

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS– UFSCar**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE– CCBS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM– PPGENF**

Luciana Braz De Oliveira Paes

**EXPERIÊNCIA POSITIVA DE PARTO: fatores determinantes e  
influenciadores na perspectiva de mulheres**

**SÃO CARLOS**  
**2022**

Luciana Braz de Oliveira Paes

**EXPERIÊNCIA POSITIVA DE PARTO: fatores determinantes e influenciadores na perspectiva de mulheres**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Orientadora: Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro

SÃO CARLOS-SP

2022



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Luciana Braz de Oliveira Paes, realizada em 01/12/2022.

**Comissão Julgadora:**

Profa. Dra. Marcia Regina Cangiani Fabbro (UFSCar)

Prof. Dr. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso (UNIOESTE)

Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori (UFSCar)

Profa. Dra. Mariana Torreglosa Ruiz (UFTM)

Profa. Dra. Nayara Girardi Baraldi (USP)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Dedico este trabalho às mulheres que participaram do meu aprendizado, em especial as que ouvi e que colaboram com suas experiências.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que está sempre comigo, fortalecendo e iluminando meus passos.

Aos meus pais, Antônio (*in memoriam*) e Lourdes, pessoas de caráter íntegro que desde pequena me ensinaram os verdadeiros valores da vida. Agradeço imensamente o apoio incondicional de vocês.

Ao meu amado William, por ser meu companheiro, por me apoiar incessantemente, por se dedicar a nossa família na minha ausência, e pelo amor que nos une. Obrigada por estar todos os dias ao meu lado.

Às minhas filhas Isabella e Júlia, pelo amor infinito e por me fazer ser cada dia melhor. Vocês são a razão da minha existência.

Às minhas irmãs Adriana e Janaína, agradeço pela paciência e compreensão da minha ausência nos momentos que foram necessários para minha dedicação a esse trabalho.

Aos meus sobrinhos e sobrinhas, pelas bagunças e alegrias da vida! E com eles toda minha amada família.

À minha orientadora, Profa. Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro que, como educadora, compreendeu o meu ponto de partida e respeitou o meu ritmo de aprendizagem, problematizando e despertando em mim novos olhares para a sustentação desta Tese. Obrigada pela dedicação à minha formação profissional. Obrigada, especialmente, por ter me acolhido e entendido minhas inquietações.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, por todas as oportunidades de aprendizado. Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo acolhimento e pelas inestimáveis contribuições à minha formação acadêmica.

Às Profas. Dras. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso e Jamile Bussadori que gentilmente colaboraram para construção desta tese, com suas sugestões no exame de qualificação.

A todas as enfermeiras obstetras, que partilham comigo a luta pela enfermagem obstétrica e pela assistência digna as mulheres.

Aos docentes e gestores do Centro Universitário Padre Albino de Catanduva, pelo apoio e incentivo.

A todos aqueles que colaboraram, de alguma maneira, para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos. Muito Obrigada!!!

## RESUMO

**Objetivo:** compreender o processo de parturição de mulheres pela identificação dos fatores que influenciaram na experiência positiva de parto e da apreensão desse processo por elas. **Método:** misto do tipo explanatório sequencial. Na etapa quantitativa (1<sup>a</sup>), utilizou-se o desenho transversal com aplicação do questionário T-IHAMC, entre janeiro a junho de 2021, com 265 puérperas do alojamento conjunto. Para análise, utilizou-se a estatística descritiva e, para estimar os riscos relativos, a regressão de *Poisson*. Na etapa qualitativa (2<sup>a</sup>), utilizou-se a entrevista aberta, aplicada entre um a seis meses após nascimento, com 44 puérperas que participaram da 1<sup>a</sup> etapa e apresentavam narrativa compreensível. Realizou-se a análise temática. A combinação dos métodos ocorreu na conexão e integração dos resultados e discussão. **Resultados e Discussão:** Fatores mais próximos de uma experiência positiva: sabiam como ficou a vagina (98,02%) e não entenderam como experiência ruim pequenas lacerações; recém-nascidos apresentarem Apgar  $\geq 7/5^{\circ}$  minuto (96,92%), indicações das induções atenderam recomendações (96,43%), utilizado misoprostol para indução (84,38%), escolha do acompanhante (95,47%), serem assistidas no puerpério imediato (78,11%), não apresentarem hemorragias (95,09%), intercorrências pós-parto (70,19%) ou infecções (83,9%). Não foram deixadas sozinhas (82,2%), valorizaram a disponibilidade de atenção e a enfermeira obstetra. Orientadas quanto o retorno (55,08%). Foram oferecidos métodos de alívio da dor (78,9%), puderam beber e comer (76,36%), não foi realizado amniotomia (60,75%) e Kristeller (86,14%). Procuraram o hospital em trabalho de parto (TP) (61,89%) e na fase ativa. Fatores que interfeririam negativamente na experiência: predomínio da cesárea (61,89%), mulheres não entraram em TP (64,91%), ausência do plano de parto (100%), separação do binômio (100%), privação do contato pele a pele/amamentação na primeira hora (55,09%), restrição do acompanhante (99,6%), ausência da doula (99,08%), escassez da analgesia e desconhecimento pelas mulheres (97,25%), puxo dirigido (94,06%), preestabelecimento da posição de parir (90,1%), excesso de toque vaginal por mais de um profissional (56,88%), privação da movimentação no TP (55,05%), manter acesso venoso no TP (58,26%). A indução foi temida. Houve situações desrespeitosas (69,49%), não tiveram privacidade (83,9%), as escolhas não foram levadas a sério (78,39%), trauma perineal ou cesárea (84,41%). A comunicação e a segurança apresentaram divergências entre as etapas, contempladas apenas na quantitativa. A insegurança e o desrespeito apresentaram maiores chances para mulheres que realizaram parto normal. **Conclusão:** Os fatores que influenciaram estavam mais próximos da experiência positiva quando relacionados a fatores clínicos, protocolares ou disponibilidade de atenção. As

experiências negativas estiveram relacionadas ao excesso de intervenções, privação de direitos e de escolha, comunicação ineficaz, insegurança, ausência de privacidade e restrição do acompanhante. Houve preferência pela cesárea para mulheres que: tinham medo da dor e como seriam tratadas no TP, por falta de informação, traumas anteriores e sofrimento de outras parturientes. Associações quanto ao tipo de parto mostraram que mulheres que realizaram cesárea sentem-se mais seguras e tem menores chances de desrespeito. Espera-se que este estudo colabore na elaboração de políticas, protocolos, normas, que assegurem que a mulher e seu bebê não só sobrevivam, mas vivenciem com intensidade e dignidade este momento.

**Palavras-chaves:** Acontecimentos que Mudam a Vida; Estudos Mistos; Mulheres; Parto; Período Pós-Parto.

## ABSTRACT

**Objective:** To understand the parturition process of women by identifying the factors that influenced a positive experience of childbirth as well as their apprehension of this process.

**Method:** It is a mixed explanatory sequential research. In the quantitative Stage (1<sup>st</sup>), the study used a cross-sectional design, applying the T-IHAMC questionnaire to 265 postpartum women from cohabitation from January to June 2021. For data analysis, the study used descriptive statistics and to estimate the related risks the regression of Poisson. In the qualitative stage (2<sup>nd</sup>), the research used open interviews, applied between one and six months after birth, with 44 puerperal women who participated in the first stage and presented an understandable narrative.

A thematic analysis was performed. The combination of the methods occurred in the connection and integration of the results and discussion. **Results and discussion:** Factors closest to a positive experience: knew how the vagina looked (98.02%) and did not consider minor lacerations as a bad experience; newborns presented Apgar  $\geq 7/5^{\text{th}}$  minute (96.92%), indications of the inductions met recommendations (96.43%), used misoprostol for induction (84.38%), choice of companion (95.47%), were assisted in the immediate puerperium (78.11%), did not present bleeding (95.09%), postpartum complications (70.19%) or infections (83.9%). We're not left alone (82.2%) and valued care availability and the nurse obstetrician. Were guided concerning the follow-up visit (55.08%). Were offered pain relief methods (78.9%), were allowed to drink and eat (76.36%), amniotomy (60.75%) and Kristeller (86.14%) were not performed. Visited the hospital in labor (61.89%) and in the active phase. Factors that negatively interfered with the experience: predominance of cesarean section (61.89%), women did not go into labor (64.91%), absence of birth plan (100%), separation of the binomial (100%), deprivation of skin-to-skin contact/breastfeeding during the first hour (55.09%) companion restriction (99.6%), absence of doula (99.08%), lack of analgesia and lack of knowledge by women (97.25%), directed pull (94.06%), pre-establishment of the delivery position (90.1%), excessive vaginal touch by more than one professional (56.88%), movement deprivation in labor (55.05%), maintain venous access in labor (58.26%). Feared induction. Occurrence of disrespectful situations (69.49%), lack of privacy (83.9%), choices were not taken seriously (78.39%), perineal trauma or cesarean section (84.41%). Communication and security presented divergences between the stages, contemplated only in the quantitative one. Insecurity and disrespect presented higher chances for women who gave birth normally. **Conclusion:** Influencing factors were closer to a positive experience when related to clinical, protocol factors, or care availability. Negative experiences were related to excessive

interventions, deprivation of rights and choice, ineffective communication, insecurity, lack of privacy, and restriction of the companion. There was a preference for cesarean section for women who: feared pain and how they would be treated in labor due to lack of information, previous trauma, and suffering of other parturients. Associations regarding the type of delivery showed that women who performed cesarean section feel safer and have lower chances of suffering disrespect. This study aims to collaborate in the elaboration of policies, protocols, and norms that ensure that the woman and her baby do not only survive but also experience this moment with dignity and intensively.

**Keywords:** Life-changing events; Mixed studies; Women; Parturition; Postpartum Period

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Representação esquemática do modelo de atenção intraparto da OMS.....	40
<b>Figura 2.</b> Representação esquemática do modelo de atenção intraparto para uma experiência positiva de parto.....	41
<b>Figura 3.</b> Etapas da pesquisa, conforme desenho explanatório sequencial. ....	50
<b>Figura 4.</b> Fluxograma do número de participantes por etapas do estudo.....	57
<b>Figura 5.</b> Percentual de repostas das variáveis do T-IHAMC comparado com as recomendações da OMS.....	74
<b>Figura 6.</b> Comparação entre a via de parto e o risco relativo em ter as recomendações da OMS atendidas ou não atendidas conforme T-IHAMC. ....	83

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Percentual dos resultados referentes a caracterização dos nascimentos utilizando dados do SINASC. Catanduva, SP, 2018-2019.....	51
<b>Tabela 2.</b> Percentual referente às variáveis de caracterização sociodemográfica e obstétrica. Catanduva, S.P,2021.....	61
<b>Tabela 3.</b> Percentual de recomendações intrapartais atendidas e não atendidas. Catanduva, S.P,2021.....	65
<b>Tabela 4.</b> Variáveis do T-IHAMC com respostas esperadas e não esperadas. Catanduva, S.P, 2021. ....	72
<b>Tabela 5.</b> Risco relativo estimado em ter a recomendação atendida segundo cesárea e parto normal. Catanduva, S.P, 2021. ....	74
<b>Tabela 6.</b> Relação em ter acompanhante durante toda a internação e o acompanhante ser de escolha da mulher. Catanduva, S.P,2021. ....	84
<b>Tabela 7.</b> Percentual de respostas entre as brancas e não brancas quanto ao risco relativo de ter a recomendação atendida. Catanduva, S.P,2021. ....	84
<b>Tabela 8.</b> Percentual das respostas entre os tipos de profissionais que atenderam o parto ou cesárea e sua relação em pedir permissão para realizar um fórceps, vácuo ou cesárea e o profissional se apresentar. Catanduva, S.P, 2021. ....	90
<b>Tabela 9.</b> Percentual entre as respostas do item 29, se o trabalho de parto precisou ser induzido e, as relações com as questões 30,31,32,65,66,67,68,69. Catanduva, S.P, 2021. ....	90
<b>Tabela 10.</b> Associação do trabalho de parto ser induzido com as questões 30, 31, 32, 65, 66, 67, 68, 69. Catanduva, S.P, 2021.....	94
<b>Tabela 11.</b> Relação entre a bolsa ser rota por algum profissional (questão 42) com o profissional pedir permissão para este procedimento e se a mulher entendeu porque a bolsa precisou ser rompida. Catanduva, S.P, 2021. ....	96
<b>Tabela 12.</b> Relação entre as respostas se os profissionais se apresentaram, com o tipo de profissional que atendeu seu parto. Catanduva, S.P, 2021.....	97
<b>Tabela 13.</b> Percentual de respostas entre as pacientes com resposta não ou sim à questão 52 e o risco relativo estimado comparando o risco de ter a recomendação atendida entre as respostas não e sim da q. 52. Catanduva, S.P, 2021. ....	97
<b>Tabela 14.</b> Percentual de respostas entre as pacientes com resposta não ou sim à questão 55 (o trabalho de parto foi induzido), o risco relativo foi estimado comparando o risco de ter a recomendação atendida entre as respostas não e sim da q. 52. Catanduva, S.P, 2021.....	98

<b>Tabela 15.</b> Relação das questões 68, 67, 66, 65, 64, 63, 62, 54, 53 com a 69, apresentando o risco relativo estimado comparando-o com ter a recomendação atendida do item 69 entre as respostas não recomendadas e recomendadas das demais. Catanduva, S.P, 2021.....	100
<b>Tabela 16.</b> Percentual de respostas entre a questão 67 relacionado com as questões 37, 38, 39, 40, 43, 47, 51, 64. Catanduva, S.P, 2021.....	103
<b>Tabela 17.</b> Associação entre a questão 67 e as questões 37, 38, 39, 40, 43, 47, 51, 64. Catanduva, S.P, 2021.....	107
<b>Tabela 18.</b> Percentual referente as respostas obtidas na questão aberta do questionário: Se você fosse uma pessoa muito poderosa e com muito dinheiro, que pudesse mudar qualquer coisa, o que mudaria na sua experiência/ assistência. Catanduva, S.P, 2021.....	108
<b>Tabela 19.</b> Caracterização das participantes da Etapa 2 da pesquisa (qualitativa). Catanduva, S.P. 2021.....	110
<b>Tabela 20.</b> Caracterização obstétrica das participantes da Etapa 2 da pesquisa (qualitativa). Catanduva, S.P, 2021.....	110
<b>Tabela 21.</b> Percentual referente às variáveis do T-IHAM. Catanduva, S.P. 2021.....	217

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Critérios da IHAMC.....	31
<b>Quadro 2.</b> Resumo dos critérios e indicadores de acordo com a IHAMC .....	32
<b>Quadro 3.</b> Aspectos a serem considerados no planejamento de pesquisas de métodos mistos. .....	45
<b>Quadro 4.</b> Sistema de notação para pesquisas de métodos mistos. ....	46
<b>Quadro 5.</b> Principais estratégias de métodos mistos. ....	47
<b>Quadro 6.</b> Síntese dos aspectos metodológicos da pesquisa. ....	58
<b>Quadro 7.</b> Categoria: Situações/Contextos negativos que impactaram na experiência do parto. .....	112
<b>Quadro 8.</b> Categoria: Situações/Contextos positivos que impactaram na experiência do parto. .....	120
<b>Quadro 9.</b> Quadro de análise integrada: relação entre variáveis que receberam os menores escores e recortes de falas.....	125
<b>Quadro 10.</b> Quadro de análise integrada: relação entre variáveis que receberam os maiores escores e recortes de falas.....	136

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AC	Alojamento Conjunto
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
IHAMC	Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança
HAC	Hospital Amigo da Criança
HPP	Hemorragia Pós-Parto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
MS	Ministério da Saúde
MST	<i>Maternity Safety Thermometer</i>
NV	Nascidos Vivos
NHS	Sistema Nacional de Saúde Inglês
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
RC	Rede Cegonha
RN	Recém-nascido
RMM	Razão de Mortalidade Materna
ReHuNa	Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
QIPP	Programa Nacional de Qualidade, Inovação e Produtividade e Prevenção
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
TSM	Termômetro de Segurança na Maternidade
T-IHAMC	Termômetro da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O TEMA</b> .....	<b>23</b>
2.1 ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO: CONTEXTO HISTÓRICO .....	23
2.1.1 Movimentos de Mulheres e Impactos na Saúde Materno-Infantil .....	25
2.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA EM MATERNIDADE.....	29
2.3 EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NO PARTO .....	35
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO: EXPERIÊNCIA POSITIVA DE PARTO</b> .....	<b>39</b>
<b>4 OBJETIVO</b> .....	<b>43</b>
4.1 OBJETIVO GERAL.....	43
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	43
<b>5 MÉTODO</b> .....	<b>44</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO .....	44
5.1.1 Métodos Mistos .....	44
5.1.2 Abordagem e delineamento de pesquisa .....	48
5.2 LOCAL DO ESTUDO E CARACTERIZAÇÃO DOS NASCIMENTOS .....	50
5.3 ETAPAS DA PESQUISA, TÉCNICAS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS, PARTICIPANTES, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	52
5.3.1 Etapas da Pesquisa e Técnicas de Coleta e Análise dos Dados.....	52
5.3.2 Participantes, Critérios de Inclusão e Exclusão.....	56
5.4 QUESTÕES ÉTICAS.....	59
5.5 ESTUDO PILOTO .....	59
<b>6 RESULTADOS</b> .....	<b>61</b>
6.1 RESULTADOS DA ETAPA 1 (QUANTITATIVA).....	61
6.2 RESULTADOS DA ETAPA 2 (QUALITATIVA) .....	109
6.2.1 Caracterização dos Participantes da Etapa 2 .....	109

6.2.2 Categorias Temáticas.....	111
6.3 RESULTADOS INTEGRADOS.....	124
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>145</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>169</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>174</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS.....</b>	<b>195</b>

## APRESENTAÇÃO

O meu desejo pela enfermagem obstétrica emergiu na graduação, estudar o cuidado da mulher durante o ciclo gravídico puerperal me impulsionava cada vez mais à curiosidade pelo conhecimento. Ao finalizar a graduação, mesmo trabalhando em outras áreas da enfermagem, iniciei a pós-graduação na enfermagem obstétrica, durante os estágios o qual realizei em uma maternidade referência em São Paulo, aprofundei meu olhar para o quanto a enfermagem obstétrica poderia fazer pelas mulheres e pela categoria profissional.

Em 2007, depois de 5 anos trabalhando em um hospital geral, comecei atuar como enfermeira obstetra. Muitos desafios enfrentados, muitos desapontamentos e muitas conquistas permearam esta trajetória. O mestrado em 2015, renovou minhas forças para não ser convencida das rotinas de um sistema patriarcal.

Nesta etapa de vida, surgiu a oportunidade de compartilhar minha vivência com estudantes do curso de enfermagem, o que potencializou minha determinação em lutar pelo conhecimento e pelas mulheres. Ainda atuando na assistência obstétrica, recebi agradecimentos de mulheres e familiares pela assistência prestada por mim, durante o trabalho de parto, o que, por um lado foi um privilégio e uma honra, por outro, não fiz mais do que minha obrigação. Este fato me fez refletir da necessidade cada vez maior de valorização da experiência da mulher e do quanto estamos longe de uma assistência centrada na mulher.

Emergiu então, o interesse em aprofundar meus conhecimentos quanto a experiência de parto, na perspectiva de colaborar/incentivar cuidados respeitosos à mulher no processo de parturição, dado que ela deve ser protagonista na cena do parto. Ao mesmo tempo, à docência me inspirou para o início de uma caminhada de constante aprendizado. E começa a busca pelo doutorado em 2018.

Neste caminho do doutorado, conheci pessoas generosas que me acolheram e ajudaram na construção deste percurso de aprendizagem. Tive oportunidade de participar de algumas pesquisas, os quais colaboraram com publicações. Contudo, surge o inesperado, a pandemia da COVID-19, muitos desafios e preocupações pairaram neste momento, em especial com a coleta de dados, potencializado pelo fato de a puérpera ser designada como grupo de risco. E mais uma etapa reorganizada!

Durante as entrevistas, ouvir as mulheres causava em mim o desejo de escrever suas histórias, dar voz as suas experiências, ser a voz que muitas vezes foi calada. Entre as etapas e demandas do doutorado, cabe aqui na minha apresentação citar meu pai, uma das minhas

fortalezas, que me ensinou a ter persistência. Sua mente aos poucos foi se confundindo e chegamos ao diagnóstico de Alzheimer. Longo percurso até sua partida, em abril de 2022.

Umas das piores dores emocionais do ser humano! Portanto, um doutorado é feito de alegrias e tristezas, ganhos e perdas, que nos ensinam que é preciso se reestruturar e continuar na luta.

Continuar com um novo olhar para o mundo, esperançoso, militante, com foco em uma nova fase. Aqui apresento minha tese, espero que possa colaborar, por meio de evidências científicas e na valorização das experiências das mulheres, em especial no momento do parto.

Boa leitura!

Luciana.

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência ao parto constitui-se em uma das prioridades estratégicas da Organização Mundial de Saúde (OMS) pois tem como meta alcançar o 3º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável e a nova Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (2016-2030), o qual consistem em garantir que as mulheres e seus filhos não só sobrevivam aos trabalhos de parto, mas que tenham uma vida saudável (OMS, 2018).

A maioria dos 140 milhões de nascimentos que ocorrem mundialmente a cada ano são oriundos de mulheres com gestação de risco habitual (UNICEF, 2016). Contudo, a assistência à mulher segue prestada em um modelo tecnocrata, o qual vê o corpo como uma máquina, que depende da tecnologia e é orientado pelo lucro, enfatizando a separação mente/corpo. Neste modelo, a maioria dos procedimentos obstétricos de rotina tem pouca ou nenhuma evidência científica para justificá-los (DAVIS-FLOYD, 2001), bem como prevalecem relações abusivas entre profissionais e parturientes, no qual predominam intervenções de rotina como a amniotomia, posição litotômica e uso de ocitocina, que deveriam ser utilizadas com critério (BRASIL, 2017a).

Essas intervenções, muitas vezes, não são adequadas às necessidades pessoais, valores e preferências da mulher e de sua família e podem enfraquecer sua própria capacidade durante o parto e afetar negativamente sua experiência (RENFREW et al., 2014). As intervenções sem critério colaboram com indicadores de má qualidade nos cuidados intraparto, como taxas de morbimortalidade materna elevadas, tanto no Brasil, quanto em outros países (CARVALHO; GÖTTEMS; PIRES, 2015).

Na conferência “Maternidade Segura”, em Nairóbi, em 1987, a morte materna foi reconhecida internacionalmente como um desafio que precisava ser enfrentado por todos os países. Naquele momento, ocorreu o lançamento da iniciativa mundial para a Maternidade Segura, que possuía como meta reduzir em 50% a mortalidade materna até o ano 2000. Em 1990, a OMS junto com a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) lançaram o Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

A partir desse encontro, houve um movimento para a organização das melhores evidências para a prática obstétrica, de forma a orientar a conduta dos profissionais, reduzir as intervenções desnecessárias, promover o nascimento saudável e combater às elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, o que culminou em 1996, com a publicação da OMS do Guia de atenção ao parto normal, as “Boas práticas de Atenção ao parto” (OMS, 1996; BRASIL,

2017a). No Brasil, a adesão as “Boas Práticas de Atenção ao Parto”, recomendações da OMS, são asseguradas pela Rede Cegonha (RC) (BRASIL, 2011).

As Boas práticas de atenção ao parto e nascimento foram organizadas em categorias: categoria A – práticas úteis e que devem ser estimuladas; categoria B – práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; e categoria C – práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão (OMS,1996).

Contudo, o conjunto de práticas presentes de forma hegemônica nas maternidades do Brasil no acompanhamento do trabalho de parto e parto são, em muitos contextos: jejum, posição litotômica, restrição no leito, venóclise e uso liberal de ocitocina, toques repetidos, amniotomia, episiotomia, posição deitada no parto, corte precoce do cordão umbilical, práticas inclusas nas categorias B e C. E contrariamente, práticas da categoria A, que englobam dieta livre no trabalho de parto, deambulação, garantia de privacidade e apoio contínuo para a mulher, uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, posições verticalizadas no parto, proteção do período sensível entre mãe e bebê – contato pele a pele imediato e ininterrupto e amamentação são desconsideradas (VILELA, 2018).

Em 2015, foi divulgada pelo Diário oficial na Resolução SS – 42, de 06-05-2015, a Nota Técnica “Boas Práticas do Parto e Nascimento” que assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde, a qual ressalta que as maternidades devem acompanhar os indicadores de Boas Práticas, garantindo sua implantação (BRASIL, 2015), já que por meio deles será possível conhecer a situação de saúde, quantificando e compreendendo os fenômenos ocorridos, tornando-se imprescindível para o planejamento e a implementação de ações de melhoria (MAGALHÃES et al., 2012).

Em nossa sociedade, a baixa qualidade dos indicadores maternos é naturalizada como inata ao próprio parto, como lacerações graves, hemorragias, transferências para unidade de terapia intensiva, a separação da mãe e do bebê após o parto, entre outros, sendo urgente a necessidade de rever intervenções que possam levar a danos iatrogênicos em uma população de baixo risco (SALGADO et al., 2017). Cabe ressaltar que o dano é definido como um evento adverso causado pela assistência e não pela doença de base (BRASIL, 2014).

Para avaliar os danos causados pela assistência nas maternidades e propor melhorias no atendimento as mulheres, na Inglaterra, foi implantado o instrumento *Maternity Safety* (NHS, 2014). No Brasil, em 2015 foi realizado a tradução e adaptação transcultural para português do Brasil, realizada por Melo (2015), do Termômetro de Segurança na Maternidade (TSM) e,

recentemente, considerando a necessidade de um instrumento que contemplasse a avaliação da qualidade da assistência oferecida nas maternidades brasileiras, Alonso (2020) construiu um novo instrumento, incluindo a perspectiva das mulheres brasileiras, o que deu origem ao Termômetro da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (T-IHAMC).

No Brasil, a literatura científica aponta diversos fatores que dificultam a implementação de evidências científicas na prática clínica (CÔRTEZ et al., 2018). Para a utilização de Boas Práticas de Atenção ao Parto na assistência obstétrica é necessário mudanças de comportamento, persistência e preenchimento de lacunas de conhecimento (PEARSON; JORDAN; MUNN, 2012). Nesse sentido, vivemos um cenário desafiador na atenção à mulher no pré-natal, parto e puerpério (GONÇALVES et al., 2017), o qual vem sendo reivindicada pelo movimento de mulheres, presente nas ruas e nas redes sociais, que lutam a favor da humanização do pré-natal, parto e nascimento e contra qualquer tipo de violência, incluindo a violência obstétrica (LEAL et al., 2014).

Assim, diretrizes vêm apontando a necessidade de valorizar, além dos aspectos clínicos, os não clínicos na experiência do parto (OMS, 2018), pois a maioria das mulheres esperam uma experiência de parto e nascimento que lhes permita usar suas capacidades físicas e psicossociais e atribui grande valor à sua capacidade de parir fisiologicamente (DOWNE et al., 2018). Os melhores resultados para as mulheres dependem da prestação de cuidado aceitável, acessível, embasado em evidências científicas, pois atualmente ainda há uso excessivo de intervenções em alguns contextos e subutilização em outros, somado a evidências crescentes de comportamentos desrespeitosos e abusivos (BOHREN et al., 2015; FREEDMAN; KRUK, 2014).

Portanto, o apoio emocional e cuidado materno respeitoso são fundamentais (SHAKIBAZADEH et al., 2017). O estudo que analisou o que é importante para as mulheres durante o parto revela que elas desejam bons resultados para si e para o bebê, valorizam ser informadas e sentir-se no controle de seu processo de parturição. As mulheres estão cientes da imprevisibilidade do trabalho de parto e parto e têm medo de eventos traumáticos, incluindo intervenções médicas e morbidades maternas e fetais (DOWNE et al., 2018).

Considerando estes aspectos, esta tese de Doutorado se apoia em uma publicação da OMS (2018) sobre uma nova diretriz de atenção ao parto e nascimento, que visa elevar o conceito de experiência de cuidado como um aspecto crítico para garantir assistência de parto de alta qualidade e melhores resultados centrados na mulher, e não apenas nas práticas clínicas. Segundo a OMS (2018) deve ser considerado:

- A “experiência positiva de parto” como um ponto significativo para as mulheres que o vivenciam, definindo a experiência positiva como aquela que preenche as convicções e expectativas pessoais e socioculturais incluindo dar à luz a um bebê saudável.
- Que as práticas intrapartais não clínicas, como a prestação de apoio emocional, a comunicação eficaz e o cuidado respeitoso, podem ser baratos de implementar, e não são consideradas prioridades em muitos contextos.
- Os aspectos não clínicos devem complementar as intervenções clínicas para otimizar a qualidade do atendimento prestado à mulher e sua família.

Na prática profissional da pesquisadora propositora deste Doutorado, como enfermeira obstetra, presenciou a insatisfação das mulheres com relação ao atendimento obstétrico, que, muitas vezes não era respaldado em evidências científicas e menos ainda centrado na experiência da mulher com o nascimento. De acordo com a OMS (2018) existem lacunas de conhecimento relacionado à vivência das mulheres, por isso, orienta novos estudos que colaborem, através de evidências científicas, para melhorar a qualidade da atenção à gestante durante o parto, ao considerar a experiência vivenciada tão importante quanto a prestação de cuidados clínicos para alcançar os resultados desejados centrados na pessoa (TUNÇALP et al., 2015).

