniciais, 364 entrevistas. Tivemos um total de 71 imersões. Destas, 61 (85,9%) foram partos normais, 31 foram partos na água e 30 imersões apenas durante o trabalho de parto, e 10 (14,1%) foram nascimentos instrumentais ou cesarianas. Podemos celebrar estes resultados.

Figura 22: Resumo de dados do projeto  
Parto na Água, Hospital de São Bernardo, 2010-Feb 2013

*A MODERN Obstetrics ...  
...caring for women*

**WATER IMMERSION DURING LABOUR AND BIRTH  
BENEFITS OF AN EXPERIENCE**

	2010	2011	2012	2013
Contacts	72	103	143	73
Interviews	61	103	143	57
Immersions	12	17	36	6
Births	12 normal births 02 water births 10 only immersion	15 normal births 09 water births 06 only immersion	28 normal births 15 water births 13 only immersion	06 normal births 05 water births 01 only immersion
	00 Instrumental deliveries or CS	02 Instrumental deliveries or CS	08 Instrumental deliveries or CS	00 Instrumental deliveries or CS
	Epidural after immersion	1	0	1

*Pergunta (interrupção):* O que explica a diferença entre as entrevistas e o número de partos na unidade?

*Vitor Varela:* Seguimos um protocolo no hospital, porque seria muito problemático se tivéssemos um problema. Iriam encerrar o projeto. Por esse motivo, o nosso protocolo é muito, muito sensível ao risco. Qualquer mulher ou casal que esteja interessado num parto na água tem que ir ao hospital e tem uma entrevista com a enfermeira-especialista e o médico, não lhe sendo permitido participar no projeto caso não se encaixe nos nossos critérios.

*Pergunta:* O serviço está disponível apenas para mulheres de Setúbal ou podem ser mulheres de qualquer outro lugar?

*(Interrupções – inaudíveis).*

*Vitor Varela:* As mulheres podem vir do Porto, de Faro e da Europa! *(risos)*

*Continuação da palestra:* Entre as nossas utentes já houve mulheres que tinham cesarianas anteriores e acabaram por ter um parto normal. E pode ver os dados recolhidos sobre a duração média da imersão (Figura 23). Este ano (até Fevereiro de 2013), tivemos seis parturientes. O que fizemos até agora? Trabalhámos na divulgação de informação e de educação para a saúde; trabalhámos na organização e na gestão de cuidados efetivos; no *marketing*, aumentando a nossa visibilidade; apostámos em promover uma mudança de atitude, alargando a nossa capacidade de adaptação; e no fomento de cuidados de saúde



adaptados a situações/problemas colocados individualmente por cada grávida, parturiente e pelas novas mães. Uma escolha informada representa um dos nossos critérios. Estamos constantemente a investir na melhoria da qualidade dos cuidados oferecidos (o nosso objetivo são os cuidados individualizados) e no nosso desempenho global. Acreditamos numa mudança pró-ativa no contexto do parto natural, e estamos empenhados num parto personalizado e participativo, sem intervenção, e num ambiente agradável. A segurança hospitalar e os processos normais e fisiológicos são todos respeitados, e a decisão das mulheres deve basear-se na melhor informação.

Figura 23: Duração média de imersão na água e índice de Apgar no Hospital de São Bernardo

*A MODERN Obstetrics ...  
...caring for women*

**WATER IMMERSION DURING LABOUR AND BIRTH  
BENEFITS OF AN EXPERIENCE**

	2010	2011	2012	2013
<b>Immersion average duration</b>	1h50'	1h51' / multipara 1h21' / nulipara	1h39' / multipara 40' / nulipara	1h40' / multipara 1h45' / nulipara
<b>Apgar Score</b>	9/10	9/10	9/10	9/10

Outro objetivo é desenvolver um documento que reúna consensos sobre cuidados baseados na evidência no trabalho de parto e no parto, e conseguir uma maior aceitação do parto natural entre as mulheres e os meios de comunicação social em Portugal. Isto inclui trabalho e estratégias organizacionais, a inclusão de um plano de parto, a preparação da mãe para o parto, providenciar conforto nos locais de nascimento, a sensibilização de enfermeiras especialistas e obstetras, e garantir a utilização correta do partograma como uma ferramenta de trabalho. Uma das nossas estratégias inclui a autorização da ingestão de alimentos durante o trabalho de parto – a OMS aconselha que não haja quaisquer restrições<sup>3</sup> e resolver este problema no nosso hospital público demorou dois anos – dois anos! É muito difícil ultrapassar todos os desafios que enfrentamos, porque, como já foi dito, estamos a operar num sistema que “problematiza” o parto. A nossa estratégia inclui a

<sup>3</sup> World Health Organization 2006. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf)

avaliação do bem-estar fetal, auscultação fetal intermitente, técnicas de alívio de dor não-farmacológicas e farmacológicas, permitindo mobilidade e uma posição ereta durante o trabalho de parto (promovemos a decisão das mulheres sobre a posição mais confortável para o parto), o uso de uma bola de partos, o uso de água (chuveiro, imersão, e partos na água), cuidados perineais, cuidados fisiológicos durante o terceiro estágio, e o bebé está sempre com a mãe. E muito importante, cuidado e apoio individualizados - meus amigos, meus colegas, este último aspeto é tão importante! Muito obrigado.