Portanto, emergiu a necessidade de analisar os fatores que contextualizam e influenciam na experiência positiva de parto em mulheres de um município do interior paulista, bem como compreender essa experiência dando voz as mulheres acerca de sua interpretação da mesma, o que foi feito por meio de um estudo misto. Para tanto, além de analisar os fatores que interferiram na experiência positiva, por meio da produção e análise de dados estatísticos, foram analisadas as representações das mulheres sobre seu processo de parto, por meio de análise de dados qualitativos. A associação entre os fatores e variáveis com a análise dos temas emergentes da compreensão das mulheres sobre seu processo de parturição permitiu atingir a compreensão com profundidade e abrangência que o tema requer (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011).

A escolha por um estudo misto se justificou pela necessidade de verificar a convergência, divergência e complementariedade ao comparar os dados, bem como analisar a complementação que consiste em obter uma visão mais abrangente e esclarecedora quando se utiliza métodos qualitativos e quantitativos. Visa ainda responder a um maior número e mais profundamente o fenômeno e explicar com maior capacidade de esclarecimento, por meio da coleta, análise e interpretação (SAMPIERI; COLLADO; BAPTISTA, 2014).

Portanto, as perguntas de pesquisa deste estudo de doutorado foram:

- Quais fatores influenciaram o processo parturitivo para uma experiência positiva identificada pelo termômetro?
- Como as mulheres compreenderam a assistência durante o processo de parto para uma experiência positiva?

Quais fatores influenciaram na experiência positiva de parto e como foram compreendidos pelas mulheres?

## 2 REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O TEMA

### 2.1 ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO: CONTEXTO HISTÓRICO

Historicamente, a atenção ao parto e ao nascimento<sup>1</sup> era considerada um evento familiar, em especial das mulheres do entorno da parturiente. Dentre elas, estavam a parteira, que dominava os conhecimentos empíricos do processo, e outras mulheres que prestavam o apoio físico e emocional. O parto e o ciclo reprodutivo como um todo eram “assuntos de mulher”, sendo o homem envolvido apenas em casos excepcionais (SPINK, 2003). O cuidado com as doenças das mulheres também não chamava a atenção dos médicos até o século XVI. Toda a vida sexual e reprodutiva das mulheres era prestada por parteiras, embora nessa época já houvesse interesses da igreja, que se preocupava com seus conhecimentos sobre o aborto e o infanticídio (ROHDEN, 2001).

O aparecimento dos estudos médicos da obstetrícia ocorreu no século XVII, com o sexismo em suas raízes e esteve relacionado à utilização de instrumentos durante o parto, tendo em vista a proibição que ocorrera a sua utilização pelas parteiras. Neste período, especialmente na Europa, foi criado o ensino da obstetrícia para médicos (homens), com a exclusão de parteiras e conseqüentemente, os médicos foram normatizando as práticas de saúde das mulheres, além de suas moralidades na vida social (ROHDEN, 2001).

A Medicina Científica, que ascendeu no período após a Revolução Industrial, ancorava-se numa visão mecanicista do corpo, bem como por uma definição do papel feminino que restringia à mulher como frágil, escrava do lar e, seus órgãos reprodutivos como naturalmente defeituosos. Este modo de ver a mulher teve implicações sobre a prática obstétrica moderna, ao focalizar os partos com complicações, sem considerar os aspectos psicossociais (SPINK, 2003). O cirurgião barbeiro do século XVIII, munido de alguns instrumentos e pouco conhecimento sobre o corpo feminino, foi sendo definitivamente substituído pelo obstetra do século XIX, que reúne, em torno de si, a validade do conhecimento científico, um interesse incessante pelo conhecimento do corpo feminino e passou a ser a imagem de protetor da mulher, disposto a

---

<sup>1</sup> O que significa dizer “atenção ao parto e nascimento”: a “atenção” refere-se ao atendimento, que se dá à parturiente e à criança no processo do parto e nascimento. Todos os procedimentos e condutas realizados desde o início do trabalho de parto até o nascimento, de forma institucionalizada ou não, dizem respeito à atenção ao parto e nascimento. “Parto” é o evento de trazer ao nascimento a criança que está no ventre e, portanto, pertence à mulher e às decisões sobre seu corpo. “Nascimento” refere-se à experiência de nascer e todos os processos que dizem respeito à atenção à criança que está nascendo. Parto e nascimento são eventos que estão inseridos em um contexto biológico, social, histórico, cultural, pessoal e familiar. Outros termos são utilizados na literatura como referência ao processo da gestação até o pós-parto, como “ciclo gravídico puerperal” (PALHARINI, 2015).

salvar sua vida (MARTINS, 2004).

Até o final do século XIX, as parteiras ainda mantiveram seu domínio sobre a arte de partejar. Foi durante o século XX que a perda deste controle se intensificou e a transferência do parto para o hospital, sob os cuidados do médico obstetra, consolidou-se. Ainda assim, em alguns países europeus, as parteiras resistiram e foram incluídas, de forma autônoma nos sistemas de saúde, sendo criadas carreiras para elas, como é o caso da Inglaterra e da Holanda (WAGNER, 2001). Enquanto isso no Brasil, as parteiras atuaram livremente até meados do início do século XX e perderam seu lugar, apesar de nunca terem desaparecido por completo, existindo até hoje parteiras tradicionais (PALHARINI, 2015).

A institucionalização ou hospitalização do parto somente tornou-se abrangente depois da 2ª Guerra Mundial, com a evolução da assepsia, antissepsia e também da anestesia, tornando-se uma recomendação sistemática dos médicos e sendo aceita pela população em geral (SPINK, 2003). Inclusive no Brasil, a criação de maternidades no início do século XX, tornou-se mais intensa com as reformas sanitárias e a medicalização do parto passa a ser vista como uma das estratégias de civilização da população (PALHARINI, 2015).

Para Spink (2003, p. 61), os hospitais tornaram-se, então, “[...] não só um lugar seguro para parir, mas o lugar mais seguro”. As intervenções, inicialmente desenvolvidas para lidar com casos específicos de complicações, foram incorporadas de forma padronizada e generalizada à assistência ao parto com o intuito, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, de interferir, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto (OMS, 1996).

Essa nova era na história da atenção ao parto se dá combinado ao surgimento de uma medicina da mulher, o reconhecimento da obstetrícia cresce acompanhado da autoridade do saber médico (FOUCAULT, 2003). Sua história, enquanto prática e saber médico, portanto, é condicionada a esses contingentes históricos, da substituição das mulheres pelos homens no cuidado ao parto e no interesse pelo controle do corpo feminino pela medicina. O desenvolvimento da medicina, a partir de uma ciência, se baseia na imagem do corpo humano como máquina, nos princípios da força e da violência e de seu interesse pelo corpo da mulher como sinônimo de mistério e força selvagem, que necessitava ser estudado para ser controlado (ROHDEN, 2000). A obstetrícia, desde o seu início, se desenvolveu como uma tecnologia de dominação e controle organizada a partir de uma concepção mecânica do corpo e do nascimento, visto como um evento violento e não natural (ARNEY, 1982).

Desde esse período, até os dias atuais, a interação médico-paciente é marcada por uma

relação desigual de poder que pode ser transformada em violência de gênero<sup>2</sup>, e sua ocorrência está relacionada à conjugação do fato de serem mulheres, além de pacientes (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

### **2.1.1 Movimentos de Mulheres e Impactos na Saúde Materno-Infantil**

Sequelas deste modelo tornaram-se um problema de saúde pública, mencionado em 2014, na pesquisa *Nascer no Brasil*, com 23.894 mulheres, a qual demonstrou a supremacia do uso das tecnologias e intervenções obstétricas que causam danos ao binômio mãe-bebê e o aumento das taxas de cesariana entre as mulheres brasileiras de baixo risco. Entre as causas, destacam-se: o protagonismo dos profissionais de saúde no contexto do parto, a conveniência da cesariana para os profissionais de saúde, a naturalização de uma parte da população sobre ser essa a melhor via de nascimento e a falsa necessidade do uso rotineiro de procedimentos obstétricos (LEAL et al., 2014; SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014; AYRES et al., 2018).

Devido a esses fatos, no intuito de rediscutir estas práticas, houve um crescente movimento a favor do parto humanizado<sup>3</sup>, de grupos feministas e movimentos sociais desde a década de 1980, pela criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, e da Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), na década de 1990 (DINIZ, 2005, 2012).

Em 2004, a Política Nacional de Humanização atribui a humanização eixo norteador das práticas de atenção em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive a produção do cuidado ao longo do pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2004). Outras políticas públicas, como o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha (RC) (BRASIL, 2002, 2011), apresentam como objetivo promover o acesso e a humanização do parto, e o protagonista no nascimento, bem como promover as boas práticas de assistência ao parto, diminuir a quantidade de práticas não recomendadas de rotina e intervenções desnecessárias, inclusive intencionando a redução de cesarianas no país.

Em agosto de 2017, foi lançado o Projeto *Apice On*, do Ministério da Saúde em parceria com instituições de ensino (BRASIL, 2017b), o qual propõe qualificar as áreas do cuidado ao

---

2 [...] todo ato de violência baseado no gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico, ou sofrimento da mulher, incluindo a ameaça de cometer esses atos, a coerção e a privação arbitrária de liberdade seja na vida pública ou na privada (UN, 1993, p. 3).

3 A origem do termo humanização do parto surgiu com reconhecimento da assistência ao parto como evento desumanizante, através de um movimento nacional e internacional, e de políticas de humanização do parto desenvolvidas como crítica à assistência, houve a criação de um modelo baseado em evidências, em oposição à obstetrícia hegemonicamente praticada no país (DINIZ, 2005; BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018).

parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal, em hospitais universitários no âmbito da Rede Cegonha. O propósito foi ampliar o alcance de atuação dos hospitais na rede SUS e também reformular e aprimorar processos de trabalho e fluxos para adequação de acesso, cobertura e qualidade do cuidado no parto. Espera-se que, a partir de um diagnóstico das instituições, se disparem movimentos para mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão.

No entanto, até o momento, apesar das recomendações da OMS e do Ministério da Saúde (MS), as boas práticas de assistência ao parto e nascimento seguem sendo subutilizadas no país (RODRIGUES et al., 2015; LEAL et al., 2014) ou utilizadas de forma tímida, pois menos da metade das parturientes tem acesso às boas práticas, representadas pela alimentação, deambulação, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e partograma (LEAL et al., 2018). Chama a atenção ainda, que um quarto das mulheres não tem acompanhante em algum momento durante o parto (DINIZ et al., 2014a), favorecendo episódios de violência física, verbal e psicológica (D'ORSI et al., 2014).

Assim, a assistência obstétrica apresenta número crescente de intervenções desnecessárias, caras e potencialmente iatrogênicas na prestação de cuidados, o que leva a um dano e sofrimentos desnecessários (dor iatrogênica, dano iatrogênico). Se expressam na superestimação dos benefícios da tecnologia, ou na negação dos desconfortos e efeitos adversos das intervenções (DINIZ, 2009).

Outro fato importante identificado em estudo que analisou a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, apontou que mesmo sendo o parto um acontecimento hospitalar, 98% em 2015, ainda é baixa a vinculação da gestante com a maternidade, contribuindo para peregrinação delas de um serviço para outro. Além disso, as altas taxas de intervenções, entre elas, a cesariana e a ilegalidade do aborto mantêm elevada a razão de mortalidade materna e perinatal (LEAL et al., 2018).

Desta forma, altas taxas de cesariana sem indicação clínica podem estar diminuindo os benefícios e proporcionar desfechos perinatais negativos para a saúde materna e do recém-nascido (LEAL et al., 2018). Esse fenômeno de intensa medicalização do processo do nascimento, resultado do desenvolvimento tecnológico, com persistência de elevadas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, é descrito por Diniz como paradoxo perinatal brasileiro (DINIZ, 2009).

Os impactos também acometem os recém-nascidos de cesariana. Sabe-se que estes têm

maior risco de admissão em UTI neonatal, incidência de hipóxia e morbidade respiratória (BRASIL, 2015). Além disso, bebês nascidos por via abdominal têm riscos aumentados de obesidade, elevação de pressão arterial, diabetes do tipo 1 e asma (HORTA et al., 2013). Estudo mostra também associação da cesariana com alguns tipos de alergia nos primeiros dois anos de vida (NEGELE et al., 2004).

Ademais, a microbiota do recém-nascido (RN) é influenciada por fatores pré-natais, pela via de nascimento e pelo pós-parto imediato. No parto vaginal, o bebê tem contato com as bactérias vaginais e intestinais da mãe e é colonizado pelas bactérias da pele materna caso se proporcione o contato imediato, o que se mostra benéfico para o desenvolvimento da criança (AUSTRALIAN BREASTFEEDING ASSOCIATION, 2017), bem como, a microbiota intestinal coopera para desenvolvimento do sistema imune, e o fato de os recém-nascidos apresentarem flora intestinal distinta, conforme a via de nascimento, pode influenciar o aparecimento de desordens imunes ao longo da vida daqueles que nasceram por cesariana (CHO; NORMAN, 2013).

Respalhada em revisão sistemática, em 2015, a OMS não reconheceu benefícios para a mãe e o bebê com taxas de cesarianas acima de 10% (OMS, 2015). No Brasil, as taxas de cesariana atingem 55% de todas as gestantes e 87% na saúde suplementar (LEAL et al., 2014). Ademais, os estudos associam a cesariana com aumento do risco para mortalidade materna e com outras morbidades maternas graves, tais como: hemorragia, necessidade de histerectomia ou transfusão sanguínea, ruptura uterina, complicações associadas à anestesia e/ou à sedação, choque, parada cardiorrespiratória, falência renal aguda, necessidade de ventilação mecânica ou intubação, tromboembolismo venoso no pós-parto, infecção puerperal, ruptura da cicatriz cirúrgica ainda durante a internação e hematoma, riscos que aumentam com gestações e cesáreas futuras (SANDALL et al., 2018).

Historicamente, a mortalidade materna no Brasil apresentou declínio entre os anos 1990 e 2000, com taxa anual de decréscimo de 5,5%, e queda de 143,2 para 81,5 por 1000 nascidos vivos (NV). No entanto, a partir de 2000, a redução foi inferior a 2% ao ano. Nos anos posteriores a 2010, a tendência de decréscimo anual, foi de 2,4%, e em 2015, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) alcançou o seu valor mínimo, de 59,7 por 1000 NV. Contudo, a mortalidade materna ainda é inaceitável, 3 a 4 vezes maiores do que aquela encontrada no conjunto dos países desenvolvidos (LEAL et al., 2018).

No que se refere ao pré-natal, a qualidade da sua assistência, no Brasil, apresenta fragilidades, por exemplo, ao se considerar a cobertura para sete ou mais consultas, mesmo com

aumento de 49 para 67% entre 1995 e 2015, ainda persistem diferenças entre as regiões, variando de 47% na Região Norte para quase 80% na Região Sul, em 2015 (SINASC, 2015). Outros aspectos têm impactado na baixa qualidade da assistência pré-natal, como a persistência da sífilis congênita, evitável durante o pré-natal (LEAL et al, 2018) e a pouca atenção dada ao plano de parto, recurso importante para que as mulheres façam escolhas informadas sobre o que desejam durante a internação para o parto, o que permite, pela educação em saúde durante o pré-natal, um diálogo entre mulheres e profissionais, empoderando as mulheres ao tomar ciência dos seus direitos e, até mesmo, protegendo-as de situações de violência obstétrica (SANTOS et al., 2019; ANDREZZO, 2016).

Em 2020, a preocupação com a atenção ao parto e nascimento intensificou com a pandemia da COVID- 19, no Brasil, principalmente pelos impactos da mortalidade em um país onde a assistência obstétrica é cercada por problemas crônicos que podem afetar os resultados maternos e perinatais, como assistência pré-natal de baixa qualidade, recursos insuficientes, disparidades raciais no acesso a serviços de maternidade, violência obstétrica e elevadas taxas de cesáreas (TAKEMOTO et al., 2020).

O primeiro estudo de morte materna por COVID no Brasil, realizada no período de 26 de fevereiro até 18 de junho de 2020, apontou 978 diagnosticadas e 124 mortes de mulheres grávidas ou pós-parto, mostrando um número 3,4 vezes maior que o número total de mortes maternas relacionadas a COVID-19 em todo o mundo, representando uma taxa de mortalidade de 12,7% na população obstétrica brasileira, também superior às taxas relatadas até o momento (TAKEMOTO et al., 2020).

Portanto, além de atingir mais as mulheres brasileiras, outro estudo evidenciou que há um impacto racial desproporcional da COVID-19 entre mulheres negras e brancas. O perfil de idade e de morbidades associadas são equivalentes, porém as negras são hospitalizadas em piores condições. Enquanto 30% das brancas são internadas com saturação de oxigênio baixa, 50% das negras são internadas com este parâmetro, demonstrando menor acesso à assistência para elas, ademais delas terem maior probabilidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com ventilação mecânica e de morrer (SANTOS et al.,2020), o que revela que políticas limitadas, que visam populações vulneráveis, aumentarão as iniquidades em saúde e estão relacionadas a piores resultados em justiça sexual e reprodutiva (HALL et al., 2020).

Para melhor compreender o contexto da atenção ao parto e nascimento no Brasil, torna-se necessário olhar para a qualidade e segurança em maternidade, conforme abordado a seguir.

## 2.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA EM MATERNIDADE

A qualidade e a segurança em maternidades são tópicos emergentes e importantes no cenário de saúde atual (FRANCHI et al., 2020). Para avaliar a qualidade e assistência oferecida nas maternidades, parte-se do entendimento de que qualidade da assistência significa como o cuidado é promovido pelos profissionais e serviços, e como o cuidado é experienciado pelas mulheres (TUNÇALP et al., 2015; ALONSO, 2020). Para segurança, será utilizado o conceito de “cuidado livre de danos” com o slogan: “não é apenas contar, é cuidar” do programa de Qualidade, Inovação, e Produtividade do Reino Unido (Reino Unido), que desde 2010 prioriza esta definição no programa nacional (POWER; STEWART; BROTHERTON, 2012; NHS, 2015)

Cabe mencionar que o Programa Nacional de Qualidade, Inovação, Produtividade e Prevenção (QIPP), elaborado na Inglaterra, é responsável por elaborar fluxos de trabalho nacionais, cujo objetivo é melhorar a qualidade do atendimento, reduzindo danos evitáveis e, ao mesmo tempo reduzir custos (POWER et al., 2014). Naquele cenário aproximadamente 10% dos pacientes da população em geral sofreram alguma experiência negativa e efeitos adversos sobre seus aspectos físicos, mentais e bem-estar social, consequentemente tratar esses danos iatrogênicos tem custos elevados. A princípio, o foco foi a diminuição de quatro danos: úlceras de pressão, quedas, infecções do trato urinário em pacientes com cateter, e tromboembolismo venoso (SALGADO et al., 2017).

A partir de então, foi planejado um programa de melhoria colaborativa, chamado *Safety Express*, que se baseia nos princípios da melhoria da experiência do paciente com a assistência à saúde e, por meio dele os serviços de saúde são incentivados a reduzir os danos. O *Safety Express* estabeleceu a criação de um sistema objetivo e de baixo custo para avaliação mensal sobre os quatro danos, o que possibilitaria resultados de indicadores para determinar o dano e a melhorar o serviço. Neste contexto, *Safety Thermometer* do Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS) foi desenvolvido entre julho de 2010 e dezembro de 2011 (POWER et al., 2014) e possibilitou fornecer uma checagem da temperatura, simbolizada por um termômetro, cujo aumento da temperatura sinaliza a necessidade de maiores informações e possibilita identificar os aspectos que precisam ser melhorados (MELO, 2015)

Logo em seguida, foi criada a versão do termômetro que possibilitou a estimativa de indicadores de segurança e qualidade, relacionadas à assistência obstétrica, o *Maternity Safety Thermometer* (MST). A primeira versão do MST constituiu-se como um projeto-piloto do NHS,

em setembro de 2012 e incentivou os serviços obstétricos a enviar dados obtidos (NHS, 2014). A versão final do MST foi publicada em outubro de 2014, composta por sete danos maternos e neonatais, que foram: infecções maternas, traumas perineais e incisões cirúrgicas, hemorragias pós-parto, danos psicológicos maternos, separação entre a mãe e o bebê, escore de Apgar abaixo de 7 no 5º minuto de vida, e necessidade de transferência do bebê para unidades neonatais (NHS, 2014).

Desta forma, o MST permitiu avaliar a qualidade da assistência e possíveis danos causados pelo cuidado da maternidade e valorizar as morbidades normalmente ignoradas ou normalizadas como inevitáveis, por exemplo, taxas de cesárea e episiotomia. Portanto, o MST permite que os profissionais e suas equipes conheçam sua prevalência e possibilitem a vigilância dos danos, evitando hemorragias e infecções e/ou tratando-as precocemente (SALGADO et al., 2017).

O MST também inclui os resultados neonatais como um indicador de saúde e segurança, considerando a separação mãe-bebê como um dano, bem como a valorização das percepções da mulher sobre a segurança ao avaliar danos psicossociais, constituindo assim em evidências científicas inovadoras na área da saúde da mãe e da criança (SALGADO et al., 2017). Portanto, propõe melhorias no atendimento ao paciente a partir de sua experiência, estimula as reações imediatas da equipe de saúde e integra as medidas para melhorar as rotinas diárias (NHS, 2014).

O MST é um instrumento com 20 questões, com dados de registros de prontuário, da alta e de entrevista com a puérpera na maternidade, é aplicado uma vez ao mês e inclui todas as mulheres assistidas pela maternidade. Os dados são coletados na maternidade pela equipe de enfermagem e as informações sobre possíveis infecções ocorridas até dez dias após o parto são coletadas pela obstetriz comunitária durante visita domiciliar ou na clínica comunitária (NHS, 2016; ALONSO, 2020).

O instrumento foi traduzido e adaptado transculturalmente para o português do Brasil, por Melo (2015), e denominado Termômetro de Segurança na Maternidade (TSM), sendo organizado em seis tópicos: 1. Local e tipo de parto (10 questões); 2. Trauma Perineal/Incisão Cirúrgica Abdominal (uma questão); 3. Hemorragia Pós-parto (duas questões); Infecção (uma questão); 4. Bebê (duas questões); e 5. Percepção da mulher sobre segurança (quatro questões), uma nota de orientação para a coleta dos dados, e por último há um espaço disponível para anotações – 6; e Notas opcionais (MELO, 2015).

O TSM é um instrumento inovador, o qual avalia rapidamente os indicadores relativos ao cuidado oferecido às mulheres e aos neonatos (ALONSO, 2020). Salgado (2019) utilizou o

TSM para avaliar a prevalência de danos durante a assistência à maternidade no sudeste do Brasil. Cerca de 81,6% das mulheres com partos vaginais tiveram suturas por trauma perineal, a percepção de segurança foi ruim, relatada por 83,1% das mulheres e 69,5% de todos os bebês não admitidos na UTIN foram separados de sua mãe após o nascimento. A cesárea ocorreu em 52,6% e 7,5% dos recém-nascidos a termo foram admitidos na UTIN. Em ambientes públicos e privados, a cesárea intraparto aumentou as chances de um, dois ou mais danos. Apenas 2% das mulheres tiveram atendimento sem danos e uma alta prevalência de danos evitáveis durante a maternidade.

Recentemente, considerando a necessidade de um instrumento que contemplasse a avaliação da qualidade da assistência oferecida nas maternidades brasileiras, expressando de maneira adequada os problemas brasileiros sobre parto e nascimento, uma vez que o Termômetro de Segurança na Maternidade foi elaborado em um contexto inglês, Alonso (2020) construiu um novo instrumento que considera a perspectiva das mulheres brasileiras, o termômetro da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (T-IHAMC). Para tanto, considerou alguns critérios do IHAMC (Quadro 1), bem como questões do TSM, e uma questão da Pesquisa Nacional do Inquérito Nacer Brasil, sobre o conhecimento do períneo (vagina) depois do parto da puérpera (ALONSO, 2020).

**Quadro 1.** Critérios da IHAMC.

Critérios da IHAMC (Versão resumida)	O critério foi considerado pelo T-IHAMC?	
	Sim	Não
- Liberdade para ingestão de alimentos e bebidas, e de movimentação durante o trabalho de parto	X	
- Políticas não discriminatórias às minorias e planejamento reprodutivo		X
- Privacidade durante o trabalho de parto e parto	X	
- Acompanhante de escolha da mulher	X	
- Cuidado culturalmente competente		X
- Sem abusos físico, verbal, emocional ou financeiros	X	
- Custos gerados pela assistência acessível, transparente e compatível com diretrizes nacionais		X

- Sem práticas de rotina	X	
- Métodos de alívio da dor não-farmacológico e farmacológico	X	
- Contato pele a pele e incentivo à amamentação	X	X
	(Contato pele a pele)	(Incentivo à amamentação)

Fonte: Alonso (2020)<sup>4</sup>

A Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC) fez parte das várias iniciativas que tentaram, ao longo dos anos, qualificar a assistência nas maternidades (NIY, 2018). Elas seguiram as recomendações da Organização Mundial de Saúde quanto as boas práticas de atenção ao parto, utilizando-as como indicadores de qualidade. Entre as iniciativas estão: A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, com o critério cuidado amigo da mulher (UNICEF, 2008), *Mother-friendly Childbirth Initiative* (CIMS, 2015), *International Mother-Baby Childbirth Initiative* (IMBCO, 2008) e *International Childbirth Initiative* (ALONSO, 2020).

A IHAMC, lançada em 2015, traduzida de *Mother-Baby Friendly Birthing Facilities*, foi resultante da parceria da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) com a OMS, a Aliança do Laço Branco, a Confederação Internacional de Obstetrias e a Associação Internacional de Pediatria (FIGO, 2015). Teve como objetivo a acreditação para melhoria da qualidade da atenção ao parto nas maternidades e possui dez critérios de avaliação e respectivos indicadores, contudo, não possuía um instrumento validado à IHAMC. (Quadro 2) (ALONSO, 2020).

#### Quadro 2. Resumo dos critérios e indicadores de acordo com a IHAMC

Critérios	Indicadores
1) Oferecer a todas as mulheres a oportunidade de se alimentar, hidratar e movimentar durante a primeira fase do trabalho de parto, além de permitir que elas assumam posições confortáveis e de escolha delas durante o segundo e terceiro estágio do parto, ao menos que exista uma	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Política escrita e implementada</li> <li>● Pôsteres, material informativo e engajamento da comunidade para informar sobre a política às mulheres e às acompanhantes</li> <li>● Observação no serviço</li> </ul>

<sup>4</sup> Quadro elaborado por Alonso, 2020 em sua tese intitulada, “Como saber se as maternidades promovem uma experiência positiva de parto às mulheres? Estudo sobre elaboração e validação de um instrumento de avaliação” com os critérios da IHAMC que se referem à qualidade da assistência oferecida na maternidade.

---

 contraindicação
 

---

<p>2) Ter políticas claras e não discriminatórias, diretrizes para o tratamento e cuidado de mulheres HIV positivas e seus recém-nascidos, políticas de aconselhamento e promoção do planejamento familiar, e serviços empáticos às adolescentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoção de diretrizes nacionais sobre prevenção e tratamento de HIV na gravidez, prevenção de transmissão vertical e tratamento precoce de recém-nascidos HIV-positivos</li> <li>• Políticas escritas sobre tratamento respeitoso a todas as mulheres, independentemente de delas serem HIV-positivas</li> <li>• Testes para HIV de mulheres e recém-nascidos não devem ser compulsórios</li> <li>• Pôsteres com informações gráficas sobre essa política, visíveis às mulheres e acompanhantes</li> <li>• Políticas escritas sobre planejamento familiar e serviços empáticos às adolescentes</li> </ul>
<p>3) Cuidado com privacidade durante o trabalho de parto e parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação do serviço (se há cortinas ou biombos em quartos compartilhados)</li> <li>• Esforços de manter mulher e bebê juntos durante todo o tempo</li> </ul>
<p>4) Permitir a presença de, ao menos, um acompanhante de escolha da mulher durante todo o trabalho de parto e parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política escrita e implementada</li> <li>• Pôsteres, material informativo e engajamento da comunidade para informar sobre a política às mulheres e acompanhantes</li> <li>• Política escrita que indica que parteiras tradicionais são bem-vindas à instituição</li> </ul>
<p>5) Promover cuidado culturalmente competente que respeite os costumes, as práticas não danosas e os valores individuais ao entorno do parto, o que também se aplica àquelas mulheres que vivenciaram uma perda perinatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política escrita e implementada</li> <li>• Pôsteres, material informativo e engajamento da comunidade para informar sobre a política às mulheres e acompanhantes</li> </ul>
<p>6) Não permitir que as mulheres e seus familiares sofram abusos físico, verbal, emocional ou financeiro durante o trabalho de parto, parto e pós-parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política escrita e implementada</li> <li>• Dispor do quadro sobre os direitos humanos na instituição</li> </ul>
<p>7) Garantir que os custos gerados pela assistência sejam acessíveis, transparentes e compatíveis com diretrizes nacionais. As famílias deverão ser informadas sobre quais taxas podem ser antecipadas, as condições de pagamento e cobranças adicionais em casos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Custos transparentes e de acordo com diretrizes nacionais</li> <li>• Pôsteres, material informativo e engajamento da comunidade para informar sobre a política às mulheres e acompanhantes</li> </ul>

---

de complicações. As instituições de saúde não podem deter mãe ou bebê, e são proibidas de recusar cuidado na falta de pagamento.

---

8) Não usar, rotineiramente, práticas ou procedimentos que não são baseados em evidências científicas, diretrizes internacionais e planos de ação, tais como episiotomia de rotina, indução do trabalho de parto ou separação mulher-bebê, etc. O atendimento deve prever tudo o que for necessário para reanimação neonatal ou materna, minimizar os riscos de infecção, reconhecer e manejar emergências materna e neonatal, e ter planos de transferência em caso de necessidade.

- Intervenções baseadas em evidências científicas
- Presença constante de, pelo menos, um profissional treinado em reanimação neonatal e recurso humano, e de material disponível aos recém-nascidos prematuros
- Taxas disponíveis sobre cada intervenção

9) Educar, aconselhar e encorajar os profissionais para que eles promovam métodos de alívio da dor não-farmacológico e farmacológico quando necessário

- Treinamento da equipe com relação aos métodos não farmacológicos e farmacológicos de alívio da dor
- 

**Fonte:** ALONSO (2019); NIY (2018); FIGO (2015).

Portanto, os instrumentos mencionados baseiam-se no conceito de entender o dano a partir da perspectiva do paciente, permitindo verificação da presença de danos, de forma que o cuidado livre de dano não se limita em avaliar apenas a mortalidade materna, mas incluir neste contexto os casos de morbidade grave e quase-falha<sup>5</sup> (SALGADO et al., 2017).

Desta forma, inclui-se intervenções desnecessárias como a posição supina, o uso de ocitocina/cateter intravenoso, a episiotomia, a pressão no fundo do útero, a ruptura das membranas ovulares, situações ameaçadoras da vida (*near miss* materno), ou outros incidentes que provocam desfechos maternos adversos de menor gravidade, que não podem ser deixados de lado por implicarem em danos à saúde quando utilizadas sem critério, e que estão rotineiramente presentes na realidade da assistência ao parto (REIS, 2014; AYRES et al., 2018). Sabe-se que o corpo da mulher está apto para dar à luz, e na maior parte das vezes não requer o uso desses procedimentos, por esta razão, as evidências científicas comprovam que boas práticas durante o parto favorecem resultados efetivos para redução da morbimortalidade materna, fetal e neonatal (AYRES et al., 2018).

Cabe ressaltar a importância de adotar o T-IHAMC nesta pesquisa, pois Alonso (2020, p. 22) defende na sua elaboração que “[...] a experiência da mulher com relação ao cuidado recebido na maternidade expressa uma parcela do que é compreendido por qualidade da

---

<sup>5</sup> Erros potenciais (quase-falhas/ *near miss*) são eventos ocorridos, porém não causaram algum dano ao paciente, pois o erro foi interceptado antes de prejudicar o cliente/paciente (JCI, 2014).

assistência” e considera as recomendações da OMS em valorizar as experiências da mulher no nascimento, tema tratado a seguir.

### 2.3 EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NO PARTO

A experiência da mulher vem inquietando pesquisadores, mundialmente, há anos, a exemplo de Hodnett (2002) que, em revisão sistemática, já havia identificado que os fatores mais importantes a influenciar na avaliação da mulher sobre a sua experiência de parto são as expectativas pessoais, apoio por parte dos profissionais de saúde, qualidade da relação profissional parturiente e envolvimento na tomada de decisões (HODNETT, 2002).

Pesquisas nacionais marcam as experiências de mulheres no parto, bem como a relação com o profissional, expressas nas seguintes falas:

*Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?”*

*“Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.”*

*“Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.”*

*“Na hora de fazer, você gostou, né?”*

*“Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha.”*

(VENTURI; AGUIAR; HOTIMSKY, 2010)

Esses relatos são exemplos de algumas experiências de mulheres que, em 2010, a pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo divulgou no Brasil, na qual 25% das mulheres que tiveram partos normais (nas redes pública e privada) relataram ter sofrido maus-tratos e desrespeitos durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto imediato (VENTURI; AGUIAR; HOTIMSKY, 2011). Desta forma, uma a cada quatro brasileiras, que tiveram partos normais, referem ter sido vítimas de violência e/ou maus-tratos nas maternidades, a chamada violência obstétrica. Nos últimos anos, ações mediadas pela internet, via redes sociais, e impulsionadas pelo movimento social de mulheres, especialmente mulheres mães, tornaram possível uma maior discussão e participação política na agenda de saúde sobre direitos reprodutivos (SENA; CHARLES, 2017).

Assim, nas últimas décadas, devido a este sofrimento físico e emocional desnecessário, causado pelo uso inapropriado da tecnologia no parto, além da dificuldade em se reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, iniciou-se um movimento crítico internacional para

“[...] priorizar a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, e a desincorporação de tecnologia danosa”, movimento este intitulado com nomes diferentes em diversos países e que, no Brasil, é chamado de humanização do parto (DINIZ, 2012, p. 127).

Na década de 1980, este movimento culminou em um comitê formado por profissionais de saúde de distintas áreas de conhecimento, assim como usuárias, que se organizaram em grupos para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto, embasado na metodologia de revisão sistemática, associado ao movimento da medicina baseada em evidências científicas, a MBE (DINIZ, 2005).

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) é um movimento internacional criado na segunda metade da década de 1980 e em poucos anos se estendeu ao mundo inteiro. Nasce do reconhecimento de que boa parte da prática médica não é respaldada por estudos de qualidade sobre a segurança e a eficácia dos procedimentos utilizados, quer sejam os medicamentos, os exames, as cirurgias, entre outros. Com isso, foi organizada uma iniciativa internacional para sistematizar o conhecimento científico ‘menos tendencioso’ a respeito de cada procedimento médico, por especialidade (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 11).

O acesso das mulheres à informação baseada em evidências permitiu que elas criassem expectativas em relação à gestação e ao parto baseadas em informações cientificamente mais sólidas do que as fornecidas pelos próprios profissionais que as estavam acompanhando, bem como, divulgassem, sobretudo nas mídias sociais, experiências indesejadas e mal avaliadas de parto e nascimento de seus filhos (SALGADO, 2012).

Respeitar as recomendações propostas pela medicina baseada em evidências (MBE) é um dos fatores protetores para experiências seguras, respeitadas e bem avaliadas de parto e nascimento. Entende-se por seguras, respeitadas e bem avaliadas aquelas associadas com melhores resultados para a mulher e para o bebê em estudos bem controlados (SALGADO, 2012, p. 69).

Mesmo com este movimento acontecendo, ao longo dos anos, vários estudos constatarem distintas representações sociais nas experiências de mulheres que vivenciaram o parto vaginal e a cesárea, e variações nos modelos de serviço público e privado, o que resultou em diferentes tipos de assistência ao parto e relações com a equipe, que refletem em experiências desiguais de parto para as mulheres. Contudo, uma perspectiva crítica de gênero mostra que, em ambos os casos, os modelos de atendimento reproduzem a medicalização do parto e a submissão da mulher no processo de parturição, evidenciando a necessidade de empoderamento das mulheres durante o parto (GAMA et al., 2009).

Na pesquisa denominada *Nascer no Brasil*, Leal e Granado (2014) descrevem que no parto vaginal, mais realizado nos estabelecimentos públicos, este quase sempre ocorre com muita dor e excesso de intervenções. Enquanto nos estabelecimentos privados, a cesariana, uma cirurgia muitas vezes desnecessária e quase sempre eletiva, vem se constituindo em uma opção para minimizar esse sofrimento, de forma que: “Nascer no Brasil não tem sido uma experiência natural, nem para pobres, nem para ricos” (LEAL; GAMA, 2014, p.55).

Integrante da pesquisa *Nascer no Brasil*, este estudo avaliou a satisfação com o parto, por meio de uma entrevista no pós-parto imediato e após três meses por telefone e encontrou fatores relacionados à relação profissional parturiente (tempo de espera, respeito, privacidade, clareza nas explicações, possibilidade de fazer perguntas e participação nas decisões), além de escolaridade, mantiveram-se associados de forma independente à satisfação geral das mulheres com o atendimento ao parto. Também o relato de violência se mostrou um fator associado à menor satisfação (D’ORSI et al., 2014).

Outra evidência qualitativa sobre a experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública no Brasil concluiu que ainda há contradições e barreiras para a vivência do processo de parto, por exemplo, em relação ao acesso do acompanhante e dificuldades na assistência prestada por profissionais, que apresentam limitações para atuar no modelo de assistência humanizado. O espaço físico e a rotina hospitalar, muitas vezes, têm sido apontados como o motivo de parturientes ficarem isoladas na sala de pré-parto e parto. A comunicação que se estabelece entre a equipe de saúde e a mulher em trabalho de parto permeia uma relação de poder que coloca a mulher como não sujeito de direito e, que, portanto, deve acatar as decisões do profissional de saúde, como aceitar sem permissão ou informação o toque vaginal, usando uma apropriação indevida do corpo feminino, além do tratamento ríspido que é uma forma de coagir a paciente a colaborar, demonstrando autoridade profissional (SOUZA; GUALDA, 2016).

A mesma pesquisa relata que, quando tiveram o apoio dos profissionais e quando o companheiro esteve presente, isto trouxe confiança e segurança na vivência do momento, bem como valorização da mulher e fortalecimento do vínculo familiar e do relacionamento do casal. A ausência destes elementos foi considerada fator importante de fragilidade da mulher e de seu acompanhante. O desempenho da enfermeira obstétrica ao ajudar a incentivar o parto normal e a integrar o companheiro e a família propiciou o protagonismo feminino, respeitando sua cidadania e seus direitos humanos e reprodutivos (SOUZA; GUALDA, 2016).

Por fim, a OMS publicou recomendações quanto à valorização das experiências da

mulher no nascimento, assim como o Ministério da Saúde brasileiro ressalta que, além da preocupação da mulher e seu bebê, este momento se mostra único e a experiência vivida pode deixar marcas positivas ou negativas para o resto das suas vidas (BRASIL, 2017a).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO: EXPERIÊNCIA POSITIVA DE PARTO

O referencial teórico escolhido para esta tese de Doutorado baseia-se na publicação da OMS (2018), **Recomendações da OMS para cuidados durante o trabalho de parto, para uma experiência positiva de parto**, que visa elevar o conceito de experiência de cuidado como um aspecto crítico para garantir assistência de parto de alta qualidade e melhores resultados centrados na mulher, com uma abordagem holística baseada em direitos humanos (OMS, 2018).

Estas recomendações basearam-se em estudos qualitativos, os quais consideram que a experiência positiva no parto é sustentada por três fenômenos: os aspectos físicos e psicossociais do nascimento como uma experiência; valores familiares e socioculturais; e a prestação de cuidados da maternidade. Desta forma, as mulheres compreendem como experiência positiva no parto quando as expectativas pessoais são atingidas ou excedidas, atribui grande valor à sua capacidade de dar à luz fisiologicamente, esperam estar em um ambiente seguro, apoiadas por um acompanhante, assistidas por profissionais respeitosos, e desejam estar envolvidas nas tomadas de decisões (DOWNE et al., 2018).

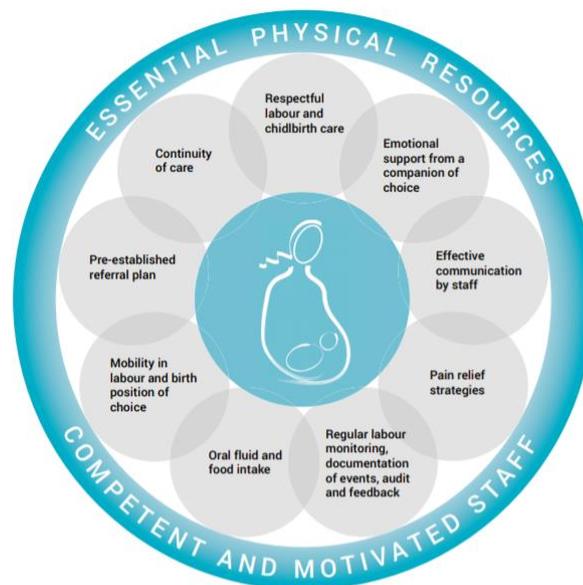
A experiência positiva de parto colabora para melhores resultados, como exemplo: aumento da taxa de aleitamento materno, melhora na qualidade do vínculo mãe-bebê e menor taxa de aborto futuro, mais chances de a mulher ter um parto fisiológico, bebês mais calmos, melhor relação com a parentalidade e com o bebê e aumento de autoestima da mulher (FORSTER et al., 2018; BOHREN et al., 2019a; NIY et al., 2019). Enquanto uma experiência negativa aumenta problemas no puerpério, como depressão pós-parto e transtorno de estresse pós-traumático, preferência por partos cesarianos, sentimentos negativos a respeito da criança e maiores problemas em relação à gestação e partos futuros (SILVEIRA et al., 2019; BOHREN et al., 2017; BOHREN et al., 2015; BOHREN et al., 2014).

A OMS (2018) recomenda que, para uma experiência positiva, as mulheres não apenas sobrevivam as complicações do parto, mas também que elas prosperem e alcancem seu pleno potencial de saúde e vida. Alinhada a esse propósito, reúnem recomendações que abordam não apenas os requisitos clínicos para um trabalho de parto e parto seguros, mas também atendem as necessidades psicológicas e emocionais das mulheres. Para tanto, valoriza que o cuidado garanta que as mulheres deem à luz em um ambiente que, além de estar seguro do ponto de vista clínico, também permita que elas tenham um senso de controle através do envolvimento na tomada de decisões e que as deixe com uma sensação de realização pessoal. Ainda, na visão do cuidado que favorece a experiência positiva, estão destacados a importância de planos preestabelecidos de referência, a continuidade do cuidado, comunicação efetiva pela equipe,

documentação e auditoria e feedback de dados relacionados ao cuidado (OMS, 2018).

Neste contexto, o enfoque é melhorar, tanto a qualidade de cuidados essenciais durante o parto, quanto resultados maternos, fetais e neonatais (OMS, 2018) e propõe um modelo global de atendimento intraparto que se baseie em todos os domínios de qualidade de atendimento da OMS para mães e recém-nascidos e coloque a mulher e seu bebê no centro de prestação de cuidados, conforme a Figura 1.

**Figura 1.** Representação esquemática do modelo de atenção intraparto da OMS.



**Fonte:** Recomendações da OMS para cuidados durante o trabalho de parto, para uma experiência positiva de parto, 2018.

Esta representação tem a premissa de que o cuidado durante o trabalho de parto só pode apoiar a capacidade da própria mulher dar à luz sem intervenções desnecessárias, quando os componentes baseados em evidências são sinérgicos, não fragmentados, proporcionando à mulher a liberdade para experimentar o nascimento de seu bebê, enquanto ao mesmo tempo, garante oportuna e apropriada identificação e enfrentamento (OMS, 2018).

Atualmente foi divulgada nas redes sociais de instituições de saúde que defendem o direito da mulher, a tradução para o português da representação esquemática do modelo de atenção intraparto da OMS para cuidados durante o trabalho de parto para uma experiência positiva de parto, com objetivo de orientar mulheres e profissionais da saúde como mostra a Figura 2.

**Figura 2.** Representação esquemática do modelo de atenção intraparto para uma experiência positiva de parto.



**Fonte:** <https://www.facebook.com/institutonascercer/>

As diretrizes fazem 56 recomendações que reforçam o caráter natural da experiência do parto e colocam a gestante no centro das decisões (Anexo A). Essas recomendações consideram vários estudos internacionais, de mulheres em todo o mundo, que experimentam um tratamento inadequado durante o parto, incluindo cuidados abusivos, negligentes ou desrespeitosos (BOHREN et al., 2015). Freedman e Kruk definiram desrespeito e abuso durante o parto como “[...] interações ou condições das instalações que o consenso local considera humilhantes ou indignas, e aquelas interações ou condições que são vivenciadas ou pretendem ser humilhantes ou indignas” (FREEDMAN; KRUK, 2014, p. 43).

Sabe-se que toda mulher tem direito a cuidados de saúde sexual e reprodutiva dignos e respeitosos, inclusive durante o parto e os maus-tratos durante o parto podem representar uma violação aos direitos humanos fundamentais da mulher, além de servir como um poderoso desincentivo para as mulheres buscarem atendimento em instituições para seus partos subsequentes (BOHREN et al., 2015).

Porém, há dificuldades para efetivar a mudança das práticas obstétricas, visto que muitas das recomendações para um cuidado efetivo ao parto necessitam abandonar práticas intervencionistas, ou seja, desmedicalizar o parto, o que significa remanejamentos nas relações

de poder e proporcionar o protagonismo da mulher, exigindo mudanças no papel dos profissionais de saúde, principalmente o médico. Além do que, no Brasil, a medicina é pouco regulada, permanecendo práticas clínicas resistentes a mudanças e mantendo, na obstetrícia, intervenções deletérias à saúde da mulher e do bebê, assim, o não reconhecimento dos direitos das mulheres a uma atenção respeitosa está relacionado à discriminação de gênero (DINIZ et al., 2016).

Permeando o viés de gênero, notoriamente no tipo de parto das mulheres brasileiras, constata-se que mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) terão um parto normal traumático na maioria dos contextos de assistência, enquanto as que compram uma cesariana, por medo do parto em uma tentativa de preservar a dignidade, correm o risco de vários desfechos perinatais ruins. Consequentemente, a violência obstétrica é frequente, tanto nos serviços públicos, como privados (RENFREW et al., 2014; DINIZ, 2009). Prevalece mais do que os interesses de saúde da população, os interesses corporativistas, no que se refere à dualidade de financiamento entre setor público e privado, bem como ressalta-se os conflitos de interesse (DINIZ, 2009, 2012).

Estes fatos confrontam-se aos direitos sexuais e reprodutivos e podem agravar, dependendo da legitimidade da maternidade, aquilo que, na reflexão sobre 'hierarquias reprodutivas' de Mattar, é definido como uma analogia com a pirâmide, em que descrevem como determinantes da aceitação da maternidade, fatores sociais como raça, classe social, idade e parceria sexual (DINIZ, 2012). Dessa forma, quanto maior o número de aspectos 'negativos' presentes na mulher (ou casal) ao exercitar a maternidade e/ou a reprodução e cuidado dos filhos, mais próxima da base da pirâmide hierárquica estará e, maior dificuldade encontrará no exercício de seus direitos humanos, interferindo diretamente na democratização dos direitos sexual e reprodutivo.

No entanto, mesmo com as recomendações da OMS, um estudo internacional revela que, ainda, mais de 40% das mulheres sofrem por maus-tratos durante o parto, sendo as mais jovens e com menos escolaridade, as mais expostas (BOHREN et al., 2019b). Assim, escolher a experiência positiva poderá subsidiar recomendações visando mudanças de processos de trabalho e práticas profissionais, com intuito de melhorias na qualidade e segurança de experiências no parto.

## **4 OBJETIVO**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender o processo de parturição de mulheres por meio da identificação dos fatores que influenciaram na experiência positiva de parto e da apreensão desse processo pelas mulheres.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar o atendimento recebido pelas mulheres durante o parto por meio do termômetro T-IAMC para uma experiência positiva.
- Compreender as representações das mulheres sobre seu processo de parto.

## 5 MÉTODO

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo é de natureza descritiva. Configura-se como uma pesquisa de métodos mistos do tipo explanatório sequencial. Métodos mistos são definidos como um procedimento de coleta, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em uma mesma pesquisa, justificada por apresentar uma abordagem onde a interação entre eles fornece melhores possibilidades analíticas (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011).

#### 5.1.1 Métodos Mistos

Esse tipo de estudo teve origem em 1959, na Psicologia, quando Campbell e Fisk utilizaram uma matriz de múltiplos métodos para pesquisar sobre a validade de traços psicológicos. Outros relatos na literatura também descrevem o uso entre antropólogos e sociólogos no início dos anos 1960 (KETTLES; CRESWELL; ZHANG, 2016). No final dos anos 1970, outros pesquisadores começaram a utilizar a combinação de métodos de pesquisa e, assim, estratégias de métodos de campo, como observações e entrevistas (dados qualitativos), foram associados aos levantamentos tradicionais (dados quantitativos). Dessa forma, teve origem a triangulação de dados como possibilidade de neutralizar ou cancelar os vieses inerentes aos métodos de pesquisa (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011).

Neste sentido, os resultados de um método podem ajudar a identificar os participantes a serem estudados ou as perguntas a serem feitas pelo outro método. Dados qualitativos e quantitativos também podem ser usados lado a lado para reforçar um ao outro (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011).

Durante os anos 1980, a combinação de métodos evoluiu discretamente na busca de convergências para a real integração ou conexão dos dados qualitativos e quantitativos. O desenvolvimento de uma literatura considerável sobre métodos mistos ocorreu no final da década de 1990, quando formas específicas de abordagem mista foram propostas. Assim, somente nos últimos 20 anos a ideia de metodologia mista concretizou-se como um “novo” campo científico (KETTLES; CRESWELL; ZHANG, 2016).

Ao longo do tempo, uma série de nomenclaturas foi utilizada para expressar esta integração, entre elas, destacam-se: investigação multimétodo, pesquisa integrada/combinada,

estudo híbrido, métodos mistos e triangulação (SANTOS et al., 2017), sempre considerando que a vinculação entre pesquisa quantitativa e qualitativa possibilita o entendimento sobre o fenômeno de escolha de uma forma que não seria alcançado com a utilização de somente uma abordagem (CRESWELL; PLANO CLARK, 2013).

Há quatro principais situações em que o uso da pesquisa de métodos mistos é indicado. A primeira é quando os conceitos são novos e há escassa literatura disponível sobre os mesmos. Nesse caso, há necessidade de exploração qualitativa antes de métodos quantitativos serem utilizados. A segunda situação é quando os resultados de uma abordagem podem ser melhores interpretados com uma segunda fonte de dados. A terceira situação é quando, por si só, nem a abordagem qualitativa, nem a abordagem quantitativa é suficiente para a compreensão do problema a ser estudado. Por último, a quarta indicação é quando os resultados quantitativos são de difícil interpretação e dados qualitativos podem ajudar a compreendê-los (CRESWELL; PLANO CLARK, 2013; DOORENBOS, 2014).

Para utilização da pesquisa mista, quatro aspectos importantes precisam ser decididos no planejamento dos procedimentos para métodos mistos, sendo eles: distribuição de tempo, atribuição de peso, a combinação e a teorização, como mostra o Quadro 3.

**Quadro 3.** Aspectos a serem considerados no planejamento de pesquisas de métodos mistos.

Distribuição de tempo	Atribuição de peso	Combinação	Teorização
Sequência não ocorrida	Igual	Integração	Explícita
Dados qualitativos coletados primeiro	Qualitativo	Conectando	
Dados quantitativos coletados primeiro	Quantitativo	Incorporando	Implícita

**Fonte:** Creswell; Plano Clark (2011)

Na distribuição do tempo, o pesquisador deve definir se os dados qualitativos e quantitativos serão coletados em fases (sequencialmente) ou ao mesmo tempo (concomitantemente). Quando os dados são coletados em fases, a definição de quais vêm primeiro depende da intenção inicial do pesquisador. Dados qualitativos são coletados primeiramente quando a intenção é explorar o tópico com os participantes. Depois, o pesquisador expande o entendimento por meio de uma coleta com uma população ou amostra representativa da mesma. Quando dados quantitativos e qualitativos são coletados

concomitantemente a implementação é simultânea (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011).

A atribuição de peso corresponde a prioridade atribuída a pesquisa quantitativa ou qualitativa no estudo. Pode-se atribuir o mesmo peso aos dados provenientes das duas abordagens ou enfatizar uma ou outra, de acordo com os interesses do pesquisador ou do público ao qual se destina a pesquisa (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011).

A combinação refere-se ao modo como os dados são mixados, ou seja, significa estabelecer se os dados qualitativos e quantitativos serão fundidos, ou serão mantidos separados, ou ainda se estarão de algum modo combinados. Considera-se que os dados na pesquisa de métodos mistos estão conectados quando há uma combinação da pesquisa quantitativa e qualitativa com a análise de dados da primeira fase do estudo e a coleta de dados da segunda fase. Há uma integração quando os bancos de dados qualitativos e quantitativos estão fundidos e produzem informações que se apoiam mutuamente. A incorporação ocorre quando se coletam dados secundários que têm papel de apoio para as informações de um banco de dados principal (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011).

E o último fator é a teorização, que compreende a perspectiva teórica que guia a execução do projeto de método misto. Neste contexto, considera-se que todos os pesquisadores possuem teorias, hipóteses ou estruturas norteadoras em suas investigações, e tais teorias podem estar explicitadas ou implícitas e não mencionadas (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011).

Levando em consideração os quatro fatores citados acima, definem-se os procedimentos de um estudo de métodos mistos e uma das seis principais estratégias de proposta de pesquisa descritas na literatura, que são: explanatória sequencial, exploratória sequencial, transformativa sequencial, triangulação concomitante, incorporada concomitante e transformativa concomitante (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011).

Essas estratégias podem ser descritas através de um sistema de notação desenvolvido para facilitar a comunicação entre pesquisadores de métodos mistos. Trata-se de um conjunto de rótulos e símbolos abreviados que representam aspectos da pesquisa, as quais estão apresentadas no Quadro 4.

**Quadro 4.** Sistema de notação para pesquisas de métodos mistos.

Notação	Definição
“QUAN”	Estudo conduzido quantitativamente
“QUAL”	Estudo conduzido qualitativamente
“quan”	Dados quantitativos secundários em relação a dados qualitativos
“qual”	Dados qualitativos secundários em relação a dados quantitativos

“+”	Coleta simultânea ou concomitante de coleta de dados quantitativos e qualitativos
“→”	Forma sequencial de coleta de dados

Fonte: Creswell; Plano Clark (2011)

O **Quadro 5**, abaixo diferencia resumidamente as estratégias de métodos mistos e o seu sistema de notação.

**Quadro 5.** Principais estratégias de métodos mistos.

Estratégia	Definição	Exemplo de notação
Explanatória sequencial	Dados quantitativos são coletados e analisados em uma primeira etapa da pesquisa, seguida de coleta e análise de dados qualitativos desenvolvida sobre os resultados quantitativos iniciais	QUAN → qual
Exploratória sequencial	Dados qualitativos são coletados e analisados em uma primeira etapa da pesquisa, seguida de coleta e análise de dados quantitativos desenvolvida sobre os resultados qualitativos iniciais.	QUAL → quan
Transformativa sequencial	Projeto de duas fases com uma lente teórica se sobrepondo aos procedimentos sequenciais. Tem uma fase inicial (quantitativa ou qualitativa) seguida de uma segunda fase (quantitativa ou qualitativa), que se desenvolve sobre a fase anterior	QUAN → qual QUAL → quan
Triangulação concomitante	Dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente e depois comparados com o objetivo de determinar convergências, diferenças e combinações.	QUAN + QUAL
Incorporada	Dados quantitativos e	Qual(QUAN) → Quan(QUAL)

concomitante	qualitativos são coletados concomitantemente. No entanto, há um método principal que guia o projeto e um banco de dados secundário com papel secundário.	
Transformativa concomitante	Adota perspectiva teórica específica, com dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente. No entanto, pode-se ter um método incorporado no outro	QUAN + QUAL → quan

Fonte: Adaptado de e Creswell; Plano Clark (2011)

### 5.1.2 Abordagem e delineamento de pesquisa

Embasado nos conceitos apresentados sobre as características e estratégias de métodos mistos de pesquisa, justifica-se, neste estudo, a adoção do delineamento explanatório sequencial que ocorre em duas fases interativas e distintas, com o desenvolvimento de uma etapa com abordagem quantitativa seguida por uma qualitativa (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013).

Nesta abordagem, os resultados quantitativos são usados para planejar o acompanhamento qualitativo. Os resultados quantitativos podem embasar os procedimentos de amostragem e apontar para os tipos de perguntas qualitativas a serem feitas aos participantes na segunda fase. Cabe ressaltar que a análise continua independentemente para cada fase, o qual um banco de dados explica o outro e a coleta de dados pode ser espaçada sobre tempo (CRESWELL; PLANO CLARK, 2018). Nesse desenho, a interpretação dos resultados qualitativos auxilia na compreensão dos resultados quantitativos iniciais (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013).

Para tanto, é realizado a interpretação dos resultados quantitativos da primeira fase e, em seguida, os resultados qualitativos da segunda fase. No entanto, este projeto, então, emprega um terceiro forma de interpretação: como os resultados qualitativos ajudam a explicar os resultados quantitativos (CRESWELL; PLANO CLARK, 2018).

De acordo com Creswell e Plano Clark (2018), a interpretação do método misto na explanatória sequencial, ainda contempla – após o pesquisador apresentar os resultados quantitativos e, em seguida, qualitativos – uma discussão específica de como os resultados qualitativos ajudam a expandir ou explicar os resultados quantitativos.