Figura 24: Fotografia de mãe e bebé depois de parto na água no Hospital de São Bernardo



Fonte: Hospital de São Bernardo. Imagem com direito de autor.  
Reproduzida com autorização do hospital

## DEBATE

*Joanna White:* Obrigado Vitor. Neste momento, este projeto é, em Portugal, bastante singular. Parece que temos imensas perguntas.

*Participante:* O meu nome é Cátia – sou socióloga e sou doula e a minha pergunta vai incidir nestes dois aspetos. A respeito dos números do Hospital de São Bernardo, estava a pensar numa causa possível para explicar a diferença entre as mais de 300 entrevistas prévias e os apenas 71 partos ou "imersões". Pode ser porque a mulher grávida, ou o casal, se encontra muitas vezes distante do hospital e, dado que vivemos numa cultura de medo e não acreditamos plenamente na capacidade da mulher para dar à luz de forma natural, quando a mulher sente os primeiros sinais de trabalho de parto, "passa-se" e vai para outro hospital. Uma mulher grávida vai para um hospital em Lisboa, por exemplo, e talvez quando chega sofra uma intervenção, como romperem-lhe as águas, portanto quando ela entra no

seu hospital já é demasiado tarde para ter o parto natural e a imersão que queria. Também queria perguntar se pode haver uma recomendação hospitalar para a grávida ter uma doula, se isso pode ajudar a que ela não chegue demasiado tarde ao seu hospital.

*Vitor Varela:* Claro que temos doulas na nossa metodologia, e vejo uma delas aqui. Existem doulas dentro de nosso serviço. Para nós, não é um problema das enfermeiras especialistas, é um problema humano. Se uma mulher quer uma doula, então pode incluí-la. Mas segundo os nossos regulamentos, o pai tem então que sair da sala. Temos este problema. Têm de compreender que estas decisões não são tomadas apenas por mim ou pelas enfermeiras especialistas - é toda a equipa: médicos e enfermeiras especialistas. Enfrentamos muitos desafios relativamente a esta questão. Anteriormente, não tínhamos doulas na sala de partos; agora temos. É preciso tempo para que as coisas mudem. A cultura portuguesa é muito diferente da cultura anglo-saxónica e da cultura nórdica - nós temos uma cultura em que a relação com a família é muito próxima e, portanto, o pai é muito importante.

*Participante:* A lei diz que uma pessoa pode estar presente, não tem de ser o pai.

*Vitor Varela:* Sim, mas quem escolhe essa pessoa? A mulher, é claro.

*Rita Correia:* Eu gostaria de fazer uma pergunta pessoal – não represento ninguém – não estou a representar a HumPar, apenas a mim mesma. Acho que é muito bom o que o seu hospital tem feito. Acho que precisamos de bons projetos assim. As minhas dúvidas têm que ver com o tipo de seleção muito apertada que utilizam com as mulheres. Não vou julgar o modo como estão a conduzir o projeto. Precisamos deste tipo de projetos – de projetos-piloto. Precisamos de pessoas como como o Vitor, que estão envolvidas e empenhadas em mudar a situação. Isso, pessoalmente, para mim – Rita – é maravilhoso. E devíamos ter muitos mais.

*Vitor Varela:* Já temos projetos em mais cinco hospitais em Portugal.

*Rita Correia:* A minha pergunta é: não está a criar algo que não é real? Porque o projeto não representa a população real – o risco é tão controlado, o processo é todo tão controlado, que não reflete a realidade. Portanto, é evidente que obtêm bons resultados, e isso é bom para o projeto, e para o financiamento de projetos futuros – porque temos de ser pragmáticos e as coisas precisam de começar a mudar. Precisamos de bons resultados para que os governos e as pessoas que possam estar interessadas em investir dinheiro não tenham tantas resistências em fazê-lo – mas não estarão a criar algo que, fora desse modelo controlado, não vai funcionar da mesma forma?