A perspectiva teórica é explícita e corresponde aos tópicos abordados na seção do referencial teórico.

Dessa forma, serão desenvolvidos dois estudos, cada um com suas abordagens:

- Estudo quantitativo com delineamento transversal e analítico.
- Estudo qualitativo.

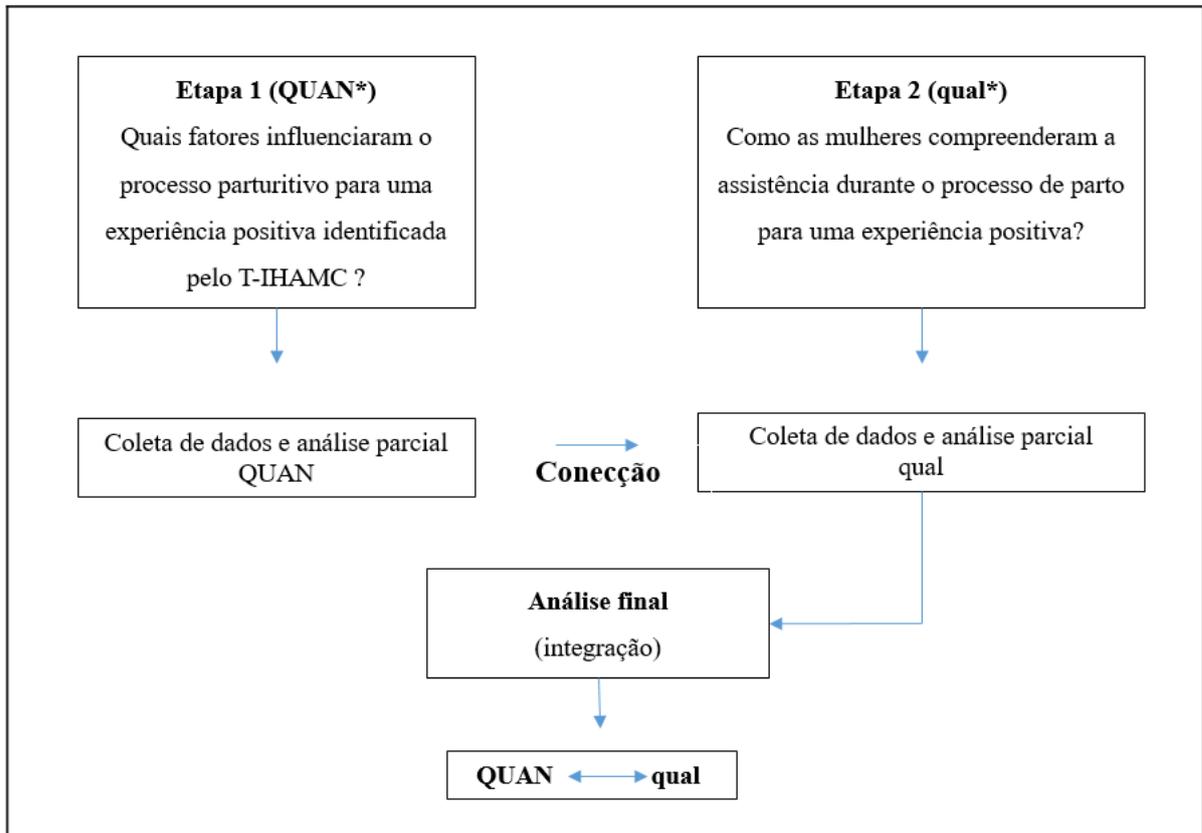
Na abordagem quantitativa utiliza-se do raciocínio dedutivo e sistemático para produzir evidências científicas a partir de números analisados por procedimentos estatísticos. Entre os delineamentos de pesquisa quantitativa, os estudos transversais caracterizam-se por analisar relações entre variáveis que não podem ser manipuladas. Em relação à dimensão temporal, nos modelos transversais os fenômenos estudados são contemplados em um único período de coleta de dados (POLIT; BECK, 2011).

As principais vantagens dos estudos transversais são a economia e facilidade de controle. Contudo, não é possível inferir nas tendências e mudanças ao longo do tempo. Bem como, estudos quantitativos limitam-se a uma compreensão relativamente pequena da complexidade e diversidade inerentes às experiências humanas (POLIT; BECK, 2011).

Essa limitação pode ser superada por meio de pesquisas qualitativas, em que “a preocupação do pesquisador não é com a representatividade numérica do grupo pesquisado, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma trajetória” (GOLDENBERG, 2007, p.14). A abordagem qualitativa busca a percepção dos fenômenos e seus significados para as pessoas, as quais estão em constante processo interativo no interior de grupos sociais dinâmicos (POLIT; BECK, 2011). Portanto, a combinação destes métodos tenta romper barreiras das explicações, criando abordagens complexas (MINAYO, 2011).

Procurou-se atribuir peso semelhante aos resultados de ambas as etapas, conforme suas especificidades. Os dados foram combinados por meio da conexão dos resultados quantitativos e qualitativos e também a partir da integração dos resultados e discussão.

**Figura 3.** Etapas da pesquisa, conforme desenho explanatório sequencial.



\* QUAN: quantitativa; \*qual: qualitativa.

Fonte: Adaptado de Creswell; Plano Clark (2011)

## 5.2 LOCAL DO ESTUDO E CARACTERIZAÇÃO DOS NASCIMENTOS

O estudo foi realizado em um município do interior paulista, com 120.691 habitantes, situado a 390 km da capital. O referido município possui dois hospitais com maternidade e apenas uma maternidade escola que atende pelo SUS (IBGE, 2017), referência de atendimento do SUS para dezenove municípios da microrregião. Esta maternidade de alta e média complexidade, possui 34 leitos. Ocorrem mensalmente uma média de 150 nascimentos entre convênios, particulares e SUS, predominando o atendimento no SUS, com média de 130 nascimentos/mês.

Para caracterizar o município com relação aos nascimentos, utilizamos as informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de janeiro de 2018 a dezembro 2019 (período atualizado e disponível na vigilância epidemiológica). De acordo com o SINASC foram registrados 5589 nascimentos, de janeiro de 2018 a dezembro 2019, e se caracterizam da seguinte forma:

**Tabela 1.** Percentual dos resultados referentes a caracterização dos nascimentos utilizando dados do SINASC. Catanduva, SP, 2018-2019.

<b>Variáveis</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Estabelecimento de saúde	Hospital escola	3870	69,44
	Hospital particular	1641	29,45
	Outros hospitais	62	1,11
Nº de gestações anteriores	0	2231	40,48
	1	1755	31,85
	2	877	15,91
	3	377	6,84
	Mais de 3	271	4,92
Nº de partos vaginais	0	4344	79,52
	1	688	12,59
	2	262	4,80
	3	89	1,63
	Mais de 3	80	1,46
Nº de cesáreas	0	3189	58,18
	1	1639	29,90
	2	483	8,81
	3	140	2,55
	Mais de 3	30	0,55
Filhos nascidos vivos	0	2557	46,64
	1	1835	33,47
	2	711	12,97
	3	243	4,43
	Mais de 3	136	2,48
Duração da gestação	De 22 a 27 semanas	29	0,52
	De 28 a 31 semanas	84	1,50
	De 32 a 36 semanas	648	11,60
	De 37 a 41 semanas	4710	84,35
	42 semanas ou mais	113	2,02
Tipo de gravidez	Única	5448	97,51
	Dupla	139	2,49
Tipo de parto	Vaginal	1195	21,39
	Cesáreo	4393	78,61
Nº de consultas pré-natal	Nenhuma	41	0,73
	1 a 3	124	2,22
	4 a 6	640	11,45
	7 ou mais	4783	85,58
	Ignorado	1	0,02
Apresentação do parto	Cefálica	5275	94,93
	Pélvica ou podálica	273	4,91
	Transversa	5	0,09
	Ignorado	4	0,07
Trabalho de parto induzido	Sim	723	12,99
	Não	4839	86,94
	Ignorado	4	0,07

Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto?	Sim	3771	86,21
	Não	586	13,40
	Não se aplica	13	0,30
	Ignorado	4	0,09
Nascimento assistido por	Médico	5573	99,77
	Enf./Obstetiz	6	0,11
	Outros	5	0,09
	Ignorado	2	0,04

Os dados referentes à gestação atual apontam que a via de nascimento predominante nesta região é a cesárea, com 4394 (78;61%), enquanto o parto normal ocorreu em apenas 1195 (21;39%). A maioria das mulheres são assistidas no hospital conveniado ao SUS (não exclusivamente), (3870;69,44%), a gestação única sobressai (5448;97,51%), assim como as mulheres que realizaram 7 ou mais consultas pré-natal (4783;85,58%) e a apresentação predominante foi cefálica (5275;94,93%). Importante salientar que a maioria não apresentou trabalho de parto induzido (4839;86,94%), a cesárea ocorreu antes do trabalho de parto para a maioria das mães (3771;86,21%), e o nascimento foi assistido pelo médico (5573;99,77%). O que condiz com o número de nascimento por cesárea.

### 5.3 ETAPAS DA PESQUISA, TÉCNICAS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS, PARTICIPANTES, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

#### 5.3.1 Etapas da Pesquisa e Técnicas de Coleta e Análise dos Dados

##### Etapa 1

Na etapa 1 (quantitativa) trata-se de estudo de natureza quantitativa, com delineamento transversal, no qual foi utilizado o instrumento T-IHAMC (APÊNDICE A) aqui denominado questionário, pois foi usado seu conteúdo como medida.

Para aplicação do questionário, foi organizado um roteiro, com questões semiestruturadas (APÊNDICE B), em que foram coletados primeiramente informações para a caracterização de dados sociodemográficos e obstétricos, que não constam no questionário T-IHAMC, sendo eles: estado civil, escolaridade, profissão, religião, números de consultas e risco gestacional. Esta informação foi coletada no prontuário e/ou cartão de pré-natal.

O instrumento T-IHAMC possui 69 questões distribuídas em três blocos (admissão, internação e pós-alta) e avalia a qualidade da assistência oferecida a partir das práticas adotadas

pelos profissionais da maternidade e os desfechos, valorizando também a experiência da mulher com relação ao cuidado recebido, o que inclui: ser informada, ter oportunidade de escolha, receber cuidado respeitoso e ser ouvida pelos profissionais (ALONSO, 2020).

O T-IHAMC é instrumento em construção, o qual foi realizado a validade de conteúdo por Alonso (2020) em seu doutoramento e ainda deve ser testado quanto às propriedades que compõem a validade e a confiabilidade, como: validade de critério e constructo, consistência interna e equivalência. O número de perguntas preenchidas depende do que a mulher responde durante a aplicação do instrumento e do que está registrado em prontuário, isto porque, algumas questões são específicas, por exemplo, a via de parto, cesárea ou parto vaginal. As respostas do questionário contemplam respostas dicotômicas e em múltipla escolha, podendo a mulher marcar todas que se aplicam.

Participaram da etapa quantitativa 265 puérperas. A precisão da estimativa foi calculada considerando um teste de hipóteses bilateral para estimação de uma prevalência,

$$\begin{cases} H_0: p = p_0 \\ H_1: p \neq p_0 \end{cases}$$

onde tem-se a seguinte equação para o erro absoluto tolerável da estimativa (margem de erro) considerando um nível de significância de 5%:

$$\varepsilon = 1,96 \sqrt{\frac{p_0(1 - p_0)}{n}}$$

Para o tamanho amostral de 265 participantes estudados, com uma prevalência de 38,11% de parto normal ( $p_0$ ) e nível de confiança de 95%, estima-se uma margem absoluta de erro de 5,8 pontos percentuais (LUIZ; MAGNANINI, 2000; SCHEAFFER et al., 2011).

Foram coletados dados do prontuário referente à admissão e, aplicado o instrumento face a face no hospital e 10 dias após o parto por telefone (questões pós-parto). Esta etapa foi realizada no período de janeiro a junho de 2021, respeitando o período de 6 meses do critério de cálculo amostral, para garantir a aleatorização, foram realizadas 45 entrevistas por mês, 11 por semana. Devido à pandemia da COVID-19, a coleta de dados foi realizada nos dias que a pesquisadora exercia outras atividades na instituição, para não aumentar o risco de exposição das mulheres ao Coronavírus devido a pesquisa.

Todos os dados foram digitados em planilha de *excel*, pela pesquisadora estudante do curso de doutorado. Quanto ao controle de qualidade, todos os dados foram submetidos à conferência ao final de cada dia de digitação. Após a verificação de possíveis inconsistências,

os dados foram submetidos à análise estatística.

Realizou-se análise estatística descritiva das respostas através de frequências absolutas e percentuais (variáveis qualitativas) e por meio de medidas como média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo (variáveis quantitativas) e, posteriormente para estimar os riscos relativos de interesse foi utilizado o modelo de regressão de *Poisson* com variância robusta (ZOU, 2004). Para todas as análises adotou-se um nível de significância de 5%. A descrição das respostas considerou atender ou não as recomendações de acordo com a maior parte das respostas.

Algumas variáveis do questionário T-IHAMC não puderam ser discutidas com relação ao referencial teórico utilizado nesta tese, pois há um contexto obstétrico que deve ser considerado e analisado para fazer tais afirmações, configurando-se, portanto, uma limitação deste estudo. Estas variáveis apenas foram apresentadas nos resultados como resposta esperada.

## Etapa 2

Na segunda etapa (qualitativa), os dados foram colhidos por meio de uma entrevista aberta, a partir da observação dos resultados obtidos na fase quantitativa visando maior compreensão e aprofundamento, de acordo com Creswell e Plano Clark (2018, pg.357) “[...] A chave da ideia é que a coleta de dados qualitativos se baseia diretamente nos resultados quantitativos”. As entrevistas foram realizadas de um a seis meses do parto, período eleito para possibilitar a análise da primeira etapa (quantitativa), bem como por entender que as experiências de parto, sejam elas positivas ou negativas deixam marcas para toda a vida (BRASIL, 2017a), as quais foram desenvolvidas no período de julho a setembro de 2021.

Para seleção das entrevistadas, as mulheres eram convidadas durante a aplicação do questionário por telefone (parte pós-alta da primeira etapa do estudo – quantitativa) a participar da entrevista qualitativa. Das mulheres que se disponibilizaram a participar da segunda fase do estudo foi elaborado uma relação nominal e, em seguida, foi atribuído um número. A entrevista foi realizada por sorteio dos algarismos selecionados até atingir a saturação dos dados. Nos dias próximos a entrevista, era estabelecido um contato telefônico para confirmar o dia agendado.

Para compreender com profundidade os resultados quantitativos iniciais, optou-se por uma entrevista aberta. Segundo Creswell e Plano Clark (2018), as perguntas qualitativas, como todas as boas pesquisas qualitativas, são gerais e abertas, uma vez que a análise continua independentemente para cada fase. Utilizou-se a seguinte questão desencadeadora: Me conte como foi sua experiência de parto? Outras perguntas puderam ser acrescentadas visando a

compreensão da experiência positiva de parto. As entrevistas duraram em média de 30 a 40 minutos.

Devido à pandemia da COVID-19 o formato que seria previamente em domicílio, foi alterado para online, após aprovação por adendo ao CEP (Comitê de Ética e Pesquisa). Utilizou-se para tanto, a plataforma digital da preferência da mulher, sendo entre elas *zoom*, *meeting* e chamada de vídeo pelo *whatsapp*. O número de participantes foi estabelecido a partir do critério de saturação por significado, quando o conjunto de dados assegura elementos suficientes em densidade e recorrência acerca do fenômeno em exploração (HENNINK; KAISER; MARCONI, 2017)

Vale ressaltar que, para a construção desta etapa, foi utilizado o *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), que é um guia de pesquisa composto por 32 itens, divididos em três domínios: equipe de pesquisa e reflexividade; desenho do estudo e análise; e conclusões. Estes são considerados necessários ao desenvolvimento de estudos qualitativos. Este guia tem sido usado com a finalidade em aprimorar a qualidade das pesquisas qualitativas e conseqüentemente promover condutas adequadas e maior reconhecimento desta. Pode auxiliar no relato de aspectos importantes da descrição do estudo referentes à equipe de pesquisa, métodos empregados, contexto, revelações, análises e interpretações (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). (Anexo B)

A análise dos dados desta etapa foi realizada por meio da técnica - Análise de Conteúdo, modalidade temática. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido, que constituem uma comunicação, o qual a frequência de palavras ou expressões possui significado para o objeto analítico. A análise foi realizada em três etapas: a) pré-análise, b) exploração do material, c) tratamento dos resultados obtidos e a interpretação (MINAYO, 2011). Estas etapas, seguindo as definições dadas por Bardin (2004), foram utilizadas neste estudo da seguinte forma:

Todas as entrevistas foram áudio gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, sofrendo apenas correções estruturais, sem modificar o sentido expresso pelas entrevistadas. Na primeira etapa, pré-análise, foi realizada a leitura flutuante, isto é, inicialmente ocorreram repetidas leituras do material transcrito para apreender ideias, conceitos, temas para que determinasse a unidade de registro, a unidade de contexto, recortes de texto compatível com a categorização e de codificação para registro de dados.

A segunda etapa, constituída da exploração do material, ocorreu a análise propriamente dita, sendo realizada a efetiva administração das decisões tomadas, ou seja, nesta etapa foi

realizada a classificação que objetiva compreender o núcleo de compreensão. Foram realizadas novas leituras, conduzidas para destacar/selecionar trechos significativos em termos de conteúdos frente ao fenômeno em exploração, que mediante agrupamentos apontaram categorias iniciais.

Na terceira etapa, denominada tratamento dos dados, procedeu-se os processos de inferência e interpretação; em que os resultados foram tratados de modo a serem significativos e válidos, ou seja, movimentos interpretativos e inferências articularam-se com os dados e delimitaram categorias para reportar os achados. Produzir inferência em Análise de Conteúdo significa embasar os resultados com pressupostos teóricos. Deve ir além do conteúdo manifesto dos documentos, buscando o conteúdo latente. Foi utilizado o princípio de enumeração presença/ausência, no qual o que se considera é o entendimento teórico prévio sobre a emergência ou não de significados incrustados em um grupo de palavras. Ou ainda, a diferença produzida entre presença e ausência de determinados itens.

“Para o investigador, a análise nunca está acabada, suficientemente completa. As zonas de sombra inquietam-no, tanto quanto o sentido escondido e o mais fundamentado das suas deduções; mas a marcha da análise é limitada pelas possibilidades práticas” (AMADO, 2000, p. 60).

### **5.3.2 Participantes, Critérios de Inclusão e Exclusão**

Na primeira etapa 1 (quantitativa) foram inclusas puérperas, que estavam no pós-parto normal ou pós-cesariana em Alojamento Conjunto (AC), e pariram nas últimas 24 horas em ambiente hospitalar.

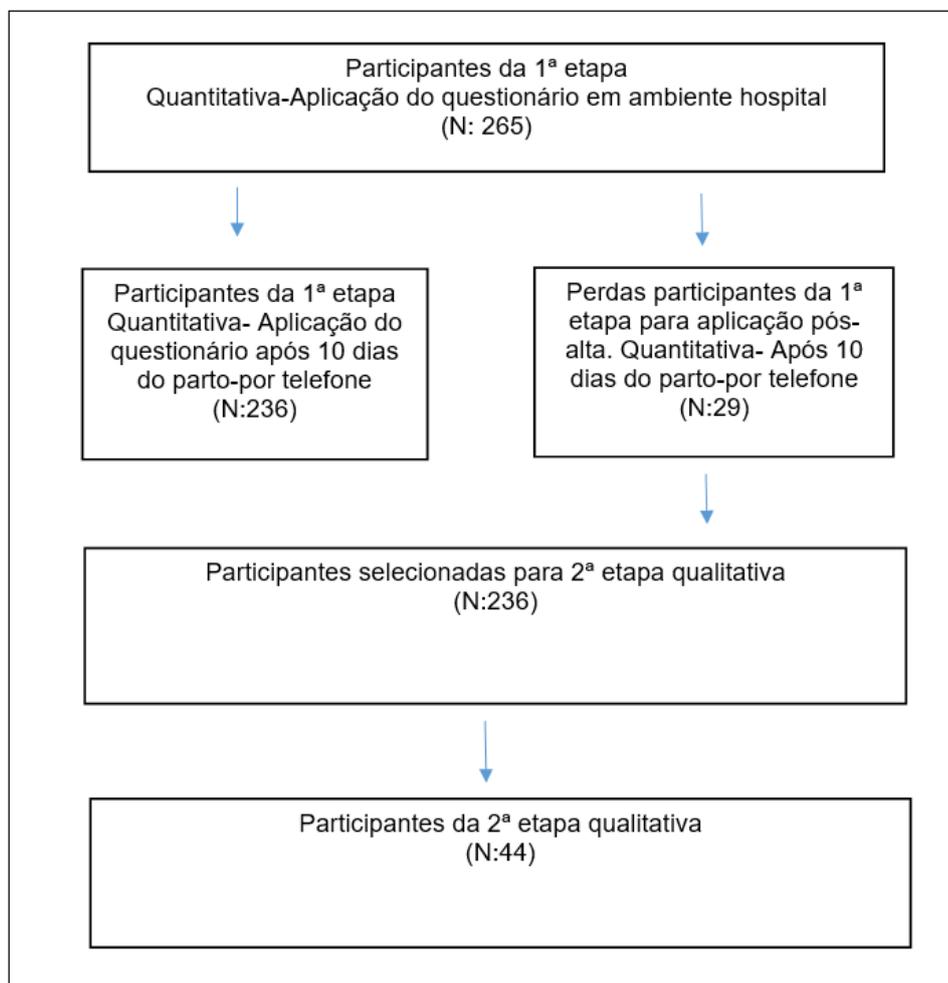
Não foram inclusas nesta etapa: ter vivenciado um abortamento (peso < 500 gramas e/ou idade gestacional < 22 semanas); não ter tido o bebê na maternidade (inclui: mulheres que pariram no trajeto para o hospital e aquelas que foram transferidas de outra instituição logo após o parto); reinternações; adolescentes não emancipadas e sem presença do(a) responsável legal; puérperas com deficiência auditiva, visual ou cognitiva.

Na segunda etapa 2 (qualitativa) o critério de inclusão foi ter participado da 1ª etapa do estudo, se mostrarem dispostas a contar sua experiência de parto e apresentarem uma narrativa compreensível. Vale ressaltar que nos métodos mistos do tipo sequencial explanatório, a amostra qualitativa deve ser indivíduos que estão na amostra quantitativa inicial, assim são os mesmos indivíduos, porque a intenção é acompanhar os resultados quantitativos e explorar os resultados em maior profundidade (CRESWELL; PLANO CLARK, 2018).

Não foram incluídas nesta etapa: mulheres que não aceitaram receber ligação para aplicação da 2ª etapa do instrumento quantitativo e mulheres que não aceitaram participar da entrevista qualitativa ou não ter acesso à internet.

Ademais vale explicar as mulheres que foram classificadas como perda na 2ª fase da aplicação do instrumento (pós-alta). Para tanto, usou-se o critério de fazer em 3 ligações, em horários diferentes que, quando não atendidas, foi considerado perda. Neste contexto, houve 28 perdas e 1 por óbito materno. No total foram 29 perdas para aplicação do questionário pós-alta. Não houve recusa na participação desta pesquisa nas duas etapas do estudo. As participantes por etapa do estudo encontram-se detalhada na figura 4.

**Figura 4.** Fluxograma do número de participantes por etapas do estudo.



**Fonte:** Elaborado pelo autor

O quadro 6 mostra uma síntese das etapas, articulando com o desenho do estudo, objetivos, participantes, coleta e análise dos dados.

**Quadro 6.** Síntese dos aspectos metodológicos da pesquisa.

Desenho do estudo	Pesquisa de métodos mistos com e desenho sequencial explanatório	
	Quantitativo	Qualitativo
	Transversal	Pesquisa de campo
Objetivo específico	Analisar o atendimento recebido pelas mulheres durante o parto por meio do termômetro T-IAMC para uma experiência positiva.	Compreender as representações das mulheres sobre seu processo de parto.
Participantes	<p>Participaram 265 puérperas. A precisão da estimativa foi calculada considerando um teste de hipóteses bilateral para estimação de uma prevalência,</p> $\begin{cases} H_0: p = p_0 \\ H_1: p \neq p_0 \end{cases}$ <p>onde tem-se a seguinte equação para o erro absoluto tolerável da estimativa (margem de erro) considerando um nível de significância de 5%:</p> $\varepsilon = 1,96 \sqrt{\frac{p_0(1 - p_0)}{n}}$ <p>Para o tamanho amostral de 265 participantes estudados, com uma prevalência de 38,11% de parto normal (<math>p_0</math>) e nível de confiança de 95%, estima-se uma margem absoluta de erro de 5,8 pontos percentuais.</p>	Das mulheres que se disponibilizaram a participar da segunda fase do estudo foi elaborado uma relação nominal e, em seguida, foi atribuído um número. A entrevista foi realizada por sorteio dos algarismos selecionados até atingir a saturação dos dados. Foram entrevistadas 44 mulheres.
Coleta de dados	Através do instrumento do questionário elaborado pelo autor para dados sociodemográficos e obstétricos e o T-IHAMC (Termômetro da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança)	Entrevista aberta
Análise de dados	Estatística descritiva das respostas através de	Análise de Conteúdo – modalidade temática.

	<p>frequências absolutas e percentuais (variáveis qualitativas) e por meio de medidas como média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo (variáveis quantitativas) e, posteriormente para estimar os riscos relativos de interesse foi utilizado o modelo de regressão de Poisson com variância robusta.</p>	
--	---	--

**Fonte:** Elaborado pelo autor

#### 5.4 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo foi submetido ao CEP, que teve aprovação ética pelo CEP da UNIFIPA (Centro Universitário Padre Albino-09359119.8.0000.5430 (Anexo C). Respeitando as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, às mulheres que concordaram em participar do estudo, foi fornecido para assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), também assinado pelo pesquisador (Anexo D).

Devido à pandemia do coronavírus e a inclusão de puérperas como grupo de risco, fez-se necessário alterar a forma como a coleta estava organizada, bem como passar de entrevista domiciliar para formato online. Para tanto, realizou-se um adendo que foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa, parecer número: 4.678.206, CAAR 09359119.8.0000.5430 (Anexo E).

#### 5.5 ESTUDO PILOTO

Para identificar possíveis problemas ou dificuldades na aplicação do questionário e entrevista na maternidade (a princípio a ideia era entrevistar as mulheres para a etapa qualitativa na maternidade e utilizar o método misto de triangulação), foi realizado estudo piloto entre os meses de março e abril de 2020, com uma amostra de 10 puérperas (não incluídas no estudo). Neste momento, foi possível identificar dificuldades com relação ao espaço físico e interrupção da entrevista pela equipe multiprofissional da instituição. Não houve reformulação dos itens do roteiro, contudo, verificou-se que era desfavorável realizar a entrevista em ambiente hospitalar devido à extensão da entrevista adicionado a aplicação do questionário ao período puerperal imediato. Diante deste problema, foi conversado com a coordenadora da área, a qual

disponibilizou uma sala privativa para realizar a aplicação do questionário e as entrevistas qualitativas foram programadas após a alta.

## 6 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados de acordo com a proposta metodológica deste estudo, de forma sequencial. Primeiramente, constam os resultados da Etapa 1 (quantitativa). Sequencialmente, são apresentados os resultados da Etapa 2, os quais dizem respeito à etapa qualitativa e após a integração das duas abordagens.

### 6.1 RESULTADOS DA ETAPA 1 (QUANTITATIVA)

Neste item são apresentados os resultados da Etapa 1 da pesquisa (quantitativa). Inicialmente, os dados do roteiro para caracterização sociodemográfica das participantes e em seguida dados do questionário “T-IHAMC”. Na tabela 2 verifica-se a caracterização sociodemográfica e obstétrica.

**Tabela 2.** Percentual referente às variáveis de caracterização sociodemográfica e obstétrica. Catanduva, S.P,2021.

<b>Variável</b>	<b>Total de casos</b>	<b>Percentual</b>
Tem companheiro(a)		
Não	23	8,68
Sim	242	91,32
Escolaridade		
1 a 4 anos	6	2,26
5 a 8 anos	119	44,91
9 a 11 anos	127	47,92
Mais de 12 anos	13	4,91
Religião		
Católica	130	49,06
Evangélica	104	39,25
Não tem	30	11,32
Espírita	1	0,38
Pré-Natal		
Não	4	1,51
Sim	261	98,49
Número de consultas (n=261) *		
2	3	1,15%
3	3	1,15%

4	7	2,68%
5	6	2,30%
6	16	6,13%
7	30	11,49%
8	61	23,37%
9	52	19,92%
10	34	13,03%
11	11	4,21%
12	20	7,66%
13	11	4,21%
14	2	0,77%
15	3	1,15%
16	2	0,77%

#### Estratificação de Risco

Alto Risco	52	19,62
Risco Habitual	211	79,63
Não fez pré-natal	2	0,75

\*Foi considerado o total de mulheres que realizaram consulta de pré-natal.

De acordo com os resultados da Tabela 2, a maioria das participantes tem companheiro (242; 91,32%), apresenta escolaridade de 9 a 11 anos (127;47,92%), de religião católica (130; 49,06%). A maioria realizou pré-natal (261;98,49%), o número mínimo de consultas foi 2 e o máximo foi 16 consultas, sendo a maior parte mulheres com gestação de risco habitual (211; 79,63%)

Para descrição das respostas das variáveis do questionário, consta em anexo, a tabela 21 (Anexo F). Para esta e demais tabelas que apresentaram dados do questionário, a ordem das variáveis estão dispostas na mesma sequência da questão da entrevista. A maioria das mulheres se denominou com cor da pele branca (135;50,94%), não tinha plano de parto (258;97,36%) e procurou atendimento no hospital por sentirem que estavam em trabalho de parto (103;38,87%). A maioria das participantes não apresentou acompanhante durante toda a sua internação (264;99,62%) dado que a instituição, em especial na sala de recuperação anestésica, não permitiu a entrada do acompanhante, contudo, nos demais locais da maternidade a maioria delas escolheu e permaneceu com o seu acompanhante (253;95,47%). A maioria das participantes realizou cesárea (164;61,89%) e reportou que o profissional pediu permissão para realizar o fórceps ou vácuo extrator (93; 56,71%), sendo que a maioria entendeu o motivo pelo qual foi feito esse tipo de procedimento (138;84,15%).

A maioria das mulheres reportou que o profissional que as atendeu não se apresentou (183; 69,06%), sendo o médico o profissional que mais atendeu (51;62,20%). Para 139 casos

(52;45%), o parto não foi induzido, pois a cesárea já estava agendada e para os partos que sofreram indução, tal procedimento foi realizado, em sua maioria, com misoprostol (29; 87,88%). Para esses casos, 18 (54;55%) foram induzidos com a autorização das participantes e 15 (45;45%) ocorreram sem autorização das mesmas.

Para a maioria das participantes, a indução do parto foi compreendida e permitida (19; 57,58%), não permaneceu com acesso venoso durante o trabalho de parto (48;41,74%), pode comer e beber (84;76,36%), foi estimulada a se mover e mudar de posição a todo momento (49;44,95%), não apresentou doula (108;99,08%) e sempre que quis, a paciente utilizou técnicas para aliviar as dores durante o parto (86;78,90%).

Para a maioria das participantes, a anestesia/analgesia não foi realizada porque não foi solicitada pela mulher (96;88,07%), muitos exames de toque foram realizados durante a internação (62;56,88%), sendo que todos os profissionais pediram permissão para realizar esse exame (85;77,98%), mencionando o que havia na evolução do toque para a mulher (89; 82,41%). Para a maioria dos casos não houve rompimento da bolsa por profissional (65; 60,75%), sendo que quando houve, a maioria das participantes relatou que o profissional não pediu permissão para executar o rompimento (27;64,29%), não havendo entendimento pela mulher porque não foi explicado o motivo do procedimento (25;59,52%).

Para a maioria dos casos, o profissional que atendeu o parto não se apresentou (75; 71,43%), sendo atendidas por médico (15;50,00%) e estudante (11;36,67%), não sendo oferecidas alternativas de posição para o parto (91;90,1%). Na maioria dos casos foi solicitada à mulher que fizesse força para baixo mesmo sem vontade (95;94,06%), não apertaram ou empurraram a barriga da paciente (87;86,14%). A maioria das mulheres apresentou laceração de vagina com pontos (54;53,47%) e não tiveram contato com o bebê logo após o parto porque não foi possível (145;54,72%).

Após o parto, os profissionais monitoraram as mulheres em relação a sangramentos, pressão arterial e outros sinais de vida (207;78,11%). A maioria das mães não apresentou hemorragia pós-parto (252;95,09%) e não apresentou hemorragias ou complicações pós-parto imediato (186;70,19%).

As questões 54 até 69 são referentes às variáveis de pós-alta. Cabe lembrar que estas questões foram aplicadas por telefone após a alta e houve perda de 29 participantes. Desta forma, o número de participantes desta etapa totalizou 236 participantes.

Foi possível verificar que, a maioria das participantes foi orientada para voltar ao hospital caso existisse algum sinal de perigo (130;55,08%), não houve infecção entre o

momento da alta até o momento da coleta dos dados (198; 83,9%), não foi deixada sozinha pelos profissionais em momentos de medo e angústia (194; 82,20%), foi separada do seu bebê para pesagem, banho ou realizar algum procedimento (136;57,63%). Para a questão 65, as respostas consideradas como desrespeitosas foram aquelas descritas por Changole et al. (2010), que as conceituam como falta de educação dos prestadores de cuidados, reprimendas inadequadas, gritaria com o cliente, falta de empatia, recusa em ajudar, ameaçar os clientes por sua não conformidade e negar aos clientes oportunidades de escolher ou opinar sobre os cuidados que estão recebendo. Os resultados da presente pesquisa mostraram que foram tratadas de modo grosseiro, gritaram ou foram ríspidos (7;2,97%), fizeram procedimento na mulher ou no bebê sem pedir autorização (43;18,22%), fizeram coisas como beliscar empurrar, segurar com força ou bater (1;0,42%) e pediu informação ficando sem resposta (35;14,83%), sentiu-se desrespeitada, discriminada, constrangida, envergonhada ou assustada (78;33,05%).

A maioria das mulheres também relatou que não teve privacidade durante a internação (198;84,90%, soma das mulheres que responderam mais ou menos ou não tiveram), que não tinha escolha em relação seu atendimento (119;50,42%) ou que algumas foram levadas a sério, outras não (65;27,54%). Quanto à percepção de segurança, foi seguro para (146;61,86%) e, (178;75,42%) indicaria ou recomendaria a maternidade para outras mulheres.

A partir da questão 5 até a 60 reúne informações sobre a gestação, paridade, questões referentes ao trabalho de parto, tipo de nascimento, etc. A maioria das participantes apresentaram Índice de Massa Corpórea (IMC) entre 25 e 29,9 (119;44,91%), classificação de risco amarela (187;70,57%), com nenhuma ou uma gestação anterior (73;27,25% para cada caso), sem partos normais anteriores (188;70,94%), sem cesáreas anteriores (146;55,09%), sem abortos (223; 84,15%). A maioria das mulheres apresentou gestação única (263; 99,25%), com 39 semanas de idade gestacional (90; 4,22%), com apresentação fetal cefálica (248;97,25%), apresentando movimentos fetais (254;95,85%).

A maioria dos casos apresentou ausência de contrações (124;51,88%), com nenhuma dilatação cervical (85; 35,86%), com consistência grossa e esvaecimento cervical (133; 55,65%) de posição cervical posterior (178;74,48%), condição da bolsa íntegra (192; 76,49%), o motivo da internação foi trabalho de parto espontâneo (110; 42,31%), sem indução (232;87,88%). Quando o parto foi induzido, o motivo foi, em sua maioria, pela gestação prolongada (10;35,71%), utilizando misoprostol (27;84,38%). A maioria das participantes apresentou trauma perineal ou incisão cirúrgica abdominal (221;83,77%), cesariana (128; 57,92%) e cesariana após início do trabalho de parto (36;16,29%). A maioria dos casos não

apresentou bebês com escore Apgar inferior a 7 no 5º minuto de nascimento (252;96,92%).

De acordo com os resultados analisados e, considerando o referencial teórico publicado pela OMS quanto as recomendações intrapartais para uma experiência positiva, foi realizado a análise das questões do instrumento deste estudo comparando estas recomendações, de forma que, as repostas que atendem à recomendação, estão descritas como resposta recomendada e quando não, não recomendada (Tabela 3).

**Tabela 3.** Percentual de recomendações intrapartais atendidas e não atendidas. Catanduva, S.P,2021.

<b>Variável</b>	<b>Total de casos</b>	<b>Percentual</b>
04.Em algum momento, você ou seu/sua acompanhante entregou o plano de parto?		
Resposta não recomendada	265	100
05.Por que você procurou por atendimento no hospital?		
Resposta não recomendada	101	38,11
Resposta recomendada	164	61,89
22.Você teve acompanhante durante toda a sua internação?		
Resposta não recomendada	264	99,62
Resposta recomendada	1	0,38
23.O/a acompanhante foi de sua escolha?		
Resposta não recomendada	12	4,53
Resposta recomendada	253	95,47
24.Tipo de parto		
Resposta não recomendada	164	61,89
Resposta recomendada	101	38,11
25.O profissional pediu sua permissão/autorização para fazer um fórceps, um vácuo extrator ou uma cesárea?		
Resposta não recomendada	71	43,29
Resposta recomendada	93	56,71
26.Você entendeu por que foi feito um fórceps, um vácuo extrator ou uma cesárea?		
Resposta não recomendada	26	15,85
Resposta recomendada	138	84,15
27.O profissional que atendeu seu parto/sua		

cesárea se apresentou?		
Resposta não recomendada	183	69,06
Resposta recomendada	82	30,94
29.O seu trabalho de parto precisou ser induzido?		
Resposta não recomendada	172	64,91
Resposta recomendada	93	35,09
30.Para induzir o seu trabalho de parto, utilizaram alguma dessas medidas?		
Resposta não recomendada	4	12,12
Resposta recomendada	29	87,88
31.O profissional pediu sua permissão/autorização para induzir seu trabalho de parto?		
Resposta não recomendada	15	45,45
Resposta recomendada	18	54,55
32.Você entendeu por que o seu trabalho de parto precisou ser induzido?		
Resposta não recomendada	14	42,42
Resposta recomendada	19	57,58
33.Você ficou com um acesso venoso no seu braço durante o trabalho de parto?		
Resposta não recomendada	67	58,26
Resposta recomendada	48	41,74
34.Você pôde beber e comer durante todo o trabalho de parto?		
Resposta não recomendada	26	23,64
Resposta recomendada	84	76,36
35.Você foi estimulada a se movimentar, mudar de posição e/ou andar durante o trabalho de parto?		
Resposta não recomendada	60	55,05
Resposta recomendada	49	44,95
36.Você teve uma doula, uma pessoa que oferece suporte físico e emocional durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?		
Resposta não recomendada	108	99,08
Resposta recomendada	1	0,92

37.Você usou algum dos seguintes métodos para aliviar sua dor durante o trabalho de parto: chuveiro, banheira, bola, cavalinho, massagem, respiração, barra, etc.?		
Resposta não recomendada	23	21,1
Resposta recomendada	86	78,9
38.Foi feita anestesia/analgesia para aliviar a sua dor durante o trabalho de parto?		
Resposta não recomendada	106	97,25
Resposta recomendada	3	2,75
39.Você considera que fizeram muitos exames de toque vaginal em você durante a internação?		
Resposta não recomendada	62	56,88
Resposta recomendada	47	43,12
40.Todos os profissionais pediram sua permissão/autorização antes para fazer os exames de toque vaginal?		
Resposta não recomendada	24	22,02
Resposta recomendada	85	77,98
41.Após o exame de toque vaginal, todos os profissionais que te examinaram contaram o que estava acontecendo com você ou como estava a evolução do trabalho de parto?		
Resposta não recomendada	19	17,59
Resposta recomendada	89	82,41
42.Algum profissional rompeu/estourou a sua bolsa?		
Resposta não recomendada	42	39,25
Resposta recomendada	65	60,75
43.O profissional pediu sua permissão para romper/estourar sua bolsa?		
Resposta não recomendada	27	64,29
Resposta recomendada	15	35,71
44.Você entendeu por que a sua bolsa precisou ser rompida/estourada?		
Resposta não recomendada	27	64,29
Resposta recomendada	15	35,71
45.O profissional que atendeu seu trabalho de parto se apresentou?		
Resposta não recomendada	75	71,43

Resposta recomendada	30	28,57
47.Foi oferecida ou permitida alternativas de posição para o parto, ou seja, você pôde ficar na posição que quis no momento do nascimento do seu/sua filho/a?		
Resposta não recomendada	91	90,1
Resposta recomendada	10	9,9
48.Quando o/a bebê estava para nascer, pediram para você fazer força para baixo sem que você tivesse vontade?		
Resposta não recomendada	95	94,06
Resposta recomendada	6	5,94
49.No parto, alguém apertou, empurrou ou subiu na sua barriga para o/a bebê nascer?		
Resposta não recomendada	14	13,86
Resposta recomendada	87	86,14
50.Você sabe como ficou a sua vagina depois do parto?		
Resposta não recomendada	2	1,98
Resposta recomendada	99	98,02
51.Logo após o nascimento, seu/sua bebê foi direto para o seu colo?		
Resposta não recomendada	146	55,09
Resposta recomendada	119	44,91
52.Após o parto ou a cesárea, de tempo em tempo, algum profissional mediu o seu sangramento, apertou sua barriga para sentir se o útero estava contraído e monitorou sua pressão?		
Resposta não recomendada	58	21,89
Resposta recomendada	207	78,11
53.Você teve hemorragia pós-parto ou pós-cesárea?		
Resposta não recomendada	13	4,91
Resposta recomendada	252	95,09
54.Após o parto ou a cesárea, você teve algum desses sinais/sintomas que eu vou te falar		
Resposta não recomendada	79	29,81
Resposta recomendada	186	70,19

61. Você foi orientada para voltar ao hospital caso tivesse alguns desses sinais de perigo: sangramento, dor abdominal intensa, dor de cabeça, ver pontinhos pretos ou brilhantes, dor de estômago, dificuldade para respirar, febre ou calafrios, cicatriz da cesárea ou dos pontos na vagina com secreção purulenta e/ou dificuldade para esvaziar a bexiga?		
Resposta não recomendada	106	44,92
Resposta recomendada	130	55,08
62. Você teve algum dos seguintes problemas entre o momento da alta e hoje?		
Resposta não recomendada	38	16,1
Resposta recomendada	198	83,9
63. Em relação à sua experiência, você foi deixada sozinha pelos profissionais em algum momento em que estava se sentindo preocupada, angustiada ou com medo?		
Resposta não recomendada	42	17,8
Resposta recomendada	194	82,2
64. Alguma vez, durante a internação, você foi separada do/da seu/sua bebê?		
Resposta não recomendada	236	100
65. Durante a internação, você passou por alguma dessas situações?		
Resposta não recomendada	164	69,49
Resposta recomendada	72	30,51
66. Você teve privacidade durante a internação? Por exemplo, recebeu uma camisola que te cobria e você não se sentia exposta; as portas, do ambiente em que você estava, permaneceram encostadas; o número de pessoas na sala de parto não era exagerado?		
Resposta não recomendada	198	83,9
Resposta recomendada	38	16,1
67. As suas escolhas foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade?		
Resposta não recomendada	185	78,39
Resposta recomendada	51	21,61

68.Em sua opinião, o atendimento que você e seu/sua bebê receberam na maternidade foi seguro? Ou seja, tudo o que deveria ter sido feito com você e seu/sua bebê foi feito da melhor forma, sem oferecer risco a vocês?		
Resposta não recomendada	90	38,14
Resposta recomendada	146	61,86
69.Você indicaria/recomendaria esta maternidade para alguma outra mulher?		
Resposta não recomendada	58	24,58
Resposta recomendada	178	75,42
55.O trabalho de parto foi induzido?		
Resposta não recomendada	32	12,12
Resposta recomendada	232	87,88
56.Motivo da indução do trabalho de parto:		
Resposta não recomendada	1	3,57
Resposta recomendada	27	96,43
57.Para a indução do trabalho de parto, foi utilizado:		
Resposta não recomendada	5	15,63
Resposta recomendada	27	84,38
58.A mulher teve trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal?		
Resposta não recomendada	222	84,41
Resposta recomendada	41	15,59
60.O bebê teve escore de Apgar menor ou igual 7 no 5º minuto após o nascimento?		
Resposta não recomendada	8	3,08
Resposta recomendada	252	96,92

Na tabela 4 foi possível analisar que as mulheres participantes desta pesquisa foram atendidas quanto às recomendações da OMS, nas seguintes variáveis: a maioria (164;61,89%) procurou o hospital por sentir que estava em trabalho de parto ou percebeu algum sinal de alerta, como: a bolsa romper, o bebê não se movimentar ou teve sangramento. O acompanhante foi de escolha das mulheres em (253;95,47%). Em (93;56,71%) o profissional pediu para realizar fórceps, vácuo extrator ou cesárea e a mulher entendeu o porquê foi feito um fórceps, um vácuo extrator ou uma cesárea (138;84,15%). Para induzir o trabalho de parto, utilizaram misoprostol (29;87,88). O profissional pediu permissão/autorização para induzir o trabalho de parto (18;

54,55%) e (19; 57,58%), entenderam o porquê o trabalho de parto precisou ser induzido.

Das mulheres que passaram pelo trabalho de parto, (84;76,36%) pôde beber e comer durante todo o trabalho de parto, utilizaram métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto (chuveiro, banheira, bola, cavalinho, massagem, respiração, barra, etc.) em (86;78,9%), os profissionais pediram permissão/autorização para fazer os exames de toque vaginal (85; 77,98%). Após o exame de toque vaginal, todos os profissionais que examinaram contaram como estava a evolução do trabalho de parto (89;82,41%). O profissional não rompeu/estourou a sua bolsa da maior parte das mulheres (65;60,75%). Para a maior parte das mulheres ninguém apertou, empurrou ou subiu a barriga para o/a bebê nascer (87;86,14%), assim como a maioria das mulheres sabiam como ficou a vagina depois do parto (99;98,02%).

Após o parto ou a cesárea, de tempo em tempo, algum profissional mediu o sangramento, apertou sua barriga para sentir se o útero estava contraído e monitorou sua pressão (207;78,11%), não tiveram hemorragia pós-parto ou pós-cesárea (252;95,09%). Quando questionado se após o parto ou a cesárea, a mulher apresentou: tontura ou desmaiou, teve algum exame de sangue que mostrou que estava com anemia, recebeu transfusão de sangue, recebeu ferro intravenoso, teve que ir para cirurgia; a maior parte referiu não apresentar nenhuma das opções acima em (186;70,19%), também relataram orientação de voltar ao hospital se apresentar algum sinal de perigo ou infecção em (130;55,08%), não tiveram infecções entre o momento da alta até a data da entrevista pós-alta (198; 83,9%).

Em relação à sua experiência, a maioria referiu não ter sido deixada sozinha pelos profissionais em algum momento em que estava se sentindo preocupada, angustiada ou com medo (194; 82,2%), se sentiu seguras com o atendimento que receberam na maternidade (146;61,86%), indicaria/recomendaria esta maternidade para alguma outra mulher (178;75,42%). O trabalho de parto não foi induzido para (232;87,88). Das mulheres que passaram por indução, os motivos da indução do trabalho de parto foram: gestação prolongada, ruptura prematura de membrana, intercorrência materna, intercorrência fetal (27;96,43%), e para a indução foi utilizado misoprostol (27;84,38%). A grande maioria dos recém-nascidos apresentou escore de Apgar maior ou igual 7 no 5º minuto após o nascimento (252;96,92%).

As questões que apresentaram respostas não recomendadas foram: não entregaram o plano de parto (265;100%), não ter acompanhante durante toda internação (264;99,6%), não tiveram a presença do acompanhante em todos os locais (como explicado anteriormente não é permitido na recuperação anestésica), o tipo de parto predominante foi a cesárea (164; 61,89%). Quanto ao profissional que atendeu ao parto/cesárea apresentar-se à mulher, a maioria não sabia

quem era o profissional (183;69,06%). Na questão quanto ao trabalho de parto ser induzido, a maior parte das mulheres (172;64,91%) teve a cesárea agendada ou foi direto para a cesárea, o trabalho de parto precisou ser induzido ou a mulher não sabia se precisou ser induzido.

No trabalho de parto (67;58,26%), as parturientes que permaneceram com acesso venoso no seu braço, não foram estimuladas a se movimentar, mudar de posição e/ou andar durante o trabalho de parto em (60;55,05%). A maioria das mulheres que passou pelo trabalho de parto não teve doula durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (108;99,08%), assim como não teve anestesia/analgesia para aliviar a sua dor durante o trabalho de parto (106;97,25%), considerou que fizeram muitos exames de toque vaginal durante a internação (62;56,88%). O profissional não pediu permissão para romper/estourar bolsa em (27;64,29%). A mulher não entendeu o porquê a bolsa precisou ser rompida/estourada em (27;64,29%). O profissional que atendeu o trabalho de parto não se apresentou em (75;71,43%). A mulher não escolheu a posição para o parto e não foi oferecido/permitido em (91;90,1%). Na questão quando o/a bebê estava para nascer, pediram para a mulher fazer força para baixo sem que tivesse vontade, a maioria (95; 94,06%) relatou o puxo dirigido.

Após o nascimento, não foi permitido que o bebê fosse direto para o colo da mulher em (146; 55,09%). Durante a internação, o fato de o bebê ser separado em algum momento da mãe ocorreu com todos os binômios (236;100%). Também durante a internação, foi relatado em (185;78,39%) que a mulher passou por alguma situação desrespeitosa (164;69,49%), não teve privacidade (198;83,9%) e suas as escolhas não foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade. Em 222 (84; 41%) ocorreu trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal.

A Tabela 4 apresenta as questões em que não foram possíveis afirmar se atendeu a recomendação da OMS, devido a inúmeros fatores a serem considerados (que não foi objetivo desta pesquisa). Estas foram apresentadas como respostas esperadas. Foram elas: IMC, classificação de risco, idade gestacional, apresentação fetal, presença de movimentos fetais, dinâmica uterina, dilatação cervical, consistência/esvaecimento cervical e posição cervical.

**Tabela 4.** Variáveis do T-IHAMC com respostas esperadas e não esperadas. Catanduva, S.P, 2021.

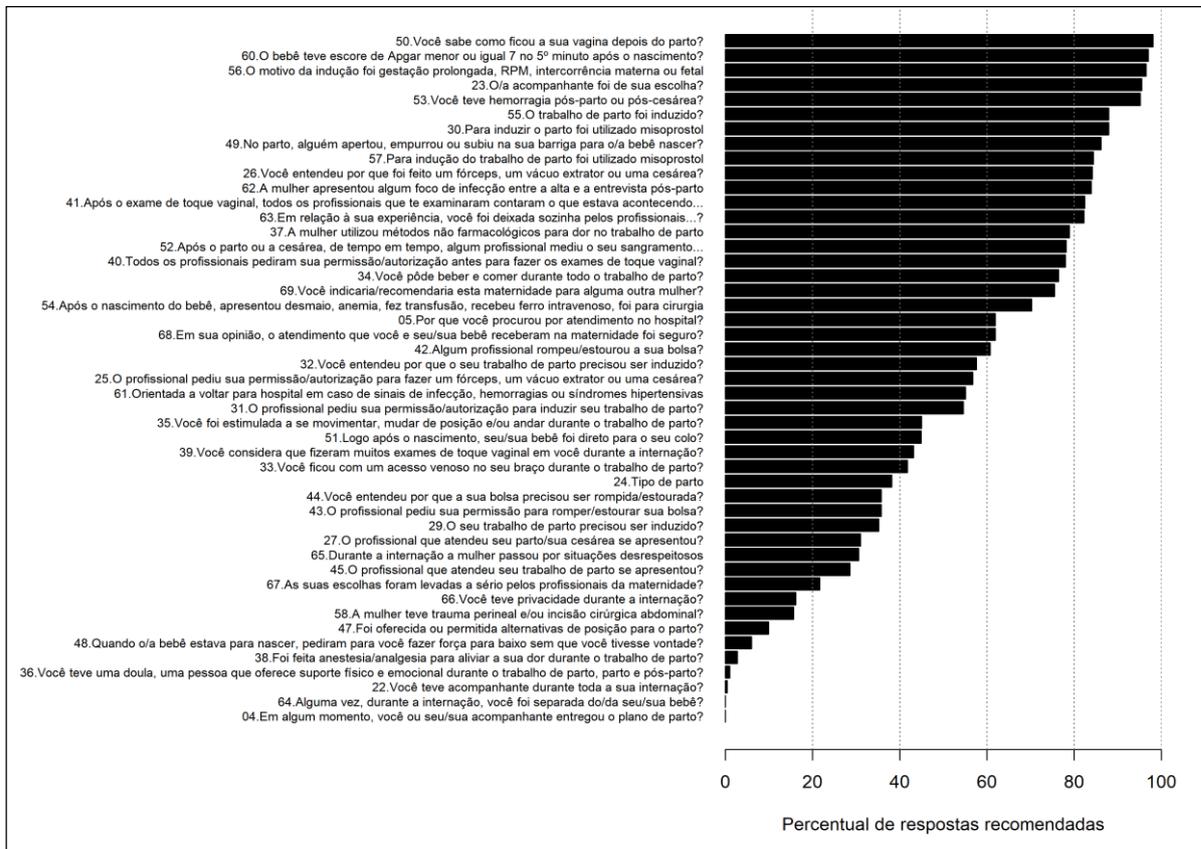
Variável	Total de casos	Percentual
06.IMC		
Resposta não esperada	202	76,23
Resposta esperada	63	23,77

07.A classificação de risco foi:

Resposta não esperada	64	24,15
Resposta esperada	201	75,85
13.Idade gestacional		
Resposta não esperada	25	9,51
Resposta esperada	238	90,49
14.Apresentação fetal:		
Resposta não esperada	7	2,75
Resposta esperada	248	97,25
15.Presença de movimentos fetais:		
Resposta não esperada	4	1,55
Resposta esperada	254	98,45
16.Dinâmica uterina:		
Resposta não esperada	143	59,83
Resposta esperada	96	40,17
17.Dilatação cervical:		
Resposta não esperada	166	70,04
Resposta esperada	71	29,96
18.Consistência/esvaecimento cervical:		
Resposta não esperada	133	55,65
Resposta esperada	106	44,35
19.Posição cervical:		
Resposta não esperada	178	74,48
Resposta esperada	61	25,52

A seguir a figura 5 ilustra as variáveis que mais se aproximaram da recomendação e as que não atenderam a recomendação da OMS.

**Figura 5.** Percentual de repostas das variáveis do T-IHAMC comparado com as recomendações da OMS.



**Fonte:** Elaborado pelo autor

Dado que outras pesquisas apontam diferenças nas experiências de parto, conforme o tipo de parto (VELHO et al., 2014; LEITE et al., 2020), o presente trabalho se propôs a verificar se o tipo de parto influenciou em ter as recomendações atendidas quanto às variáveis pesquisadas neste estudo. Para tanto, foi realizado o cálculo dos percentuais de respostas entre as pacientes que realizaram cesárea e parto normal e o risco relativo conforme a tabela 5.

**Tabela 5.** Risco relativo estimado em ter a recomendação atendida segundo cesárea e parto normal. Catanduva, S.P, 2021.