*Vitor Varela:* A nossa contribuição é disponibilizar o conhecimento, para aumentar o estatuto das mulheres, permitindo-lhes a participação na tomada de decisão que afeta as suas vidas e o seu próprio parto. É isso o que fazemos.

*Participante:* Mas se é apenas uma mulher em 300...

*Vitor Varela:* Tem de perceber que nós podemos expandir este processo. Atualmente, temos partos na água na Madeira – em novembro passado, treinámos os nossos colegas na Madeira. Temos agora cinco hospitais a executar este projeto – queríamos ampliá-lo e portanto convidamo-los a participar. Para nós, é muito importante colaborar.

*Participante:* Pode então o explicar o vosso processo de seleção de risco – porque é que chegaram apenas a 20% das mulheres que inicialmente foram entrevistadas?

*Vitor Varela:* Devo dizer-lhe duas coisas. Em primeiro lugar, as mulheres devem ter uma gravidez normal; em segundo lugar, precisamos ter preparação para o parto: preparação pré-natal.

*Participante:* Então é o que exclui alguns casais? Se fazem ou não a preparação?

*Vitor Varela:* Sim, no nosso projeto a preparação é com enfermeiras especialistas – os casais devem participar num processo de preparação conduzido pelas enfermeiras especialistas. Se temos preparação sem as enfermeiras especialistas, então temos problemas com nosso procedimento.

*Participante:* Eu acompanhei dez casais que deram à luz no hospital de Setúbal e estou muito confusa com aquilo que estou a ouvir. O parto na água é uma das minhas paixões e, em 2008, organizei a primeira palestra em Portugal sobre parto na água, com Cornelia Enning<sup>4</sup>. Talvez uma das razões para a diminuição das percentagens – não sei se ainda é o caso, mas pelo menos até há alguns meses atrás, ainda era assim – é que os casais têm que pagar as aulas de preparação para o parto na água. Recebo muitas mensagens na minha página da Web de casais a perguntar se a posição defendida pela Bionascimento<sup>5</sup> é a de que eles precisam desse tipo de treino. E um dos lugares que oferece esse tipo de preparação para o parto, em Carcavelos não é dirigido por uma enfermeira-especialista, ou é?

*Vitor Varela:* Sem comentário.

*Participante:* OK. Eu compreendo.

*Joanna White:* Por favor, peço que, de cada vez que alguém está a tentar responder a uma pergunta, haja respeito e se deixe que a pessoa termine. Sinto que, às vezes, estamos a ter perguntas a sobreporem-se umas às outras e não sei se o Vitor conseguiu terminar o seu argumento. Podemos fazer as coisas de uma forma um pouco mais sistemática?

*Vitor Varela:* Devo dizer que acho que as enfermeiras-especialistas são fundamentais. Para assegurar que todas as pessoas tenham acesso aos melhores cuidados de saúde reprodutiva: controlo de natalidade, aborto seguro, cuidados pré-natais, e cuidados no parto e após o parto. Na minha opinião, é necessário que as enfermeiras-especialistas tenham uma participação ativa em todas as discussões e atividades que contribuam para melhorar a situação. Antes do mais, temos hoje aqui pessoas que escolheram o nosso serviço para ter o seu bebé. Algumas disseram-me que não quiseram fazer o parto no sítio onde viviam, porque quiseram antes participar no nosso projeto, seguir a nossa filosofia e metodologia. Quiseram, portanto, que o parto fosse em Setúbal. O nosso protocolo é muito controlado, é verdade. Mas muitos escolheram o nosso sistema – e algumas das pessoas hoje aqui presentes fizeram o parto connosco.

---

<sup>4</sup>Cornelia Enning é midwife desde 1975 e é uma pioneira do parto na água. Ver [www.midwiferytoday.com/international/germany.asp](http://www.midwiferytoday.com/international/germany.asp). Ver Enning e Jakobi, 2000; Halseide, 2013.

<sup>5</sup>Bionascimento, fundado em 2005, é um projecto “em prol do respeito pela fisiologia do parto”. As suas atividades abrangem a divulgação de informação e a prestação de serviços como o apoio personalizado no parto. Ver [www.bionascimento.com](http://www.bionascimento.com).

*Participante:* Essa não é a questão. Na verdade, o hospital que temos em Setúbal é o melhor hospital que existe neste momento para o parto natural. Mas considerando o conhecimento que temos sobre a gravidez normal, a pergunta é: por que é que tantas mulheres que são entrevistadas não continuam o processo? Porque, de certeza, as vossas orientações acerca do controlo de riscos não são diferentes das diretrizes baseadas na evidência. Ou são? Não?

*Vitor Varela:* Não. Temos aqui algumas pessoas que assistiram a aulas de preparação para o parto no âmbito do nosso projeto.