Variável	Cesárea	Parto normal	Risco relativo (cesárea vs normal) (IC 95%)	Valor-p
02.Qual é a sua cor da pele?				
Amarela	1 (0,61%)	0 (0%)		
Branca	81 (49,39%)	54 (53,47%)		
Indígena	0 (0%)	1 (0,99%)	-	0,58
Parda	56 (34,15%)	33 (32,67%)		

Preta	26 (15,85%)	13 (12,87%)		
04.Em algum momento, você ou seu/sua acompanhante entregou o plano de parto?				
Resposta não recomendada	164 (100%)	101 (100%)	-	-
22.Você teve acompanhante durante toda a sua internação?				
Resposta não recomendada	163 (99,39%)	101 (100%)	-	0,43
Resposta recomendada	1 (0,61%)	0 (0%)		
23.O/a acompanhante foi de sua escolha?				
Resposta não recomendada	6 (3,66%)	6 (5,94%)		
Resposta recomendada	158 (96,34%)	95 (94,06%)	1,02 (0,97-1,08)	0,41
25.O profissional pediu sua permissão/autorização para fazer um fórceps, um vácuo extrator ou uma cesárea?				
Resposta não recomendada	71 (43,29%)	-		
Resposta recomendada	93 (56,71%)	-		
26.Você entendeu por que foi feito um fórceps, um vácuo extrator ou uma cesárea?				
Resposta não recomendada	26 (15,85%)	-		
Resposta recomendada	138 (84,15%)	-		
27.O profissional que atendeu seu parto/sua cesárea se apresentou?				
Resposta não recomendada	119 (72,56%)	64 (63,37%)		
Resposta recomendada	45 (27,44%)	37 (36,63%)	0,74 (0,52-1,07)	0,11
28.Que tipo de profissional atendeu seu parto/sua cesárea?				
Estudante	7 (17,07%)	13 (41,94%)		
Médico	33 (80,49%)	18 (58,06%)	-	0,05
Professor	1 (2,44%)	0 (0%)		
29.O seu trabalho de parto precisou ser induzido?				
Resposta não recomendada	151 (92,07%)	21 (20,79%)		
Resposta recomendada	13 (7,93%)	80 (79,21%)	0,10 (0,06-0,17)	<0,01

31.O profissional pediu sua permissão/autorização para induzir seu trabalho de parto?				
Resposta não recomendada	4 (33,33%)	11 (52,38%)		
Resposta recomendada	8 (66,67%)	10 (47,62%)	1,4 (0,77-2,55)	0,27
32.Você entendeu por que o seu trabalho de parto precisou ser induzido?				
Resposta não recomendada	6 (50%)	8 (38,1%)		
Resposta recomendada	6 (50%)	13 (61,9%)	0,80 (0,42-1,56)	0,52
33.Você ficou com um acesso venoso no seu braço durante o trabalho de parto?				
Resposta não recomendada	7 (50%)	60 (59,41%)		
Resposta recomendada	7 (50%)	41 (40,59%)	1,23 (0,69-2,19)	0,48
34.Você pôde beber e comer durante todo o trabalho de parto?				
Resposta não recomendada	4 (44,44%)	22 (21,78%)		
Resposta recomendada	5 (55,56%)	79 (78,22%)	0,71 (0,39-1,29)	0,26
35.Você foi estimulada a se movimentar, mudar de posição e/ou andar durante o trabalho de parto?				
Resposta não recomendada	4 (50%)	56 (55,45%)		
Resposta recomendada	4 (50%)	45 (44,55%)	1,12 (0,54-2,32)	0,76
36.Você teve uma doula, uma pessoa que oferece suporte físico e emocional durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?				
Resposta não recomendada	8 (100%)	100 (99,01%)	-	0,78
Resposta recomendada	0 (0%)	1 (0,99%)		
37.Você usou algum dos seguintes métodos para aliviar sua dor durante o trabalho de parto: chuveiro, banheira, bola, cavalinho, massagem, respiração, barra, etc.?				
Resposta não recomendada	2 (25%)	21 (20,79%)		
Resposta recomendada	6 (75%)	80 (79,21%)	0,94 (0,63-1,43)	0,80

38.Foi feita anestesia/analgesia para aliviar a sua dor durante o trabalho de parto?				
Resposta não recomendada	8 (100%)	98 (97,03%)	-	0,62
Resposta recomendada	0 (0%)	3 (2,97%)		
39.Você considera que fizeram muitos exames de toque vaginal em você durante a internação?				
Resposta não recomendada	6 (75%)	56 (55,45%)		
Resposta recomendada	2 (25%)	45 (44,55%)	0,56 (0,17-1,90)	0,35
40.Todos os profissionais pediram sua permissão/autorização antes para fazer os exames de toque vaginal?				
Resposta não recomendada	2 (25%)	22 (21,78%)		
Resposta recomendada	6 (75%)	79 (78,22%)	0,95 (0,63-1,45)	0,84
41.Após o exame de toque vaginal, todos os profissionais que te examinaram contaram o que estava acontecendo com você ou como estava a evolução do trabalho de parto?				
Resposta não recomendada	2 (28,57%)	17 (16,83%)		
Resposta recomendada	5 (71,43%)	84 (83,17%)	0,85 (0,53-1,38)	0,53
42.Algum profissional rompeu/estourou a sua bolsa?				
Resposta não recomendada	2 (33,33%)	40 (39,6%)		
Resposta recomendada	4 (66,67%)	61 (60,4%)	1,10 (0,61-1,99)	0,74
43.O profissional pediu sua permissão para romper/estourar sua bolsa?				
Resposta não recomendada	2 (100%)	25 (62,5%)		0,28
Resposta recomendada	0 (0%)	15 (37,5%)		
44.Você entendeu por que a sua bolsa precisou ser rompida/estourada?				
Resposta não recomendada	2 (100%)	25 (62,5%)		0,28
Resposta recomendada	0 (0%)	15 (37,5%)		
45.O profissional que atendeu seu trabalho de parto se				

apresentou?				
Resposta não recomendada	4 (100%)	71 (70,3%)		
Resposta recomendada	0 (0%)	30 (29,7%)		0,20
46. Profissional que atendeu T.P				
Estudante	-	11 (36,67%)		
Médico	-	15 (50%)		
Não me lembro	-	4 (13,33%)		
47.Foi oferecida ou permitida alternativas de posição para o parto, ou seja, você pôde ficar na posição que quis no momento do nascimento do seu/sua filho/a?				
Resposta não recomendada	-	91 (90,1%)		
Resposta recomendada	-	10 (9,9%)		
48.Quando o/a bebê estava para nascer, pediram para você fazer força para baixo sem que você tivesse vontade?				
Resposta não recomendada	-	95 (94,06%)		
Resposta recomendada	-	6 (5,94%)		
49.No parto, alguém apertou, empurrou ou subiu na sua barriga para o/a bebê nascer?				
Resposta não recomendada	-	14 (13,86%)		
Resposta recomendada	-	87 (86,14%)		
50.Você sabe como ficou a sua vagina depois do parto?				
Resposta não recomendada	-	99 (98,02%)		
Resposta recomendada	-	2 (1,98%)		
51.Logo após o nascimento, seu/sua bebê foi direto para o seu colo?				
Resposta não recomendada	139 (84,76%)	7 (6,93%)		
Resposta recomendada	25 (15,24%)	94 (93,07%)	0,16 ( 0,11-0,24)	<0,01
52.Após o parto ou a cesárea, de tempo em tempo, algum profissional mediu o seu sangramento, apertou sua barriga para sentir se o útero estava contraído e monitorou				

sua pressão?

Resposta não recomendada	41 (25%)	17 (16,83%)		
Resposta recomendada	123 (75%)	84 (83,17%)	0,90 (0,80-1,02)	0,10

53. Você teve hemorragia pós-parto ou pós-cesárea?

Resposta não recomendada	5 (3,05%)	8 (7,92%)		
Resposta recomendada	159 (96,95%)	93 (92,08%)	1,05 (0,99-1,12)	0,11

54. Após o parto ou a cesárea, você teve algum desses sinais/sintomas que eu vou te falar

Resposta não recomendada	51 (31,1%)	28 (27,72%)		
Resposta recomendada	113 (68,9%)	73 (72,28%)	0,95 (0,81-1,12)	0,55

61. Você foi orientada para voltar ao hospital caso tivesse alguns desses sinais de perigo: sangramento, dor abdominal intensa, dor de cabeça, ver pontinhos pretos ou brilhantes, dor de estômago, dificuldade para respirar, febre ou calafrios, cicatriz da cesárea ou dos pontos na vagina com secreção purulenta e/ou dificuldade para esvaziar a bexiga?

Resposta não recomendada	68 (47,55%)	38 (40,86%)		
Resposta recomendada	75 (52,45%)	55 (59,14%)	0,88 (0,70-1,12)	0,31

62. Você teve algum dos seguintes problemas entre o momento da alta e hoje?

Resposta não recomendada	30 (20,98%)	8 (8,6%)		
Resposta recomendada	113 (79,02%)	85 (91,4%)	0,86 (0,78-0,96)	<0,01

63. Em relação à sua experiência, você foi deixada sozinha pelos profissionais em algum momento em que estava se sentindo preocupada, angustiada ou com medo?

Resposta não recomendada	23 (16,08%)	19 (20,43%)		
Resposta recomendada	120 (83,92%)	74 (79,57%)	1,05 (0,93-1,20)	0,41

64. Alguma vez, durante a internação, você foi separada do/da seu/sua bebê?

Resposta não recomendada	143 (100%)	-	-	-
--------------------------	------------	---	---	---

65. Durante a internação, você passou por alguma dessas situações?

Resposta não recomendada	90 (62,94%)	74 (79,57%)		
Resposta recomendada	53 (37,06%)	19 (20,43%)	1,81 (1,15-2,86)	0,01

66. Você teve privacidade durante a internação? Por exemplo, recebeu uma camisola que te cobria e você não se sentia exposta; as portas, do ambiente em que você estava, permaneceram encostadas; o número de pessoas na sala de parto não era exagerado?

Resposta não recomendada	119 (83,22%)	79 (84,95%)		
Resposta recomendada	24 (16,78%)	14 (15,05%)	1,11 (0,61-2,04)	0,72

67. As suas escolhas foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade?

Resposta não recomendada	106 (74,13%)	79 (84,95%)		
Resposta recomendada	37 (25,87%)	14 (15,05%)	1,71 (0,98-3,00)	0,06

68. Em sua opinião, o atendimento que você e seu/sua bebê receberam na maternidade foi seguro? Ou seja, tudo o que deveria ter sido feito com você e seu/sua bebê foi feito da melhor forma, sem oferecer risco a vocês?

Resposta não recomendada	47 (32,87%)	43 (46,24%)		
Resposta recomendada	96 (67,13%)	50 (53,76%)	1,24 (1,00-1,56)	0,04

69. Você indicaria/recomendaria esta maternidade para alguma outra mulher?

Resposta não recomendada	30 (20,98%)	28 (30,11%)		
Resposta recomendada	113 (79,02%)	65 (69,89%)	1,13 (0,97-1,32)	0,13

17. Dilatação cervical:

Resposta não esperada	134 (92,41%)	32 (34,78%)		
Resposta esperada	11 (7,59%)	60 (65,22%)	0,12 (0,06-0,21)	<0,01
18.Consistência/esvaecimento cervical:				
Resposta não esperada	116 (78,91%)	17 (18,48%)		
Resposta esperada	31 (21,09%)	75 (81,52%)	0,26 (0,19-0,36)	<0,01
57.Para a indução do trabalho de parto, foi utilizado:				
Resposta não recomendada	2 (18,18%)	3 (14,29%)		
Resposta recomendada	9 (81,82%)	18 (85,71%)	0,95 (0,69-1,33)	0,78
60.O bebê teve escore de Apgar menor ou igual 7 no 5º minuto após o nascimento?				
Resposta não recomendada	7 (4,38%)	1 (1%)		
Resposta recomendada	153 (95,63%)	99 (99%)	0,97 (0,93-1,00)	0,08

Verifica-se que houve associação entre o tipo de parto e as questões 29, 51, 62, 65, 68, 17, 18. Para a questão 29, o qual questionava se o trabalho de parto precisou ser induzido, tinha como opção de resposta entrar em trabalho de parto espontaneamente, ter cesárea agendada ou direto para cesárea, o trabalho de parto ser induzido, ou não saber se precisou ser induzido. Das mulheres que realizaram a cesariana, (13;7,93%) entraram em trabalho de parto espontaneamente, enquanto (80;79,21%) mulheres com parto normal foram internadas em trabalho de parto espontâneo. Foi possível estimar que, em média, quem tem parto cesáreo apresenta 90% menor chance de entrar em trabalho de parto espontaneamente quando comparado as mulheres que tiveram parto normal.

Quanto a questão 51, que se refere ao bebê ir direto para o colo da mãe após o nascimento, as opções de resposta consistiram em: não, porque não foi possível e/ou os profissionais não permitiram, não porque não quis, ou sim. Os resultados apontaram que, das mulheres que realizaram cesárea, em apenas (25;15,24%) dos casos, o bebê foi para o colo da mãe ou pode optar, enquanto das mulheres que passaram por parto normal (94;93,07%) o bebê pode ir direto para o colo. Portanto, mulheres que realizaram cesárea tem 84% menor chance de ter o bebê em seu colo após o nascimento.

O risco para infecções, questão 62, é maior em mulheres que realizaram cesárea, pois tem (14%) menos chance de ter a recomendação atendida, que é não ter infecções, comparado as mulheres que tiveram parto normal, uma vez que (113;79,02%) das mulheres de cesárea não

apresentaram infecções para (85;91,4%) de parto normal. Nesta questão questionava-se após a alta, se a mulher apresentou infecções urinárias, nos pontos, nas mamas, no útero, vagina ou outro tipo de infecção.

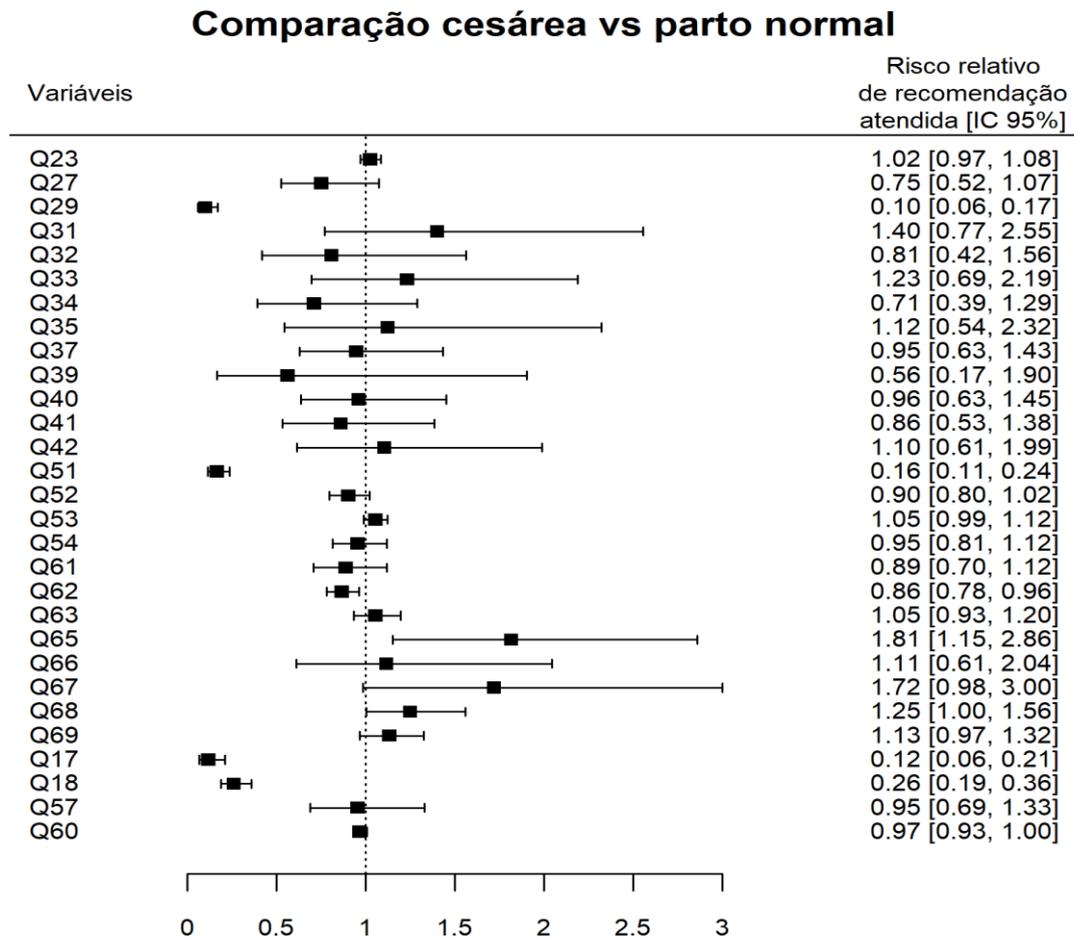
Quanto a questão 65, as opções tratavam-se de atitudes desrespeitosas ocorridas durante a internação, sendo elas: pedir informações sobre saúde da mulher ou bebê e não obter resposta, realizarem procedimentos sem autorização/permissão, sentir-se desrespeitada, discriminada, constrangida, envergonhada ou assustada, falarem de modo ríspido, grosseiro ou gritaram com a mulher, realizarem atos como beliscar, empurrar, segurar com força ou bater, ou nenhuma das situações. Observou-se que mulheres que realizaram cesariana (53;37,06%) não passaram por estas situações, enquanto das mulheres de parto normal apenas (19;20,43%), não foram desrespeitadas. Dessa forma, as mulheres que têm cesárea têm 81% maior chance de atender as recomendações comparadas com mulheres que realizaram parto normal.

Na percepção de segurança sobre o atendimento que receberam na maternidade, questão 68, as mulheres, tinham a opção de seguro, mais ou menos seguro, ou foi seguro. Mulheres que realizaram cesariana sentiram-se seguras em (96;67,13%) e, mulheres de parto normal em (50;53,76%). Ao calcular o risco relativo, identifica-se que mulheres que realizam cesárea têm 25% maior percepção de segurança comparada as mulheres que realizam parto normal.

Os dados apontam, na questão 17, que mulheres que realizaram parto normal foram admitidas com 4 cm ou mais de dilatação (60;65,22%), já mulheres que realizaram cesárea, apenas (11;7,59%) apresentaram 4 cm ou mais de dilatação. Assim, estima-se em média, que quem realiza cesárea, tem 88% menor chance de internar com uma dilatação de 4 cm ou mais comparado as pacientes com parto normal. O mesmo ocorre com a questão 18, o qual refere-se ao esvaecimento cervical, mulheres que realizaram cesárea quando foram admitidas apenas (31;21,09%) tinham algum grau de colo trabalhado (médio ou fino), já em pacientes que tiveram parto normal, (75;81,52%) foram admitidas com esvaecimento cervical de médio ou fino, de forma que mulheres que realizam cesárea, internam com 74% menor chance de ter o colo trabalhado na admissão.

A figura 6 resume os resultados anteriores mostrando o risco relativo em ter as recomendações atendidas do T-IHAMC de acordo com a recomendação da OMS, por via de parto, comparando cesárea e parto normal.

**Figura 6.** Comparação entre a via de parto e o risco relativo em ter as recomendações da OMS atendidas ou não atendidas conforme T-IHAMC.



**Fonte:** Elaborada pelo autor

Legenda: **23.**O/a acompanhante foi de sua escolha? **27.**O profissional que atendeu seu parto/sua cesárea se apresentou? **29.**O seu trabalho de parto precisou ser induzido? **31.**O profissional pediu sua permissão/autorização para induzir seu trabalho de parto? **32.**Você entendeu por que o seu trabalho de parto precisou ser induzido? **33.**Você ficou com um acesso venoso no seu braço durante o trabalho de parto? **34.**Você pôde beber e comer durante todo o trabalho de parto? **35.**Você foi estimulada a se movimentar, mudar de posição e/ou andar durante o trabalho de parto? **37.** A mulher utilizou métodos não farmacológicos para dor no trabalho de parto. **39.** Você considera que fizeram muitos exames de toque vaginal em você durante a internação? **40.**Todos os profissionais pediram sua permissão/autorização antes para fazer os exames de toque vaginal? **41.**Após o exame de toque vaginal, todos os profissionais que te examinaram contaram o que estava acontecendo com você ou como estava a evolução do trabalho de parto? **42.**Algum profissional rompeu/estourou a sua bolsa? **51.**Logo após o nascimento, seu/sua bebê foi direto para o seu colo? **52.**Após o parto ou a cesárea, de tempo em tempo, algum profissional mediu o seu sangramento, apertou sua barriga para sentir se o útero estava contraído e monitorou sua pressão? **53.**Você teve hemorragia pós-parto ou pós-cesárea? **54.**Após o parto ou a cesárea, você teve algum desses sinais/sintomas que você foi orientada a voltar para hospital em caso de sinais de infecção, hemorragias ou síndromes hipertensivas. **62.** A mulher apresentou algum foco de infecção entre a alta e a entrevista pós-parto.**63.** Em relação à sua experiência, você foi deixada sozinha pelos profissionais em algum momento em que estava se sentindo preocupada, angustiada ou com medo? **65.** Durante a internação a mulher passou por situações desrespeitosos, **66.** Você teve privacidade durante a internação? **67.**As suas escolhas foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade? **68.**Em sua opinião, o atendimento que você e seu/sua bebê receberam na maternidade foi seguro? **69.**Você indicaria/recomendaria esta maternidade para alguma outra mulher? **17.**Dilatação cervical**18.**Consistência/esvaecimento cervical: **57.** Para a indução do trabalho de parto **60.**O bebê

teve escore de Apgar menor ou igual 7 no 5º minuto após o nascimento?

Outras relações foram estabelecidas conforme a tabela 6, a seguir.

**Tabela 6.** Relação em ter acompanhante durante toda a internação e o acompanhante ser de escolha da mulher. Catanduva, S.P,2021.

<b>Relação entre Q23 e Q22</b>		
<b>22.Você teve acompanhante durante toda a sua internação?</b>	<b>23.O/a acompanhante foi de sua escolha?</b>	
	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
Não (n=264)	12 (4,55%)	252 (95,45%)
Sim (n=1)	0 (0%)	1 (100%)

O percentual foi calculado dentro da pergunta 22, ou seja, entre quem não teve acompanhante durante toda a internação. 95% teve o acompanhante de sua escolha. Cabe esclarecer que para esta questão quando a mulher em algum local foi privada da presença do acompanhante, foi considerado que não ficou com acompanhante durante toda a internação.

Na tabela 7 foram calculados os percentuais de respostas entre as pacientes brancas e entre as não brancas. O risco relativo foi estimado comparando entre branca e não branca o risco de ter a recomendação atendida.

**Tabela 7.** Percentual de respostas entre as brancas e não brancas quanto ao risco relativo de ter a recomendação atendida. Catanduva, S.P,2021.

<b>Variável</b>	<b>Branca</b>	<b>Não branca</b>	<b>Risco relativo (branca vs não branca) (IC 95%)</b>	<b>Valor-p</b>
25.O profissional pediu sua permissão/autorização para fazer um fórceps, um vácuo extrator ou uma cesárea?				
Resposta não recomendada	36 (44,44%)	35 (42,17%)		
Resposta recomendada	45 (55,56%)	48 (57,83%)	0,96 (0,74-1,26)	0,77
26.Você entendeu por que foi feito um fórceps, um vácuo extrator ou uma cesárea?				
Resposta não recomendada	12 (14,81%)	14 (16,87%)		
Resposta recomendada	69 (85,19%)	69 (83,13%)	1,02 (0,90-1,17)	0,72

27.O profissional que atendeu seu parto/sua cesárea se apresentou?				
Resposta não recomendada	92 (68,15%)	91 (70%)		
Resposta recomendada	43 (31,85%)	39 (30%)	1,06 ( 0,74-1,52)	0,74
28. Que tipo de profissional atendeu seu parto/sua cesárea?				
Estudante	7 (17,95%)	13 (39,39%)		
Médico	31 (79,49%)	20 (60,61%)		0,10
Professor	1 (2,56%)	0 (0%)		
29.O seu trabalho de parto precisou ser induzido?				
Resposta não recomendada	85 (62,96%)	87 (66,92%)		
Resposta recomendada	50 (37,04%)	43 (33,08%)	1,12 (0,81-1,56)	0,50
31.O profissional pediu sua permissão/autorização para induzir seu trabalho de parto?				
Resposta não recomendada	9 (50%)	6 (40%)		
Resposta recomendada	9 (50%)	9 (60%)	0,83 (0,45-1,65)	0,56
32.Você entendeu por que o seu trabalho de parto precisou ser induzido?				
Resposta não recomendada	9 (50%)	5 (33,33%)		
Resposta recomendada	9 (50%)	10 (66,67%)	0,75 ( 0,42-1,35)	0,33
33.Você ficou com um acesso venoso no seu braço durante o trabalho de parto?				
Resposta não recomendada	32 (53,33%)	35 (63,64%)		
Resposta recomendada	28 (46,67%)	20 (36,36%)	1,28 ( 0,82-2,00)	0,27
35.Você foi estimulada a se movimentar, mudar de posição e/ou andar durante o trabalho de parto?				
Resposta não recomendada	30 (52,63%)	30 (57,69%)		
Resposta recomendada	27 (47,37%)	22 (42,31%)	1,12 (0,74-1,70)	0,60
37.Você usou algum dos seguintes métodos para aliviar sua dor durante o trabalho de parto: chuveiro, banheira, bola, cavalinho, massagem, respiração, barra, etc.?				
Resposta não recomendada	14 (24,56%)	9 (17,31%)		

Resposta recomendada	43 (75,44%)	43 (82,69%)	0,91 (0,75-1,11)	0,35
39.Você considera que fizeram muitos exames de toque vaginal em você durante a internação?				
Resposta não recomendada	33 (57,89%)	29 (55,77%)		
Resposta recomendada	24 (42,11%)	23 (44,23%)	0,95 (0,62-1,46)	0,82
40.Todos os profissionais pediram sua permissão/autorização antes para fazer os exames de toque vaginal?				
Resposta não recomendada	10 (17,54%)	14 (26,92%)		
Resposta recomendada	47 (82,46%)	38 (73,08%)	1,13 (0,92-1,38)	0,25
41.Após o exame de toque vaginal, todos os profissionais que te examinaram contaram o que estava acontecendo com você ou como estava a evolução do trabalho de parto?				
Resposta não recomendada	8 (14,29%)	11 (21,15%)		
Resposta recomendada	48 (85,71%)	41 (78,85%)	1,09 (0,91-1,30)	0,35
42.Algum profissional rompeu/estourou a sua bolsa?				
Resposta não recomendada	19 (33,93%)	23 (45,1%)		
Resposta recomendada	37 (66,07%)	28 (54,9%)	1,20 (0,88-1,64)	0,24
43.O profissional pediu sua permissão para romper/estourar sua bolsa?				
Resposta não recomendada	14 (73,68%)	13 (56,52%)		
Resposta recomendada	5 (26,32%)	10 (43,48%)	0,61 (0,25-1,47)	0,27
44.Você entendeu por que a sua bolsa precisou ser rompida/estourada?				
Resposta não recomendada	12 (63,16%)	15 (65,22%)		
Resposta recomendada	7 (36,84%)	8 (34,78%)	1,06 ( 0,47-2,39)	0,89
45.O profissional que atendeu seu trabalho de parto se apresentou?				
Resposta não recomendada	40 (72,73%)	35 (70%)		
Resposta recomendada	15 (27,27%)	15 (30%)	0,90 (0,50-1,66)	0,76

48.Quando o/a bebê estava para nascer, pediram para você fazer força para baixo sem que você tivesse vontade?

Resposta não recomendada	49 (90,74%)	46 (97,87%)		
Resposta recomendada	5 (9,26%)	1 (2,13%)	4,35 (0,53-35,94)	0,17

49.No parto, alguém apertou, empurrou ou subiu na sua barriga para o/a bebê nascer?

Resposta não recomendada	6 (11,11%)	8 (17,02%)		
Resposta recomendada	48 (88,89%)	39 (82,98%)	1,07 (0,91-1,26)	0,40

50.Você sabe como ficou a sua vagina depois do parto?

Resposta não recomendada	1 (1,85%)	1 (2,13%)	0,87 (0,06-13,53)	0,92
Resposta recomendada	53 (98,15%)	46 (97,87%)		

51.Logo após o nascimento, seu/sua bebê foi direto para o seu colo?

Resposta não recomendada	72 (53,33%)	74 (56,92%)		
Resposta recomendada	63 (46,67%)	56 (43,08%)	1,08 (0,83-1,42)	0,56

52.Após o parto ou a cesárea, de tempo em tempo, algum profissional mediu o seu sangramento, apertou sua barriga para sentir se o útero estava contraído e monitorou sua pressão?

Resposta não recomendada	29 (21,48%)	29 (22,31%)		
Resposta recomendada	106 (78,52%)	101 (77,69%)	1,01 (0,89-1,15)	0,87

53.Você teve hemorragia pós-parto ou pós-cesárea?

Resposta não recomendada	8 (5,93%)	5 (3,85%)		
Resposta recomendada	127 (94,07%)	125 (96,15%)	0,98 (0,93-1,03)	0,43

54.Após o parto ou a cesárea, você teve algum desses sinais/sintomas que eu vou te falar

Resposta não recomendada	46 (34,07%)	33 (25,38%)		
Resposta recomendada	89 (65,93%)	97 (74,62%)	0,88	0,12

61. Você foi orientada para voltar ao hospital caso tivesse alguns desses sinais de perigo: sangramento, dor abdominal intensa, dor de cabeça, ver pontinhos pretos ou brilhantes, dor de estômago, dificuldade para respirar, febre ou calafrios, cicatriz da cesárea ou dos pontos na vagina com secreção purulenta e/ou dificuldade para esvaziar a bexiga?

Resposta não recomendada	54 (45,38%)	52 (44,44%)		
Resposta recomendada	65 (54,62%)	65 (55,56%)	0,98 (0,78-1,24)	0,89

62. Você teve algum dos seguintes problemas entre o momento da alta e hoje?

Resposta não recomendada	18 (15,13%)	20 (17,09%)		
Resposta recomendada	101 (84,87%)	97 (82,91%)	1,02 (0,92-1,15)	0,68

63. Em relação à sua experiência, você foi deixada sozinha pelos profissionais em algum momento em que estava se sentindo preocupada, angustiada ou com medo?

Resposta não recomendada	19 (15,97%)	23 (19,66%)		
Resposta recomendada	100 (84,03%)	94 (80,34%)	1,05 (0,93-1,18)	0,46

64. Alguma vez, durante a internação, você foi separada do/da seu/sua bebê?

Resposta não recomendada	119 (100%)	117 (100%)	-	-
--------------------------	------------	------------	---	---

65. Durante a internação, você passou por alguma dessas situações?

Resposta não recomendada	84 (70,59%)	80 (68,38%)		
Resposta recomendada	35 (29,41%)	37 (31,62%)	0,93 (0,63-1,37)	0,71

66. Você teve privacidade durante a internação? Por exemplo, recebeu uma camisola que te cobria e você não se sentia exposta; as portas, do ambiente em que você estava, permaneceram

encostadas; o número de pessoas na sala de parto não era exagerado?

Resposta não recomendada	105 (88,24%)	93 (79,49%)		
Resposta recomendada	14 (11,76%)	24 (20,51%)	0,57 (0,31-1,05)	0,07

67. As suas escolhas foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade?

Resposta não recomendada	94 (78,99%)	91 (77,78%)		
Resposta recomendada	25 (21,01%)	26 (22,22%)	0,95 (0,58-1,54)	0,82

68. Em sua opinião, o atendimento que você e seu/sua bebê receberam na maternidade foi seguro? Ou seja, tudo o que deveria ter sido feito com você e seu/sua bebê foi feito da melhor forma, sem oferecer risco a vocês?