*Participante:* O meu nome é Manuela Neves, sou formadora certificada de parto Lamaze<sup>6</sup>. Dou, há nove anos, formação a casais: para partos na água, ou para partos sem ser na água. Tive formação com a Aquanatal International<sup>7</sup>, portanto há muito, muito tempo que faço isto. E sinceramente, tive muitas pessoas que vinham de Lisboa para Setúbal, não uma ou duas ou dez, mas muitas pessoas, que vieram ter comigo para preparar os seus partos na água. E não só para partos na água em Setúbal, mas também para outras unidades. Trabalhei com um obstetra durante dois anos. Quase todos os partos que preparámos foram partos na água e alguns destes realizaram-se noutras unidades médicas. Eu não sou uma enfermeira-especialista, sou formadora certificada de parto Lamaze.

*Participante:* Eu gostaria de perguntar, qual a percentagem de mulheres no Reino Unido que solicitam ou gostariam de realizar o parto na água mas que acabam, na verdade, por não conseguir concretizá-lo? Porque aposto que as percentagens não serão muito diferentes daquelas fornecidas pelo Vitor. E aposto que não são excluídas devido aos custos associados. São excluídas talvez por já terem tido o bebé, antes de chegarem à unidade de saúde, ou porque há mecónio na água, o que o que os impede de fazer o parto na água, ou porque existem outras complicações que precisam de monitorização. Portanto, as pessoas são excluídas não por causa do custo. Não percebo exatamente essa questão colocada aqui por algumas pessoas.

*Soo Downe:* É muito interessante ouvir o debate e compreendo o tipo de emoções que estão a percorrer a sala. Mas acho que a única coisa que eu diria era: comemorem os vossos sucessos! Por favor! Porque, de outro modo, corre-se o risco de se “dividir para reinar”. Percebo a vossa frustração, mas também penso que, na generalidade dos países, o que muda as práticas e filosofias não é a maioria, mas sim uma minoria. Se se conseguir chegar a alguma coisa, como o que foi discutido nesta sala, e concretizá-lo, isso representa uma possibilidade para convencer as pessoas que não acreditam que é possível. E NÃO IMPORTA se são 2%, 10% ou 15%! Isto é mesmo importante – não só o que o Vítor fez, mas tudo o resto que as outras pessoas estão aqui a falar – representa uma inegável fenda na parede, é uma fenda na fachada e recomendo vivamente que trabalhem todos em conjunto e reconheçam o facto de que é uma área limitada, porque tem de o ser, de um ponto de vista

---

<sup>6</sup> Para saber mais, visite: [www.lamaze.org](http://www.lamaze.org)

<sup>7</sup> Ver: [aquanatal.co.uk](http://aquanatal.co.uk)

pragmático. Não deixa, contudo, de ser o começo de uma abertura na parede e, por isso, usem-na efetivamente, não a combatam. É tudo o que eu diria.

*Vitor Varela:* Tenho de reconhecer o trabalho de todos os colegas no meu serviço, porque não sou eu a pessoa mais importante – toda a equipa, todas as enfermeiras especialistas são muito importantes. Tivemos muitos problemas no hospital de Setúbal, há alguns anos atrás – há seis anos, dez anos. Hoje em dia podemos discutir com os médicos. Eles não têm tempo, mas nós temos o nosso tempo, as mulheres têm seu próprio tempo para o parto. Nós não atuamos de acordo com um horário de cesariana. Trabalhamos de perto com as mulheres, com casais. Para dar um exemplo, tivemos um casal numa sala de parto durante 48 horas para ter um parto normal. Isto parece impossível em Portugal, mas uma vez tivemos esta situação. As nossas enfermeiras especialistas concretizam na prática a nossa filosofia. É muito difícil, mas temos uma abordagem moderna. Acho que temos no meu hospital uma equipa muito talentosa, enfermeiras especialistas (parteiras) fantásticas. Sei que nesta área tenho responsabilidades em Portugal – foi aqui que criámos, em 1997, o primeiro movimento para o parto normal entre enfermeiras especialistas.

*Joanna White:* São quase seis horas e suponho que muita gente tem mais coisas a partilhar, e gostava que tivéssemos tempo. O que gostaria de dizer é que, ao organizar este seminário, a resposta massiva que recebemos permite concluir que existe um enorme potencial para criar outros eventos semelhantes, ou eventos mais especializados em tipos diferentes de partilha e de intercâmbio – e esse é o nosso plano para o futuro. Quero agradecer muito a todos por terem disponibilizado o seu tempo e por virem aqui, especialmente à Soo pela sua intervenção, que acho que nos proporcionou muita matéria para refletir. E estou plenamente de acordo com a importância de comemorar o nosso sucesso. Temos um pequeno projeto que pode parecer "irreal", mas vamos comemorá-lo e orgulharmo-nos dele, vendo como podemos avançar futuramente. Antes de terminarmos, gostaria apenas de pedir à Jette, uma das colegas do projeto COST, que é *midwife* na Dinamarca, para dizer algumas palavras.

*Jette Aaroe Clausen (midwife, Dinamarca):* em primeiro lugar gostaria de pedir, por favor, que oiçam bem aquilo que a Soo tem para dizer, porque é importantíssimo! Sabem que fui eu quem introduziu, há mais ou menos 15 anos, o parto na água na Dinamarca, e portanto consigo perceber-vos muito bem. E hoje em dia o parto na água é uma prática institucionalizada. Portanto têm de manter-se unidos e celebrar. É tão valioso poder celebrar os primeiros 25 partos na água! Continuem nesse caminho.

O que quero partilhar convosco é que na Europa existe um movimento muito relevante para vós e para a desmedicalização do parto, que no passado mês de Maio organizou uma conferência em Haia, na Holanda, que procurou enquadrar de um modo relativamente diferente a questão do parto. Estou nesta área há 25 anos e o meu enfoque nos últimos 15 anos tem sido a prática baseada na evidência. Mas existe igualmente uma outra questão: os direitos da mulher no parto. E o que comemorámos em conjunto em Haia

foi o facto de, em 2010, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos ter feito uma declaração sobre os direitos da mulher no parto. O que foi definido foi que as mulheres têm o direito de escolher onde e como dão à luz. E esta conferência acabou por constituir um modo de consciencializar as pessoas sobre a declaração do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos<sup>8</sup>. Agnes Geréb<sup>9</sup> é uma *midwife* húngara, que está atualmente sob prisão domiciliar na Hungria por promover o nascimento fisiológico e o parto em casa. E Agnes é uma das parteiras que se tornou famosa devido ao seu caso, mas existem muitas outras, especialmente no leste da Europa, que enfrentam grandes dificuldades por quererem promover o parto fisiológico. Podemos, de facto, dizer que temos uma “escassez” de partos fisiológicos.

O que quero partilhar convosco está no *site* [Humanrightsinchildbirth.com](http://Humanrightsinchildbirth.com), onde encontram muita informação sobre direitos humanos no parto. É um *site* criado por ativistas de parto, *midwives*, profissionais e advogados de todo o mundo. Se consultarem o *site*, na secção «Ternovszky vs Hungary», encontram o caso que suscitou a declaração do Tribunal dos Direitos Humanos. Ternovszky foi a mulher a quem foi negado o direito parir em casa e que levou o caso a tribunal. Encontram informação sobre isso e se forem à secção “O que posso fazer?” – se clicarem – há um *link* para uma petição que apela ao Parlamento Europeu para que inclua esta discussão na sua agenda. Gostava que fossem a este *link*, e descendo na página encontrarão a petição em 14 línguas diferentes, inclusive em português. Espero que possam ajudar a divulgar este trabalho em Portugal, e que possam pedir a mais pessoas para apoiarem esta causa. Veremos depois o que acontece. Eu não sei o que vai acontecer, mas pelo menos o que estamos a tentar e queremos conseguir é aumentar a consciencialização da dificuldade que as mulheres na Europa têm ao quererem realizar um parto sem intervenção médica. E isso é tudo.

*Aplausos.*

*Joanna White:* Obrigada Jette. Resta-me por agora terminar o encontro e agradecer a presença de todos, agradecer em particular aos nossos conferencistas, e assegurar que quaisquer ideias resultantes deste encontro, para novos eventos, por exemplo, ou para criar grupos de trabalho – falámos já em constituir um grupo de sociólogos e antropólogos para elaborar novos estudos, uma vez que sentimos que existe um vasto campo de pesquisa por desbravar em Portugal – manter-nos-emos em contacto convosco por *e-mail*.

Obrigada pela vossa presença.

---

<sup>8</sup> O tema da conferência era “Human rights in childbirth”. Ver: [www.humanrightsinchildbirth.com](http://www.humanrightsinchildbirth.com)

<sup>9</sup> [www.freeagnesgeréb.com/](http://www.freeagnesgeréb.com/). Ver também: [www.szuleteshaz.hu/letter-campaign-2013/?lang=en](http://www.szuleteshaz.hu/letter-campaign-2013/?lang=en)