Resposta não recomendada	43 (36,13%)	47 (40,17%)		
Resposta recomendada	76 (63,87%)	70 (59,83%)	1,07 (0,87-1,30)	0,52

69. Você indicaria/recomendaria esta maternidade para alguma outra mulher?

Resposta não recomendada	30 (25,21%)	28 (23,93%)		
Resposta recomendada	89 (74,79%)	89 (76,07%)	0,98 (0,85-1,14)	0,82

Os resultados da tabela 7 mostram que não houve associação entre a cor da pele e as variáveis deste estudo.

Na tabela 8, a seguir, constam os percentuais das respostas entre os tipos de profissionais que atenderam ao parto ou cesárea e sua relação em pedir permissão para realizar um fórceps, vácuo ou cesárea e o profissional se apresentar.

**Tabela 8.** Percentual das respostas entre os tipos de profissionais que atenderam o parto ou cesárea e sua relação em pedir permissão para realizar um fórceps, vácuo ou cesárea e o profissional se apresentar. Catanduva, S.P, 2021.

Variável	28. Que tipo de profissional atendeu seu parto/sua cesárea?			
	Estudante	Médico	Não me lembro	Professor
25. O profissional pediu sua permissão/autorização para fazer um fórceps, um vácuo extrator ou uma cesárea?				
Resposta não recomendada	1 (14,29%)	16 (48,48%)	0 (0%)	1 (100%)
Resposta recomendada	6 (85,71%)	17 (51,52%)	4 (100%)	0 (0%)
27. O profissional que atendeu seu parto/sua cesárea se apresentou?				
Resposta não recomendada	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Resposta recomendada	20 (100%)	51 (100%)	10 (100%)	1 (100%)

Os resultados da tabela 08 demonstram que quando o foi médico que atendeu, 51,52% atendeu a recomendação ao item 25, ou seja, pedir permissão a mulher para realizar o procedimento, enquanto que todos os profissionais que realizaram a cesárea ou assistiram ao parto se apresentou a mulher, atendendo a recomendação.

Na tabela 9 foram analisados os percentuais entre as respostas do item 29, se o trabalho de parto precisou ser induzido e, as relações com as questões 30,31,32,65,66,67,68,69 conforme a tabela a seguir:

**Tabela 9.** Percentual entre as respostas do item 29, se o trabalho de parto precisou ser induzido e, as relações com as questões 30,31,32,65,66,67,68,69. Catanduva, S.P, 2021.

Variável	29.O seu trabalho de parto precisou ser induzido?		
	Não, eu entrei em trabalho de parto espontaneamente	Não, minha cesárea estava agendada ou fui direto para a cesárea	Sim
30. Para induzir o seu trabalho de parto, utilizaram alguma dessas medidas?			
Resposta não recomendada	-	-	4 (12,12%)
Resposta recomendada	-	-	29 (87,88%)

31. O profissional pediu sua permissão/autorização para induzir seu trabalho de parto?

Resposta não recomendada	-	-	15 (45,45%)
Resposta recomendada	-	-	18 (54,55%)

32. Você entendeu por que o seu trabalho de parto precisou ser induzido?

Resposta não recomendada	-	-	14 (42,42%)
Resposta recomendada	-	-	19 (57,58%)

65. Durante a internação, você passou por alguma dessas situações?

Resposta não recomendada	67 (78,82%)	74 (61,16%)	23 (76,67%)
Resposta recomendada	18 (21,18%)	47 (38,84%)	7 (23,33%)

66. Você teve privacidade durante a internação? Por exemplo, recebeu uma camisola que te cobria e você não se sentia exposta; as portas, do ambiente em que você estava, permaneceram encostadas; o número de pessoas na sala de parto não era exagerado?

Resposta não recomendada	71 (83,53%)	100 (82,64%)	27 (90%)
Resposta recomendada	14 (16,47%)	21 (17,36%)	3 (10%)

67. As suas escolhas foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade?

Resposta não recomendada	73 (85,88%)	91 (75,21%)	21 (70%)
Resposta recomendada	12 (14,12%)	30 (24,79%)	9 (30%)

68. Em sua opinião, o atendimento que você e seu/sua bebê receberam na maternidade foi seguro? Ou seja, tudo o que deveria ter sido feito com você e seu/sua bebê foi feito da melhor forma, sem oferecer risco a vocês?

Resposta não recomendada	41 (48,24%)	37 (30,58%)	12 (40%)
Resposta recomendada	44 (51,76%)	84 (69,42%)	18 (60%)

69. Você indicaria/recomendaria esta maternidade para alguma outra mulher?

Resposta não recomendada	27 (31,76%)	25 (20,66%)	6 (20%)
Resposta recomendada	58 (68,24%)	96 (79,34%)	24 (80%)

<b>Comparação</b>	<b>Risco relativo</b>	<b>Intervalo de confiança (95%)</b>		<b>Valor-p</b>
<b>Q65. Resposta recomendada</b>				
Entrei em trabalho de parto espontaneamente vs minha cesárea estava agendada	0,55 (0,34-0,87)	0,34	0,87	0,01
Entrei em trabalho de parto espontaneamente vs meu trabalho de parto precisou ser induzido	0,91 (0,42-1,96)	0,42	1,96	0,80
Minha cesárea estava agendada vs meu trabalho de parto precisou ser induzido	1,66 (0,84-3,31)	0,84	3,31	0,15
<b>Q66. Resposta recomendada</b>				
Entrei em trabalho de parto espontaneamente vs minha cesárea estava agendada	0,95 (0,51-1,76)	0,51	1,76	0,87
Entrei em trabalho de parto espontaneamente vs meu trabalho de parto precisou ser induzido	1,65 (0,51-5,44)	0,51	5,34	0,41
Minha cesárea estava agendada vs meu trabalho de parto precisou ser induzido	1,74 (0,55-5,44)	0,55	5,44	0,34
<b>Q67. Resposta recomendada</b>				
Entrei em trabalho de parto espontaneamente vs minha cesárea estava agendada	0,57 (0,31-1,05)	0,31	1,05	0,07

Entrei em trabalho de parto espontaneamente vs meu trabalho de parto precisou ser induzido	0,47 (0,22-1,00)	0,22	1,00	0,05
Minha cesárea estava agendada vs meu trabalho de parto precisou ser induzido	0,83 (0,44-1,55)	0,44	1,55	0,55
Q68. Resposta recomendada				
Entrei em trabalho de parto espontaneamente vs minha cesárea estava agendada	0,75 (0,59-0,94)	0,59	0,94	0,02
Entrei em trabalho de parto espontaneamente vs meu trabalho de parto precisou ser induzido	0,86 (0,60-1,23)	0,60	1,23	0,42
Minha cesárea estava agendada vs meu trabalho de parto precisou ser induzido	1,16 (0,84-1,59)	0,84	1,59	0,36
Q69. Resposta recomendada				
Entrei em trabalho de parto espontaneamente vs minha cesárea estava agendada	0,86 (0,72-1,02)	0,72	1,02	0,08
Entrei em trabalho de parto espontaneamente vs meu trabalho de parto precisou ser induzido	0,85 (0,68-1,07)	0,68	1,07	0,18
Minha cesárea estava agendada vs meu trabalho de parto precisou ser induzido	0,99 (0,81-1,21)	0,81	1,21	0,94

De acordo com a tabela 9 a maioria das mulheres com parto induzido (87,88%) teve a indução de acordo com as recomendações da OMS. Em 54,55% dos casos, os profissionais pediram autorização para indução do parto, (57;58%) entenderam a causa da indução, 60% sentiram segurança no atendimento e 80% recomendariam a maternidade.

Porém, das mulheres que passaram por indução, (76;67%) passaram por alguma situação desrespeitosa, não atendendo a recomendação ao item 65 (passar por alguma situação desrespeitosa). A maioria destas mulheres também não teve privacidade (90%), e em 70% dos casos não tiveram a percepção de oportunidade de escolha.

Ainda na tabela 9 houve evidência de associação entre trabalho de parto e atender a recomendação ao item 65. O risco relativo de entrar em trabalho de parto espontaneamente vs a cesárea estar agendada foi de 55%. Assim estima-se que, em média, quem entrou em trabalho de parto espontaneamente teve 45% menos chance de atender à recomendação ao item 65 (passar por alguma situação desrespeitosa) quando comparado a quem tinha a cesárea agendada

ou foi direto para a cesárea. Portanto, mulheres em trabalho de parto apresentam menor chance de não passar por alguma das seguintes situações: falta de informação sobre sua saúde ou sobre seu/sua bebê, procedimento sem pedido de autorização/permissão, desrespeito, discriminação, constrangimento, sentir-se envergonhada ou assustada; serem tratadas de modo ríspido, grosseiro ou gritaram com a mulher, passar por violência física ou outras situações, ou seja, as mulheres de parto normal são mais propensas a passar por alguma situação desrespeitosa.

Ainda nesta tabela, estima-se que, em média, quem entrou em trabalho de parto espontaneamente teve 25% menos chance de atender a recomendação ao item 68 (considerar o atendimento que recebeu seguro) quando comparado a quem tinha a cesárea agendada ou foi direto para a cesárea. Portanto, mulheres que realizam cesárea têm maior percepção de segurança.

Após a análise das respostas originais ao item 29 (o trabalho de parto precisou ser induzido), optou-se em analisar a relação da recomendação a esse item com as demais questões. A tabela 10 considerou a questão 29.

**Tabela 10.** Associação do trabalho de parto ser induzido com as questões 30, 31, 32, 65, 66, 67, 68, 69. Catanduva, S.P, 2021.

Variável	29. O seu trabalho de parto precisou ser induzido?		Risco relativo (Não recomendada vs recomendada)	Valor-p
	Resposta não recomendada	Resposta recomendada		
30. Para induzir o seu trabalho de parto, utilizaram alguma dessas medidas?				
Resposta não recomendada	4 (12,12%)	-		
Resposta recomendada	29 (87,88%)	-		
31. O profissional pediu sua permissão/autorização para induzir seu trabalho de parto?				
Resposta não recomendada	15 (45,45%)	-		
Resposta recomendada	18 (54,55%)	-		
32. Você entendeu por que o seu trabalho de parto precisou ser induzido?				
Resposta não recomendada	14 (42,42%)	-		
Resposta recomendada	19 (57,58%)	-		
65. Durante a internação, você passou por alguma dessas				

situações?				
Resposta não recomendada	97 (64,24%)	67 (78,82%)		
Resposta recomendada	54 (35,76%)	18 (21,18%)	1,69 (1,06-2,68)	0,03
66. Você teve privacidade durante a internação? Por exemplo, recebeu uma camisola que te cobria e você não se sentia exposta; as portas, do ambiente em que você estava, permaneceram encostadas; o número de pessoas na sala de parto não era exagerado?				
Resposta não recomendada	127 (84,11%)	71 (83,53%)		
Resposta recomendada	24 (15,89%)	14 (16,47%)	0,97 (0,53-1,76)	0,91
67. As suas escolhas foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade?				
Resposta não recomendada	112 (74,17%)	73 (85,88%)		
Resposta recomendada	39 (25,83%)	12 (14,12%)	1,83 (1,01-3,30)	0,04
68. Em sua opinião, o atendimento que você e seu/sua bebê receberam na maternidade foi seguro? Ou seja, tudo o que deveria ter sido feito com você e seu/sua bebê foi feito da melhor forma, sem oferecer risco a vocês?				
Resposta não recomendada	49 (32,45%)	41 (48,24%)		
Resposta recomendada	102 (67,55%)	44 (51,76%)	1,30 (1,03-1,65)	0,03
69. Você indicaria/recomendaria esta maternidade para alguma outra mulher?				
Resposta não recomendada	31 (20,53%)	27 (31,76%)		
Resposta recomendada	120 (79,47%)	58 (68,24%)	1,16 (0,99-1,38)	0,07

Os dados da tabela 10 mostram que mulheres que não têm a recomendação atendida no item 29 (ir para cesárea agendada ou direto para cesárea, parto induzido ou a mulher não saber se foi induzido) têm, em média, 69% maior risco de atender a recomendação ao item 65, ou seja, não serem desrespeitadas, quando comparadas às mulheres que entraram em trabalho de parto espontaneamente.

Estima-se, em média, que quem não tem a recomendação atendida no item 29 tenha

83% maior risco de atender a recomendação ao item 67 (as escolhas serem levadas a sério pelos profissionais da maternidade) quando comparada às mulheres que entraram em trabalho de parto espontaneamente.

Estima-se que, em média, quem foi para cesárea agendada ou direto para cesárea, parto induzido ou a mulher não saber se foi induzido (item 29) tenha 30% mais chance de reconhecer o atendimento recebido na maternidade como seguro (item 68) quando comparada às que entraram em trabalho de parto espontaneamente.

Na tabela 11 foi relacionado se a bolsa tinha sido rompida por algum profissional (questão 42) com as questões 43 e 44, sequencialmente, se o profissional pediu permissão para este procedimento e, a mulher entendeu porque a bolsa precisou ser rompida.

**Tabela 11.** Relação entre a bolsa ser rota por algum profissional (questão 42) com o profissional pedir permissão para este procedimento e se a mulher entendeu porque a bolsa precisou ser rompida. Catanduva, S.P, 2021.

<b>Questão 42 com 43 e 44</b>		
<b>Variável</b>	<b>42. Algum profissional rompeu/estourou a sua bolsa?</b>	
	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
<b>43. O profissional pediu sua permissão para romper/estourar sua bolsa?</b>		
Resposta não recomendada	-	27 (64,29%)
Resposta recomendada	-	15 (35,71%)
<b>44. Você entendeu por que a sua bolsa precisou ser rompida/estourada?</b>		
Resposta não recomendada	-	27 (64,29%)
Resposta recomendada	-	15 (35,71%)

Foi possível verificar que quando a bolsa foi rota por algum profissional não foi pedido permissão à mulher em cerca de 64% dos casos, bem como na mesma proporção a mulher não entendeu o motivo pelo qual a bolsa foi rompida.

Na tabela 12 foi relacionado as respostas das mulheres quanto aos profissionais de saúde se apresentarem, com o tipo de profissional que atendeu seu parto.

**Tabela 12.** Relação entre as respostas se os profissionais se apresentaram, com o tipo de profissional que atendeu seu parto. Catanduva, S.P, 2021.

<b>Questão 45 com 46</b>			
<b>46. Que tipo de profissional atendeu seu trabalho de parto?</b>	<b>45. O profissional que atendeu seu trabalho de parto se apresentou?</b>		
	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	
Estudante	-	11 (36,67%)	
Médico	-	15 (50%)	
Não me lembro	-	4 (13,33%)	

Verificou-se que, em metade dos casos, foi o médico quem realizou o parto e se apresentou.

Na tabela 13, a seguir, foram calculados os percentuais de respostas entre as pacientes com resposta não ou sim à questão 52. O risco relativo foi estimado comparando o risco de ter a recomendação atendida entre as respostas não e sim da q. 52.

**Tabela 13.** Percentual de respostas entre as pacientes com resposta não ou sim à questão 52 e o risco relativo estimado comparando o risco de ter a recomendação atendida entre as respostas não e sim da q. 52. Catanduva, S.P, 2021.

<b>Variável</b>	<b>52. Após o parto ou a cesárea, de tempo em tempo, algum profissional mediu o seu sangramento, apertou sua barriga para sentir se o útero estava contraído e monitorou sua pressão?</b>		<b>Risco relativo (Não vs Sim)</b>	<b>Valor-p</b>
	<b>Não</b>	<b>Sim</b>		
60. O bebê teve escore de Apgar menor ou igual 7 no 5º minuto após o nascimento?				
Resposta não recomendada	1 (1,75%)	7 (3,45%)		
Resposta recomendada	56 (98,25%)	196 (96,55%)	1,02 (0,97-1,06)	0,43
68. Em sua opinião, o atendimento que você e seu/sua bebê receberam na				

maternidade foi seguro? Ou seja, tudo o que deveria ter sido feito com você e seu/sua bebê foi feito da melhor forma, sem oferecer risco a vocês?

Resposta não recomendada	23 (45,1%)	67 (36,22%)		
Resposta recomendada	28 (54,9%)	118 (63,78%)	0,86 (0,66-1,13)	0,28

Para as relações estabelecidas na tabela 13 (percentual referente às variáveis de caracterização sociodemográfica e respostas do T-IHAM), não houve evidências de associação entre as questões.

Na tabela 14 foram calculados os percentuais de respostas entre as pacientes com resposta não ou sim à questão 55 (o trabalho de parto foi induzido). Sendo assim, o risco relativo foi estimado comparando o risco de ter a recomendação atendida entre as respostas não e sim da q. 52.

**Tabela 14.** Percentual de respostas entre as pacientes com resposta não ou sim à questão 55 (o trabalho de parto foi induzido), o risco relativo foi estimado comparando o risco de ter a recomendação atendida entre as respostas não e sim da q. 52. Catanduva, S.P, 2021.

Variável	55. O trabalho de parto foi induzido?		Risco relativo (Não vs Sim)	Valor-p
	Não	Sim		
31. O profissional pediu sua permissão/autorização para induzir seu trabalho de parto?				
Resposta não recomendada	2 (50%)	13 (44,83%)		
Resposta recomendada	2 (50%)	16 (55,17%)	0,91 (0,32-2,55)	0,85
32. Você entendeu por que o seu trabalho de parto precisou ser induzido?				
Resposta não recomendada	3 (75%)	11 (37,93%)		
Resposta recomendada	1 (25%)	18 (62,07%)	0,40 (0,07-2,25)	0,30

67. As suas escolhas foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade?

Resposta não recomendada	165 (80,1%)	19 (65,52%)		
Resposta recomendada	41 (19,9%)	10 (34,48%)	0,58 (0,33-1,02)	0,06

58. A mulher teve trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal?

Resposta não recomendada	202 (87,45%)	19 (61,29%)		
Resposta recomendada	29 (12,55%)	12 (38,71%)	0,32 (0,19-0,57)	<0,01

59. Trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal:

Cesariana	123 (61,19%)	5 (26,32%)		
Episiotomia médio lateral	0 (0%)	0 (0%)		
Incisão cirúrgica abdominal	30 (14,93%)	6 (31,58%)	-	0,03
Laceração de 1º grau	24 (11,94%)	4 (21,05%)		
Laceração de 2º grau	24 (11,94%)	4 (21,05%)		

Houve evidências de associação com a questão 58, sendo que, estima-se que, em média, quem não tem o trabalho de parto induzido, tenha 68% menos chance de atender a recomendação ao item 58 (ter trauma perineal e ou incisão cirúrgica abdominal) quando comparado a quem tem o parto induzido.

Na tabela 15, a seguir, consta a relação das questões 68, 67, 66, 65, 64, 63,62, 54, 53 com a 69 (indicar a maternidade para alguma outra mulher), por isso os percentuais da tabela a seguir estão calculados entre as pacientes com resposta recomendada ou não aos itens 68, 67, etc. Dessa forma, o risco relativo foi estimado comparando o risco de ter a recomendação atendida do item 69 entre as respostas não recomendadas e recomendadas das demais.

**Tabela 15.** Relação das questões 68, 67, 66, 65, 64, 63, 62, 54, 53 com a 69, apresentando o risco relativo estimado comparando-o com ter a recomendação atendida do item 69 entre as respostas não recomendadas e recomendadas das demais. Catanduva, S.P, 2021.

Variável	69. Você indicaria/recomendaria esta maternidade para alguma outra mulher?		Risco relativo de resposta recomendada na Q69	Valor-p
	Resposta não recomendada	Resposta recomendada		
53. Você teve hemorragia pós-parto ou pós-cesárea?				
Resposta não recomendada (n=13)	6 (46,15%)	7 (53,85%)	0,70 (0,42-1,17)	0,17
Resposta recomendada (n=223)	52 (23,32%)	171 (76,68%)	ref.	
54. Após o parto ou a cesárea, você teve algum desses sinais/sintomas que eu vou te falar				
Resposta não recomendada (n=66)	13 (19,7%)	53 (80,3%)	1,09 (0,94-1,27)	0,25
Resposta recomendada (n=170)	45 (26,47%)	125 (73,53%)	ref.	
62. Você teve algum dos seguintes problemas entre o momento da alta e hoje?				
Resposta não recomendada (n=38)	7 (18,42%)	31 (81,58%)	1,10 (0,93-1,30)	0,28
Resposta recomendada (n=198)	51 (25,76%)	147 (74,24%)	ref.	
63. Em relação à sua experiência, você foi deixada sozinha pelos profissionais em algum momento em que estava se sentindo preocupada, angustiada ou com medo?				
Resposta não recomendada (n=42)	15 (35,71%)	27 (64,29%)	0,83 (0,65-1,05)	0,11
Resposta recomendada (n=194)	43 (22,16%)	151 (77,84%)	ref.	
64. Alguma vez, durante a internação, você foi separada do/da seu/sua				

bebê?

Resposta não recomendada (n=236)	58 (24,58%)	178 (75,42%)	-	-
65. Durante a internação, você passou por alguma dessas situações?				
Resposta não recomendada (n=164)	51 (31,1%)	113 (68,9%)	0,76 (0,67-0,87)	<0,01
Resposta recomendada (n=72)	7 (9,72%)	65 (90,28%)	ref.	
66. Você teve privacidade durante a internação? Por exemplo, recebeu uma camisola que te cobria e você não se sentia exposta; as portas, do ambiente em que você estava, permaneceram encostadas; o número de pessoas na sala de parto não era exagerado?				
Resposta não recomendada (n=198)	55 (27,78%)	143 (72,22%)	0,78 (0,69-0,89)	<0,01
Resposta recomendada (n=38)	3 (7,89%)	35 (92,11%)	ref.	
67. As suas escolhas foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade?				
Resposta não recomendada (n=185)	54 (29,19%)	131 (70,81%)	0,77 (0,68-0,87)	<0,01
Resposta recomendada (n=51)	4 (7,84%)	47 (92,16%)	ref.	

Sendo assim, verifica-se na tabela que entre quem teve a recomendação atendida ao item 53 (não ter hemorragia pós-parto), (171; 76,68%) também teve a recomendação atendida do item 69 (indicar a maternidade para alguma outra mulher). Assim, é possível analisar: mulheres que tiveram a recomendação atendida ao item 54 (não ter tontura, desmaiar, anemia, realizar transfusão ou ferro intravenoso, ir para cirurgia), (125;73,53%) também tiveram a recomendação atendida do item 69 (indicar a maternidade para alguma outra mulher); mulheres que tiveram a recomendação atendida ao item 62 (não ter infecções), (147;74,24%) também

tiveram a recomendação atendida do item 69 (indicar a maternidade para alguma outra mulher); mulheres que tiveram a recomendação atendida ao item 63 (não ficar sozinha em algum momento que estava preocupada, angustiada ou com medo), (151; 77,84%) também tiveram a recomendação atendida do item 69 (indicar a maternidade para alguma outra mulher).

Para a recomendação 64 (o bebê ser separado da mãe em algum momento da internação), todas as mulheres tiveram respostas não recomendadas para a questão. As opções de repostas consistiam em: foi levado para pesar, dar banho ou outro procedimento, internar na unidade semi-intensiva ou intensiva ou para fazer algum procedimento com a puérpera. Cabe ressaltar que, em vivência da pesquisadora, foi possível verificar que os bebês eram levados para sala de procedimentos, sem a presença da puérpera, para serem vacinados, para exame físico ou exames laboratoriais.

Houve evidências de associação entre a recomendação aos itens 65 (serem desrespeitadas) e 69 (indicar a maternidade para alguma outra mulher). Enquanto a recomendação ao item 69 ocorreu em cerca de 68% das mulheres com respostas não recomendada ao item 65, esse percentual elevou-se para 90% entre aquelas com resposta recomendada. De forma geral, estima-se que entre quem responde algo não recomendado na q.65 tenha 24% menor risco de ter resposta recomendada na q.69 quando comparado a quem respondeu o recomendado na q.65, ou seja, mulheres que foram desrespeitadas apresentam menores chance de recomendar a maternidade.

Da mesma forma, observa-se associação na relação entre a questão 66 (privacidade durante a internação). Quem respondeu não recomendado na questão 66, apresentou 22% menor chance de indicar a maternidade a outra mulher (questão 69). Ainda se observa que as mulheres que não têm escolhas (resposta não recomendada questão 67) têm 23% menor chance de ter a questão 69 (indicar a maternidade para alguma outra mulher) recomendada, comparada a quem respondeu o recomendado na questão 67. E por fim, nestas relações, ainda houve evidência de associação com a questão 68 (ter recebido um atendimento seguro, mulher e criança), de forma que quando a resposta não é a recomendada, a mulher apresenta 24% menor chance de indicar a maternidade a outra mulher comparado a quem respondeu o recomendado na questão 68.

A seguir, a tabela 16 apresenta os resultados dos percentuais de respostas entre a questão 67 relacionado com as questões 37, 38, 39, 40, 43, 47, 51, 64.

**Tabela 16.** Percentual de respostas entre a questão 67 relacionado com as questões 37, 38, 39, 40, 43, 47, 51, 64. Catanduva, S.P, 2021.

Variável	67. As suas escolhas foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade?			
	Algumas escolhas foram levadas a sério	Não	Não tinha escolhas	Todas as escolhas foram levadas a sério
37. Você usou algum dos seguintes métodos para aliviar sua dor durante o trabalho de parto: chuveiro, banheira, bola, cavalinho, massagem, respiração, barra, etc.?				
Resposta não recomendada	4 (13,79%) 25	-	11 (20%)	4 (26,67%)
Resposta recomendada	(86,21%)	-	44 (80%)	11 (73,33%)
38. Foi feita anestesia/analgesia para aliviar a sua dor durante o trabalho de parto?				
Resposta não recomendada	26 (89,66%)	-	55 (100%)	15 (100%)
Resposta recomendada	3 (10,34%)	-	0 (0%)	0 (0%)
39. Você considera que fizeram muitos exames de toque vaginal em você durante a internação?				
Resposta não recomendada	17 (58,62%)	-	31 (56,36%)	7 (46,67%)
Resposta recomendada	12 (41,38%)	-	24 (43,64%)	8 (53,33%)
40. Todos os profissionais pediram sua permissão/autorização antes para fazer os exames de toque vaginal?				
Resposta não recomendada	4 (13,79%) 25	-	16 (29,09%)	3 (20%)
Resposta recomendada	(86,21%)	-	39 (70,91%)	12 (80%)
43. O profissional pediu sua permissão para romper/estourar sua bolsa?				
Resposta não recomendada	5 (71,43%)	-	17 (68%)	4 (80%)
Resposta recomendada	2 (28,57%)	-	8 (32%)	1 (20%)

47. Foi oferecida ou permitida alternativas de posição para o parto, ou seja, você pôde ficar na posição que quis no momento do nascimento do seu/sua filho/a?

	24		47	
Resposta não recomendada	(88,89%)	-	(90,38%)	13 (92,86%)
Resposta recomendada	3 (11,11%)	-	5 (9,62%)	1 (7,14%)

51. Logo após o nascimento, seu/sua bebê foi direto para o seu colo?

	33		58	
Resposta não recomendada	(50,77%)	1 (100%)	(48,74%)	33 (64,71%)
Resposta recomendada	32 (49,23%)	0 (0%)	61 (51,26%)	18 (35,29%)

64. Alguma vez, durante a internação, você foi separada do/da seu/sua bebê?

			119	
Resposta não recomendada	65 (100%)	1 (100%)	(100%)	51 (100%)

<b>Comparação</b>	<b>Risco relativo</b>	<b>Intervalo de confiança (95%)</b>		<b>Valor-p</b>
<b>Q37. Resposta recomendada</b>				
Algumas escolhas foram levadas a sério vs Não tinha escolhas	1,08	0,89	1,31	0,46
Algumas escolhas foram levadas a sério vs Todas as escolhas foram levadas a sério	1,18	0,84	1,65	0,35
Não tinha escolhas vs Todas as escolhas foram levadas a sério	1,09	0,78	1,52	0,61
<b>Q39. Resposta recomendada</b>				
Algumas escolhas foram levadas a sério vs Não tinha escolhas	0,95	0,56	1,61	0,84
Algumas escolhas foram levadas a sério vs Todas as escolhas foram levadas a sério	0,78	0,41	1,47	0,44
Não tinha escolhas vs Todas as escolhas foram levadas a sério	0,82	0,47	1,43	0,48
<b>Q40. Resposta recomendada</b>				
Algumas escolhas foram levadas a sério vs Não tinha escolhas	1,22	0,97	1,52	0,09
Algumas escolhas foram levadas a sério vs Todas as escolhas foram levadas a sério	1,08	0,80	1,44	0,62
Não tinha escolhas vs Todas as	0,89	0,65	1,20	0,44

escolhas foram levadas a sério

Q43. Resposta recomendada

Algumas escolhas foram levadas a sério vs Não tinha escolhas	0,89	0,24	3,29	0,86
Algumas escolhas foram levadas a sério vs Todas as escolhas foram levadas a sério	1,43	0,17	11,76	0,74
Não tinha escolhas vs Todas as escolhas foram levadas a sério	1,60	0,25	10,11	0,62

Q47. Resposta recomendada

Algumas escolhas foram levadas a sério vs Não tinha escolhas	1,16	0,30	4,47	0,83
Algumas escolhas foram levadas a sério vs Todas as escolhas foram levadas a sério	1,56	0,18	13,61	0,69
Não tinha escolhas vs Todas as escolhas foram levadas a sério	1,35	0,17	10,61	0,78

Q51. Resposta recomendada

Algumas escolhas foram levadas a sério vs Não tinha escolhas	0,96	0,71	1,30	0,79
Algumas escolhas foram levadas a sério vs Todas as escolhas foram levadas a sério	1,39	0,89	2,18	0,14
Não tinha escolhas vs Todas as escolhas foram levadas a sério	1,45	0,96	2,19	0,08

Na tabela, é possível verificar que, dentre as mulheres que responderam “algumas escolhas foram levadas a sério”, na q. 67, (25;86,21%) tiveram a recomendação atendida do item 37 (utilizaram métodos de alívio da dor). Das mulheres que responderem que não tiveram escolhas, 44 (80%) tiveram a recomendação atendida da questão 37 (utilizaram métodos de alívio da dor). Por fim, das mulheres que responderam que todas as escolhas foram levadas a sério, (11;73,33%) tiveram a recomendação atendida na questão 37.