## Bibliography/ Bibliografia

- Adam, B., Beck, U. & Van Loon, J. (2000). *The risk society and beyond: critical issues for social theory*. London: Sage.
- Akrich, M. & Pasveer, B. (2004). "Embodiment and Disembodiment in Childbirth Narratives". *Body and Society* 10 (2-3): 63-84.
- Akrich, M., Leane, M., Roberts, C. & Nunes, J.A. (2012). "Practising childbirth activism: a politics of evidence". *Papiers de Recherche du CSI* nº 23. Paris: CSI.
- Alves, F. (2011). *A doença mental nem sempre é doença. Racionalidades leigas de saúde e doença mental*. Porto: Afrontamento.
- Arney, W.R. (1982). *Power and the profession of obstetrics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Augé, Marc (1995). *Non-Places: Introduction to an Anthropology of Supermodernity*. New York: Verso.
- Azad, K., Barnett, S., Banerjee, B., Shaha, S, Khan, K., Rego, A.R., Barua, S., Flatman, D., Pagel, C., Prost, A., Ellis, M. & Costello, A. (2010). "Effect of scaling up women's groups on birth outcomes in three rural districts in Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial". *The Lancet* Apr 3; 375(9721): 1193-202.
- Balin, J. (1988). "The Sacred Dimensions of Pregnancy and Birth". *Qualitative Sociology*.11 (4): 275-301.
- Beck, U. (1992). *Risk Society: Towards a new modernity*. London: Sage.
- Beckett, K. (2005). "Choosing Caesarian: Feminism and the politics of childbirth in the United States". *Feminist Theory* 6: 251-275.
- Bennett, V.R. & Brown, L.K. (eds.) (1993). *Myles Textbook for Midwives*. Edinburgh: Churchill Livingstone (12<sup>th</sup> edition).
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento.
- Cardwell, C.R., Stene, L.C., Joner, G., Cinek, O., Svensson, J., Goldacre, M.J., Parslow, R.C., Pozzilli, P., Brigis, G., Stoyanov, D., Urbonaite, B., Sipetić, S., Schober, E., Ionescu-Tirgoviste, C., Devoti, G., de Beaufort, C.E., Buschard, K. & Patterson, C.C. (2008). "Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies". *Diabetologia* May 51(5):726-35.
- Carneiro, M. (2006). "Em torno de uma profissão feminina: a parteira". *Fórum Sociológico* 15/16: 67 - 82.
- Carneiro, M. (2007). "Ordenamento sanitário, profissões de saúde e cursos de parteiras no século XIX", *Revista da Faculdade de Letras – História* 3 (8): 317-354.

- Carneiro, M. (2008). *Ajudar a Nascer- parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV - 1974)*. Porto: Universidade do Porto Editorial.
- CES (2011). "Saberes em Diálogo: da (des)humanização das políticas de saúde materno-infantil em Portugal às possibilidades da co-produção de conhecimento". *E cadernos CES* nº 11. Coimbra: Centro de Estudos Sociais.
- Cete-Arsenault, D., Brody, D. & Dombeck, M. (2009). "Pregnancy as a Rite of Passage: Liminality, Rituals and Communitas". *Birth Psychology* 24 (2): 69-79.
- Challinor, E. P. (2012). "O parto hospitalar e a auto-etnografia: o desafio de novos territórios". In Matos, A.D. & Schouten, M.J. (eds.). *Saúde: mediações e comportamentos*. Famalicão: Húmus: 145-162.
- Christiaens, W., Nieuwenhuijze, M.J. & De Vries, R. (2012). "Trends in the medicalization of childbirth in Flanders and the Netherlands". *Midwifery* 29: e1-e8.
- Cole, S. (1994). *Mulheres da Praia*. Lisboa: Dom Quixote.
- Conrad, P., Mackie, T. & Mehrothra, A. (2010). "Estimating the costs of medicalization". *Social Science and Medicine* 70: 1943-1947.
- Correia, R. (2011). "O desafio da humanização do parto em Portugal: questões essenciais na actualidade". In Matos, A.R., Costa, S. & Araújo, P. (eds.) *Saberes em Diálogo: da (des)humanização das políticas de saúde materno-infantil em Portugal às possibilidades da co-produção de conhecimento*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais: 104-107.
- Curtis, P., Ball, L. & Kirkham, M. (2006). "Why do Midwives Leave? (Not) being the kind of midwife you want to be". *British Journal of Midwifery* 14 (1): 27 - 31.
- Davis, K. (1997). "Embodying Theory: beyond modernist and postmodernist readings of the body". In Davis, K. (ed.) *Embodied Practices: Feminist perspectives on the body*. London: Sage.
- Davis-Floyd, R.E. (1992). *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press.
- Davis-Floyd, R.E. (2008). "Foreword". In Downe, S. (ed.) *Normal Childbirth: evidence and debate*. London: Churchill Livingstone: ix-xiii.
- Davis-Floyd, R.E. & Sargent, C.F. (eds.). (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press.
- De Vries, R., Wieggers, T., Smulders, B. & Van Teijlingen, E. (2009). "The Dutch Obstetrical system: vanguard of the future in maternity care". In Davis-Floyd, R., Barclay, L. & Tritten, L. (eds.) *Birth Models that Work*. London & Berkeley: University of California Press: 31-54.
- Douglas, M. (1966). *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. London: Routledge.
- Elmir, R., Schmied, D., Wilkes, L. & Jackson, D. (2010). "Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography". *Journal of Advanced Nursing* 66: 2142-2153.

- Enning, C. & Jakobi, H.R. (2000). *O parto na água: um guia para pais e parteiros*. São Paulo: Editora Manole.
- Euro-Peristat (2004). *European Perinatal Health Report*. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. Available at [www.europersistat.com/reports/european-perinatal-health-report2004.htm](http://www.europersistat.com/reports/european-perinatal-health-report2004.htm).
- Euro-Peristat. (2010). *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. Available at [www.europersistat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html](http://www.europersistat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html)
- Faúndes, A., de Pádua, K.S., Osis, M. & Cecatti, J.G., & de Sousa, M.H. (2004). "Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto". *Revista de Saúde Pública* 38 (4): 488-494.
- Faulkner, W. (1985). "Managers and labourers: Women's attitudes to reproductive technologies". In Faulkner, W. & Arnold, E. (eds.) *Smothered by invention: Technology in women's lives*. London: Pluto Press: 109-127.
- Foucault, M. (1975). *Discipline and punish*. New York: Pantheon.
- Foucault, M. (1989). *The Birth of the Clinic*. London: Routledge.
- Fox, B. & Worts, D. (1999). "Revisiting the critique of medicalized childbirth: A contribution to the sociology of birth". *Gender & Society* 13: 326-46.
- Gibbons, L., Belizán, J.M., Lauer, J.A., Betrán, A.P., Meriáldi, M. & Althabe, F. (2010). "The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage". *World Health Report 2010. Background Paper 30*. Geneva: WHO.
- Gimlin, D. (2012). *Cosmetic surgery narratives: a cross-cultural analysis of women's accounts*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books.
- Green, M. H. (2008). *Making women's medicine masculine. The rise of male authority in pre-modern gynaecology*. Oxford: Oxford University Press.
- Halseide, N. (ed.) (2013). *Waterbirth: a Collection of Articles from Midwifery Today magazine*. USA: Midwifery Today.
- Hitt, E. (2011). *Cesarean Delivery Associated With Bronchiolitis in Infants*. Medscape Education Clinical Briefs.
- Illich, I. (1974). *Medical Nemesis*. London: Calder & Boyars.
- Joaquim, T. (1983). *Dar à luz. Ensaio sobre as práticas na gravidez, parto e pós-parto em Portugal*. Lisboa: Dom Quixote.
- Jordan, B. (1997). "Authoritative Knowledge and its Construction". In Davis-Floyd, R.E. & Sargent, C.F. (eds.) *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press: 55-79.

- Kirkham, M.J. (2010). "The maternity services context". In Kirkham, M. (ed.). *The Midwife-Mother Relationship*. Basingstoke: Palgrave Macmillan: 1-16.
- Lamont, M. & Thévenot, L. (2000). "Introduction: towards a renewed comparative cultural sociology". In Lamont, M. & Thévenot, L. (eds.). *Rethinking comparative cultural sociology: Repertoires of value in France and the United States*. Cambridge: Cambridge University Press: 1-22.
- Laqueur, T. (1990). *Making Sex: Body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Lumbiganon, P., et al. (2010). "Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08". *The Lancet* 375, Issue 9713: 490-499.
- Luyben, A. G., Kinn, S. & Fleming, V.E.M. (2011). "Becoming a mother: women's journeys from expectation to experience in three European countries". *International Journal of Childbirth* 1 (1): 13-26.
- Maghzi, A.H., Etemadifar, M., Heshmat-Ghahdarjani, K., Nonahal, S., Minagar, A. & Moradi, V. (2012). "Cesarean delivery may increase the risk of multiple sclerosis". *Multiple Sclerosis* 18(4): 468-71.
- Manandhar, D.S., Osrin, D., Shrestha, B.P., Mesko, N., Morrison, J., Tambahangphe, K.M., Tamang, S., Thapa, S., Shrestha, D., Thapa, B., Shrestha, J.R., Wade, A., Borghi, J., Standing, H., Manandhar, M. & Costello, A.M. (2004). "Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial". *The Lancet*. Sep 11-17; 364(9438): 970-9.
- Martin, E. (2001). *The Woman in the Body*. Boston: Beacon Press.
- Martin, K.A. (1993). "Giving birth like a girl". *Gender and Society* 17: 54-72.
- Martins, M. F. (2007). *Mitos e crenças na gravidez*. Lisboa: Edições Colibri.
- McCallum, C. & Dos Reis, A.P. (2005). "Childbirth as Ritual in Brazil: Young Mother's Experiences". *Ethnos*, vol. 70: 335-360.
- McCourt, Christine (ed.). (2009). *Childbirth, midwifery and concepts of time*. Oxford: Berghahn.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *The Phenomenology of Perception*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Moore, H.C., de Klerk, N., Holt, P., Richmond, P.C., & Lehmann, D. (2011). "Hospitalisation for bronchiolitis in infants is more common after elective caesarean delivery". *Archives of Disease in Childhood*, October.
- Nunes, B. (1997). *O saber médico do povo*. Lisboa: Fim do Século.
- Nunes, J.A. (2006). *A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas*. Oficina do CES, 253. Coimbra: CES
- Nunes, J.A., Roriz, M., & Filipe, A. (2012). *Plataformas biossociais de doenças raras e os movimentos em torno do parto em Portugal*. VII Congresso Português de Sociologia. June 2012, University of Porto.

- Ortner, S. (1974). "Is female to male as nature is to culture?". In Rosaldo, M. & Lamphere, L. (eds.). *Women, culture, and society*, Stanford, CA: Stanford University Press: 68-87.
- Osis, M.J., Pádua, K.S., Duarte, G.A., Souza, T.R., Faúndes, A. (2001). "The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section". *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 75 Suppl 1: S59-66.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11742644>
- Prescott, H. (2009). "Open space, birth-place". *Feminist Review* 93: 101-108.
- Rath, S., Nair, N., Tripathy, P.K., Barnett, S., Rath, S., Mahapatra, R., Gope, R., Bajpai, A., Sinha, R., Costello, A. & Prost, A. (2010). "Explaining the impact of a women's group led community mobilisation intervention on maternal and newborn health outcomes: the Ekjut trial process evaluation". *BMC International Health and Human Rights*. October 22 (10):25.
- Ribeiro, M. (1990). *Temas de Etnologia – Maternidade*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Santos, M. (2012): *Nascer em casa. A desinstitucionalização reflexiva do parto no contexto português*. MA thesis in Health, Medicine and Society, ISCTE, Lisbon.
- Savona-Ventura, C. (1966). "C-section in the Maltese Islands". *Medical History* 37 (1): 37-55.
- Schlinzig T, S., Johansson S., Gunnar, A., Ekstrom, T.J. & Norman, M. (2009). "Epigenetic modulation at birth - altered DNA-methylation in white blood cells after Caesarean section". *Acta Paediatrica*. July, 98(7): 1096- 1099.
- Shilling, C. (2003). *The Body and Social Theory*. London: Sage (2<sup>nd</sup> edition).
- Souza, J.P., Gülmezoglu, A.M, Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Carroli, G., Fawole, B., & Ruyan, P. (2010). "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 Medicine* 8: 71.
- Thomson, G. & Downe, S. (2010). "Changing the future to change the past: women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience". *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 28 (1): 102-112.
- Tripathy, P., Nair, N. Barnett, S., Rajendra Mahapatra, R., Borghi, J., Rath, S., Rath, S., Gope, R., Mahto, D., Sinha, R., Lakshminarayana, R., Patel, V. Pagel, C., Prost, A. & Costello, A. (2010). "Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes and maternal depression in Jharkhand and Orissa, India: a cluster-randomised controlled trial". *The Lancet* 375, Issue 9721: 1182 – 1192.
- Turner, Bryan S. (1987). *Medical power and social knowledge*. London: Sage.
- Turner, Bryan S. (1996). *The body in society*. London: Sage.
- Turner, Victor (1967). *The Forest of Symbols: Aspects of Ndembu Ritual*. New York, NY: Cornell University Press.
- Van Gennep, A. (1960). *The Rites of Passage*. Chicago: University of Chicago Press.
- Van Teijlingen, E., Wrede, C., Benoit, C., Sandall, J. & DeVries, R. (2009). "Born in the USA: Exceptionalism in Maternity Care Organisation Among High-Income Countries". *Sociological Research Online* 14(1): 5.

- World Health Organization (2006). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. Geneva: WHO, UNFPA, Unicef, World Bank Group.
- Young, I.M. (2005). *On Female Body Experience: Throwing like a girl and other essays*. Oxford: Oxford University Press.
- Zerubavel, E. (1979). *Patterns of Time in Hospital Life*. Chicago: University of Chicago Press.