Entre as mulheres que responderam “algumas escolhas foram levadas a sério” na q.67, (3; 10,34%) tiveram a recomendação atendida do item 38 (foi realizado analgesia para aliviar a dor durante o trabalho de parto). Das mulheres que responderem que não tiveram escolhas e que todas as escolhas foram levadas a sério, nenhuma mulher teve a recomendação atendida na questão 38.

Entre as mulheres que responderam “algumas escolhas foram levadas a sério” na q.67, (12; 41,38%) tiveram a recomendação atendida do item 39 (a mulher considera que fizeram muitos exames de toque). Das mulheres que responderem que não tiveram escolhas, (24;

43,64%) não tiveram a recomendação atendida na questão 39; e quando todas as escolhas foram levadas a sério (8; 53,33%) tiveram a recomendação atendida na questão 39.

Entre as mulheres que responderam que algumas escolhas foram levadas a sério na q. 67, (25;86,21%) tiveram a recomendação atendida do item 40 (os profissionais pediram autorização para realizar toques vaginais). Das mulheres que responderem que não tiveram escolhas, (39;70,91%) não tiveram a recomendação atendida na questão 40. Quando todas as escolhas foram levadas a sério, (12;80%) tiveram a recomendação atendida na questão 40.

Mulheres que responderam que algumas escolhas foram levadas a sério na q.67, (2; 28,57%) tiveram a recomendação atendida do item 43 (o profissional pediu permissão para romper sua bolsa). Das mulheres que responderem que não tiveram escolhas, (8;32%) tiveram a recomendação atendida da questão 43. Quando todas as escolhas foram levadas a sério, (1; 20%) tiveram a recomendação atendida na questão 43.

Mulheres que responderam que algumas escolhas foram levadas a sério na q.67, (3;11,11%) tiveram a recomendação atendida do item 47 (foi oferecida ou permitida alternativas de posição para o parto). Das mulheres que responderem que não tiveram escolhas, a recomendação foi atendida em 5(9,62%) na questão 47. Quando todas as escolhas foram levadas a sério, (1; 7,14%) teve a recomendação atendida na questão 47.

Mulheres que responderam que algumas escolhas foram levadas a sério na q.67, (32; 49,23%) tiveram a recomendação atendida do item 51 (o bebê ir direto para o colo da mãe após o nascimento). Das mulheres que responderem que não tiveram escolhas, (61;51,26%) tiveram a recomendação atendida da questão 43 e quando todas as escolhas foram levadas a sério (18;35,29%) tiveram a recomendação atendida na questão 51. Quanto à questão 64, não tiveram respostas recomendadas, portanto todos os bebês, em algum momento, foram afastados da mãe durante a internação. Cabe ressaltar que não houve evidências de associação entre a questão 67 e as questões 37, 38, 39, 40, 43, 47, 51, 64.

A seguir, na tabela 17, apresenta-se a associação entre a questão 67 e as questões 37, 38, 39, 40, 43, 47, 51, 64.

**Tabela 17.** Associação entre a questão 67 e as questões 37, 38, 39, 40, 43, 47, 51, 64.

Catanduva, S.P, 2021.

Variável	67. As suas escolhas foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade?		Risco relativo (Não recomendada vs recomendada)	Valor-p
	Resposta não recomendada	Resposta recomendada		
37. Você usou algum dos seguintes métodos para aliviar sua dor durante o trabalho de parto: chuveiro, banheira, bola, cavalinho, massagem, respiração, barra, etc.?				
Resposta não recomendada	15 (17,86%)	4 (26,67%)		
Resposta recomendada	69 (82,14%)	11 (73,33%)	1,12 (0,81-1,54)	0,49
38. Foi feita anestesia/analgesia para aliviar a sua dor durante o trabalho de parto?				
Resposta não recomendada	81 (96,43%)	15 (100%)		
Resposta recomendada	3 (3,57%)	0 (0%)	-	0,46
39. Você considera que fizeram muitos exames de toque vaginal em você durante a internação?				
Resposta não recomendada	48 (57,14%)	7 (46,67%)		
Resposta recomendada	36 (42,86%)	8 (53,33%)	0,80 (0,47-1,37)	0,42
40. Todos os profissionais pediram sua permissão/autorização antes para fazer os exames de toque vaginal?				
Resposta não recomendada	20 (23,81%)	3 (20%)		
Resposta recomendada	64 (76,19%)	12 (80%)	0,95 (0,72-1,26)	0,73
43. O profissional pediu sua permissão para romper/estourar sua bolsa?				
Resposta não recomendada	22 (68,75%)	4 (80%)		
Resposta recomendada	10 (31,25%)	1 (20%)	1,56 (0,25-9,71)	0,63

47. Foi oferecida ou permitida alternativas de posição para o parto, ou seja, você pôde ficar na posição que quis no momento do nascimento do seu/sua filho/a?

Resposta não recomendada	71 (89,87%)	13 (92,86%)		
Resposta recomendada	8 (10,13%)	1 (7,14%)	1,42 (0,19-10,47)	0,73

51. Logo após o nascimento, seu/sua bebê foi direto para o seu colo?

Resposta não recomendada	92 (49,73%)	33 (64,71%)		
Resposta recomendada	93 (50,27%)	18 (35,29%)	1,42 (0,96-2,12)	0,08

64. Alguma vez, durante a internação, você foi separada do/da seu/sua bebê?

Resposta não recomendada	185 (100%)	51 (100%)	-	-
--------------------------	------------	-----------	---	---

Ao final da etapa de aplicação do questionário pós-alta, foi feita uma pergunta aberta, a qual a mulher poderia sugerir o que mudaria no serviço se tivesse esta possibilidade, que está apresentada na tabela 18.

**Tabela 18.** Percentual referente as respostas obtidas na questão aberta do questionário: Se você fosse uma pessoa muito poderosa e com muito dinheiro, que pudesse mudar qualquer coisa, o que mudaria na sua experiência/ assistência. Catanduva, S.P, 2021.

Respostas	N	%
Ter direito à escolha (escolher o médico; indução; anestesia, posição, não ser obrigada a amamentar)	15	6,36
Não forçar o parto, ele tem que ser natural	1	0,42
Não pedir para fazer força antes da mulher ter vontade	6	2,54
Limitar o número de toques/ apenas um profissional	18	7,63
Não mudar a mulher de sala hora que o bebê vai nascer	06	2,54
Melhorar a privacidade (Limitar o número de profissionais e/ou estudante na sala de parto; menor número de mulheres por quarto)	48	20,34
Explicar/ Informar à mulher (evolução do trabalho de parto, procedimentos durante o trabalho de parto, indicação de	11	4,66

indução, indicação de cesárea)		
Ter profissional ao lado (enfermeira ou doula)	04	1,69
Incentivarem o plano de parto	02	0,85
Ter anestesiista disponível para analgesia	02	0,85
Não ser rotina passar sonda para cesárea	9	3,81
Ser permitido acompanhante em todos os setores da internação	18	7,63
Melhorar a acomodação do acompanhante com banheiro específico	10	4,24
O bebê ficar junto com a mãe na recuperação anestésica	05	2,12
Docentes estar junto com os residentes/estudantes de medicina	08	3,40
Testar as pacientes para COVID-19 antes de internar no mesmo quarto	8	3,40
Oferecer distanciamento adequado para prevenção do Coronavírus	5	2,11
Tratar a mulher com gentileza (dar atenção para queixas da mulher; todos tratem a gente bem; ser gentil com a mulher ao ensinar amamentar)	8	3,38
Os profissionais se apresentarem com seus nomes e funções	11	4,66
Fazer contato pele a pele mesmo na cesárea	14	5,93
Não tinham sugestões	27	11,44
<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>100</b>

## 6.2 RESULTADOS DA ETAPA 2 (QUALITATIVA)

Os resultados da Etapa 2 foram organizados em dois subitens. O primeiro refere-se à caracterização das participantes e, após, constam os dois eixos temáticos que emergiram a partir da análise das entrevistas.

### 6.2.1 Caracterização dos Participantes da Etapa 2

Na segunda etapa foram entrevistadas 44 mulheres conforme critério de inclusão descrito no item 5.3.2. Para caracterização utilizaram-se os dados coletados no roteiro e questionário do T-IHAMC, o qual foi aplicado na 1ª fase do estudo (quantitativa). Na tabela 19, encontra-se a caracterização das participantes quanto: idade, ter companheiro, escolaridade, profissão e religião.

**Tabela 19.** Caracterização das participantes da Etapa 2 da pesquisa (qualitativa). Catanduva, S.P. 2021.

Caracterização amostral		n	%
Idade	15 a 20	8	18
	21 a 31	25	57
	31 a 40	11	25
Tem companheiro*	Não	03	6,8
	Sim	41	93,2
Escolaridade*	5 a 8 anos	20	45,5
	9 a 11 anos	22	50,0
	12 anos ou mais	02	4,5
Profissão*	Comércio	04	9,2
	Do lar	23	52,3
	Estudante	3	6,8
	Serviços gerais	14	31,7
Religião*	Católica	19	43,2
	Evangélica	18	40,9
	Não tem	07	15,9

Dados adquiridos no banco de dados da Etapa 1 (quantitativa)\*.

Estão apresentados na Tabela 19 a idade das mulheres entrevistadas, mostrando que a maioria apresentou entre 21 e 31 anos (25; 57%), quanto a ter companheiro, grande parte (41; 93,2) possuíam companheiro, a escolaridade mostra que a maior parte apresenta de 9 a 11 anos de estudo (22;50%), média de 10,63 anos e mediana de 11,00 anos. A profissão sobressai o número de mulheres que declaram realizar serviços do lar, enquanto a religião houve um certo equilíbrio entre mulheres católicas (19;43,2%) e evangélicas (18;40,9%).

Na tabela 20, encontra-se a caracterização obstétrica das participantes desta fase do estudo, quanto a: realização do pré-natal, classificação quanto ao risco gestacional, idade gestacional, número de gestações anteriores, número de partos normais anteriores, número de cesáreas anteriores, número de abortos e tipo de gestação.

**Tabela 20.** Caracterização obstétrica das participantes da Etapa 2 da pesquisa (qualitativa). Catanduva, S.P, 2021.

Caracterização obstétrica		n	%
Realizou pré-natal*	Não	0	0,00
	Sim	44	100
Risco*	Risco Habitual	32	72,7
	Alto risco	12	27,3
Idade gestacional*	41	03	6,8
	40	17	38,6
	39	10	22,7
	38	8	18,2

	37	2	4,5
	36	4	9,1
Número de gestações anteriores*	1	12	27,3
	2	15	34,1
	3	3	6,8
	4	1	2,3
	7	1	2,3
	7	1	2,3
Número de partos normais anteriores*	0	28	63,6
	1	11	25,0
	2	3	6,8
	3	1	2,3
	4	1	2,3
Número de cesáreas anteriores*	0	29	65,9
	1	9	15,69
	2	5	11,4
	3	1	2,3
Número de abortos*	0	37	84,1
	1	6	13,6
	4	1	2,3
Tipo de gestação*	Única	44	100
	Múltipla	0	0,00

Dados adquiridos no banco de dados da Etapa 1 (quantitativa)\*.

De acordo com os resultados da Tabela 20, todas as participantes realizaram pré-natal (44;100%), sendo a maioria de risco habitual (32;72,7%). A mediana do número de consultas foi de 9,00 consultas, com desvio padrão de 2,66. O número mínimo de consultas foi 2 e o máximo foi 16 consultas. A maior parte das mulheres apresentou 40 semanas de idade gestacional (17;38,06%), com duas gestações anteriores em (15;43,1%), sem partos normais anteriores (28;63,3%), sem cesáreas anteriores (29;65,9%), sem abortos (37;84,1%) e gestação única (44;100%).

### 6.2.2 Categorias Temáticas

Neste tópico, apresentam-se os resultados obtidos a partir da análise das entrevistas, o qual resultou em duas categorias temáticas, apresentadas a seguir: “Situações/Contextos negativos que impactaram na experiência do parto” e “Situações/Contextos positivos que impactaram na experiência do parto” dispostos em quadros de análise. Vale ressaltar que foram feitas escolhas de recortes de falas mais significativas para aquele tema, conforme quadro a seguir:

**Quadro 7.** Categoria: Situações/Contextos negativos que impactaram na experiência do parto.

Experiência do parto
<p>Definição: Esta categoria trata das situações/contextos negativos que impactaram na experiência do parto. Entre elas, as mulheres não conheciam o plano de parto. As restrições da presença do acompanhante em espaços não permitidos pela instituição potencializaram o medo e o sentimento de solidão. Internar na fase passiva de trabalho de parto colaborou para piores experiência no trabalho de parto e, para algumas culminou com a realização da cesárea. As mulheres relataram optar pela cesárea por medo da dor, pela falta de informação, pelo trauma do tratamento recebido em parto normal anterior, por presenciarem outras mulheres em sofrimento durante o trabalho de parto, por indicações obstétricas para cesariana não condizentes com as evidências científicas, em especial de profissionais da assistência particular. Em relação às preferências entre cesárea e parto induzido, as mulheres optam pela primeira, devido aos procedimentos dolorosos e tempo de espera durante a indução (perceberam mais demorado) e consideraram que a indução foi mais dolorosa quando utilizado o misoprostol, comparado ao parto normal espontâneo. Outros motivos relacionados a não querer indução foram: terem dúvidas quanto à forma como seria conduzido, experiências anteriores negativas próprias ou de familiares. As mulheres não sabiam quem eram os profissionais que estavam prestando assistência, mas consideraram importante e valorizam conhecê-los. Permanecer com acesso venoso e toques vaginais frequentes, especialmente de estudantes foram consideradas experiências negativas no trabalho de parto. A cardiocotografia realizado durante o trabalho de parto limitou a movimentação. As mulheres desconhecem o plano de parto e o papel da doula, mas elencaram a necessidade de ter um profissional ao lado, durante o trabalho de parto. A analgesia para o parto vaginal era desconhecida pelas mulheres e aquelas que solicitaram foi negada pela não disponibilidade do profissional naquele momento. As mulheres passaram por mudança de sala no período expulsivo e não puderam escolher a posição para parir. A manobra de <i>Kristeller</i> e episiotomia, mesmo pouco relatada, foi mencionada em distócia de ombro. O puxo dirigido foi relatado como uma prática comum, entendido por algumas mulheres como uma ajuda e para outras como ruim, contudo, relataram que a mulher sabe o momento ideal. A falta de comunicação do que estava acontecendo com elas, a falta do consentimento para realização de procedimentos, a inexistência de explicações em relação à indicação de cesárea foram alguns aspectos que fragilizaram a experiência. As experiências com a <i>Golden hour</i> e a recepção do bebê foram diferentes conforme o tipo de parto. As mulheres submetidas à cesárea tiveram separação do binômio para a rotina de cuidados ao RN e impedimento da amamentação na 1ª hora de vida. Ademais tiveram impedimento da presença do acompanhante na sala de recuperação anestésica, percebido como um momento de angústia e preocupação. No alojamento conjunto ocorreu a separação do binômio para procedimentos de rotina, relataram que gostariam de estar juntos, e se sentiram incômodas quando o RN era examinado várias vezes por estudantes. As mulheres se sentiram desrespeitadas e enganadas quando receberam tratamentos grosseiros, pelos descasos ou pressionadas a amamentar. Também se sentiram destratadas ao recusar uma conduta médica e pelo atendimento ser realizado por estudante, em especial na ausência do preceptor. Os atos desrespeitosos geraram sentimentos de trauma, medo, sofrimento e sensação de morte. As mulheres consideraram que a assistência ao parto e pós-parto não foi segura. Quanto à privacidade, as mulheres se sentiram envergonhadas e constrangidas pelo número de profissionais e/ou estudantes durante os procedimentos. O mesmo se passou nos quartos pela presença de homens, no mesmo espaço, sem divisórias; para outras parecia existir uma certa conformidade com a falta de privacidade e uma percepção de que no SUS tem menos direitos. Grande parte das mulheres referiu não ter tido oportunidade de escolha da via de parto, sendo prioritária a decisão médica, poucas relataram ter escolhido. As que dizem que tiveram oportunidade de escolha, esta foi limitada à escolha da cesárea. A pandemia</p>

<p>impactou negativamente na assistência à parturiente e ao recém-nascido demonstrada na separação do recém-nascido, na privação do contato pele a pele e da amamentação da primeira hora de vida.</p>	
Temas	Exemplo de verbalizações
Não conhecem o plano de parto	<p>E12: Eu não sabia que existia plano de parto, soube na entrevista que você fez comigo. Para ter o bebê eles que foram escolhendo o que era melhor, me colocaram para ter o bebê na sala de parto, naquela cama que eleva a cabeceira e, de plano de parto, nunca me orientaram, nem no posto de saúde. Outra coisa que ninguém me falou, nem no pré-natal e nem no hospital é que parto normal pode fazer anestesia, isso eu não sabia. Agora sei que se tivesse feito esse plano, também poderia ter maior informação, né? Aí eu saberia pedir, eu aconselho para as mulheres se informar dos seus direitos, porque as mulheres têm que falar o que quer e, recomendo o parto normal.</p>
Restrições da presença do acompanhante	<p>E 39: Deveria ter o acompanhante em todos os locais, acompanhar na recuperação. Na recuperação, as enfermeiras ficam com várias mulheres, então seria bom o acompanhante ficar junto.</p> <p>E6: Acho que o acompanhante tinha que ficar também na sala de recuperação, a gente tá anestesiada, elas colocam o bebê para mamar e saiu, eu fiquei com medo de derrubar, se meu marido estivesse lá, ele segurava, não precisava ficar chamando, mas parece que lá não tem cadeira.</p>
Internação na fase latente do trabalho de parto	<p>E4: Eu fui para o hospital porque senti que estava em trabalho de parto, cheguei lá, estava com 3 de dilatação e sem contração, mas eu sentia dor, acabei fazendo cesárea.</p> <p>E8: Deste eu estava com quase 40 semanas, eu só comecei com dor, mas não estava em trabalho de parto, fiz cesárea.</p>
Cesárea agendada: sensação de segurança.	<p>E5: Foi tudo bem, o médico do pré-natal já tinha me falado que com 2 cesáreas iriam fazer cesárea, mas eu não sabia que eu ia fazer naquele dia, eu senti dor e fui para o hospital, aí me falaram que tinha que fazer.</p> <p>E14: Eu fui para o hospital porque comecei sentir dor de parto, e cheguei já fizeram a cesárea porque já tenho 2 cesáreas anteriores.</p>
	<p>E44: Eu queria cesárea, porque do outro foi parto normal. Foram muitas horas de dor da outra vez, fiquei traumatizada do jeito que me trataram, eram grossos. Quando fiquei grávida, fiquei com muito medo.</p> <p>E7: Eu até queria ter parto normal, mas depois que vi umas mulheres chorando e gritando lá no hospital eu falei isso não é pra mim não, fiquei assustada eu desisti, e queria cesárea mesmo. Se bem, que fiz cesárea porque eu tive pré-eclâmpsia.</p> <p>E8: Eu tive cesárea deste e era o que eu queria mesmo, porque do outro sofri demais no trabalho de parto e depois fiz cesárea, eu não tenho normal foi uma experiência muito ruim, então não queria parto, tinha medo do que poderia passar em um trabalho de parto, tinha medo de passar tudo que passei no outro trabalho de parto, eu tive medo. O medo de como será tratada, de como vai acontecer, os toques, tudo.</p> <p>E9: Eu vi o parto da minha irmã, sentia muita dor, eu fiquei com medo da dor do parto do bebê passar em baixo, vai que ele não saía, aí eu fiquei com</p>

	<p>medo.</p> <p>E15: Os médicos me ofereceram se eu queria induzir para parto normal, mas eu fiquei com medo de passar da hora, como o médico do particular tinha me falado para fazer cesárea, eu pedi. Nem precisava me explicar ou pedir para mim, foi eu que pedi para fazer cesárea em mim, porque o meu médico me orientou fazer isso. Aí fui direto para cesárea, assinei um termo que me deram, eu fui para cesárea, o médico do pré-natal tinha me falado que era mais rápido e prático para todos.</p> <p>E22: Estava com pouquinho de dilatação e eu pedi para fazer cesárea em mim. Eu pedi porque estava com pouco de dor e tinha medo da dor mais forte, acho que não aguentaria, tinha medo de aumentar a dor, aí fizeram minha cesárea, a minha primeira foi cesárea e tinha dado certo, então tinha mais medo do parto do que de cesárea. Então eu que escolhi, ninguém precisou me explicar nada, nem pedir minha autorização. Ao contrário, eu que assinei um termo que estava pedindo a cesárea, não tenho muita informação sobre parto, eu acho que a cesárea resolve mais rápido, né? Não dá tanto medo. Tinha medo também de umas coisas ruins que ouvi falar do parto normal, do bebê ficar parado ou dele engolir água do parto, essas coisas, das complicações, então, escolhi cesárea.</p> <p>E31: Tinha 3 cesáreas anteriores, essa é a quarta e por causa da placenta prévia, eu já sabia que faria cesárea. Eu não sabia que várias cesáreas a mulher tinha esse risco, então desde a primeira cesárea eu nem tentei parto normal como eu tinha plano de saúde, eu já fiz cesárea, foi há 15 anos, a segunda foi três anos de diferença, também por plano de saúde. Já a 3º cesárea fiz pelo SUS, como já tinha 2 cesáreas, aí fizeram cesárea também.</p> <p>E19: Não gostei da indução, mesmo já tendo 4 normais demora muito a indução e tive a impressão que dói mais, dói bem mais do que se fosse espontâneo, igual os outros. Usaram o comprimido, só comprimido, sem soro, sem nada.</p> <p>E40: Este parto foi muito demorado, o outro meu, cheguei no hospital e foi muito rápido para nascer, foram 5 horas de trabalho de parto, deste foi induzido com misoprostol porque minha bolsa rompeu, estava de 40 semanas, mas não estava com dilatação e vão colocando comprimido, usaram 3 comprimidos em mim até começar, vão fazendo toques, colocaram soro depois de um tempo, então é tudo muito forçado, doloroso. Se fosse para eu ter parto induzido novamente, não quero. O parto normal espontâneo é diferente. Essas horas de indução deixa a gente ansiosa, com medo que não vai dar certo. Foi negativo a indução, muitas horas de trabalho de parto, muita dor.</p>
<p>Desconhecimento de quem são os profissionais e uma percepção de que no SUS tem menos direito</p>	<p>E41: Lá, a gente chega e nem sabe quem atende a gente, sei que tem estudante.</p> <p>E27: Eu não sei quem fez meu parto, o médico chefe, não apareceu a madrugada inteira, só chegou para trocar o plantão dele, ficou a residente comigo, o chefe mesmo não aparece.</p> <p>E42: A gente, no SUS, não sabe direito que vai nos atender, e também elas não falam quem são, nem se são médicos ou estudantes, a gente ouve as conversas deles e fica sabendo os nomes.</p> <p>E37: As mulheres no SUS tem menos direito que as mulheres no particular, por exemplo, o médico que está nos meus papéis não é o mesmo que fez minha cesárea, o que fez minha cesárea era um novinho, o chefe mesmo</p>

	não estava na sala de cirurgia, e eu não sei quem é.
Parto: medo, sofrimento e sensação de morte	<p>E30: Foi muito sofrimento, uma coisa que eu não esperava acontecer tudo aquilo, foi assustador pra mim, eu te falo, diz o médico que tudo que aconteceu foi pela nenê ser muito grande, que ele também não esperava, na última ultrassom que eu fiz foi em abril, a gente não esperava que ela nasceria com 4600 e 54 cm.</p> <p>E 30: Pra mim foi assustador, porque eu perdi minhas forças. Foi muito dolorido pra mim, dos meus outros partos não foi sofrido. Deste, eu pensava que ia morrer. Eu não tenho mais força, vou morrer, eu sabia que não estava dando certo, porque os outros não foi assim. Eu tive muito medo, a gente percebe o que estava acontecendo, eu via ela tentando fazer a criança nascer, mas formava aquele monte na minha barriga, o corpo da criança. Eu passei (tive), a sensação da morte depois que ela nasceu, também desmaiei.</p>
Impactos na experiência do trabalho de parto	<p>E 26: Outra coisa, colocaram um soro para dar dor em mim, sem precisar, porque já estava indo tudo muito rápido, estava dilatando muito rápido e tinha contração.</p> <p>E18: Foi tudo espontâneo, sem induzir, só fiquei com a veia pega pra se precisasse por soro.</p> <p>E13: Como cheguei quase nascendo, só deu tempo de puncionar a minha veia, não fiquei com o soro, só com a agulha, se precisasse.</p> <p>E28: O que não achei bom foi ficar fazendo Cardiotoco, a gente tá com dor e fica amarrada, é horrível, porque quando vem a contração forte a gente quer se movimentar e não dá, aí me dava câibra também.</p> <p>E10: Eu não tive doula, mas pesquisei na internet, só não fui atrás porque não podia pagar e no hospital não tem, nem enfermeira obstetra.</p> <p>E19: Também não sabia sobre doula e lá não no hospital não tem.</p> <p>E33: Eu queria ter uma doula, mas o valor é alto pra mim. Eu cheguei a procurar na internet a média de valores, mas não é possível para mim.</p> <p>E26: O que não trouxe uma boa experiência, foi como aconteceu, os toques muitos toques por pessoas diferentes, acho que tem que ser só uma pessoa acompanhar.</p> <p>E32: Foi feito muito toque, os toques eram feitos sempre por mais de uma pessoa, uma fazia e em seguida outra tinha que conferir, incomodava bastante, a gente não quer que faz, mas eles já estão com a luva, prontos e, muito complicado ali eu brigar e falar não, não faz, já estão de luva.</p> <p>E33: Ter menos estudantes, elas ajudam, mais as vezes é um momento que estamos aflitas, com dor e eles vem fazer um procedimento só para aprender, o toque de uma estudante doía bastante. Acho que a hora que estamos naquela fase ativa, aquela fase que tem mais dor, e a fase pior deve limitar um pouco os procedimentos dos estudantes, acaba ficando muito sofrido para mulher. Eu estava com 9 cm de dilatação e o médico já tinha feito o toque, a estudante foi fazer de novo, para treinar. É muito sofrido para a mulher, eu até entendo que eles precisam aprender, mas tem que ter limite.</p> <p>E29: Na hora que fui ter o bebê, eu estava na sala de pré-parto e me levaram para a sala de parto, me mostraram uma cama para eu deitar, uma que fica um pouco levantada a cabeceira, e coloquei o pé em um apoio, não me</p>

	<p>ofereceram outro lugar.</p> <p>E30: Tocou tirar a menina na marra em posições que eu não conhecia, ficavam me virando para ver se ela nascia, e aí fiquei de quatro, pra mim foi muito estranho, constrangedor, me viraram em várias posições, uma cena que me traumatizou, horrível e o bebê nada de descer, eles mandaram eu virar de bruços e puxaram. Foi uma experiência ruim, não foi boa.</p> <p>E12: A minha bolsa foi a doutora que rompeu, ela me falou vou romper ela tá, já tava no finalzinho, ela me avisou, eu acho que é para ser mais rápido.</p> <p>E23: Eles que romperam minha bolsa, já tava com 9 de dilatação, acho, foi por isso.</p> <p>E29: Na hora eu falava, não vou conseguir. Aí eles apoiaram minha barriga para baixo, para o bebê nascer e, eu fiz bastante força.</p> <p>E30: Eles empurrava a minha barriga para ver se nascia, fez o corte embaixo também, mas mesmo assim não nascia. Eles me falaram que o ombro da bebê enroscou na virilha e não passava. Agora estou me recuperando, mas ainda estou dolorida para andar, depois de 15 dias eu ainda não conseguia andar, de tanto que me machucaram por baixo.</p> <p>E 43: Pediram para minha sogra empurrar minha barriga.</p> <p>E1: Me incentivaram para eu fazer força para a bebê nascer, eles me ajudavam falando, mas hora que dá aquela vontade, o bebê nasce.</p> <p>E32: Foi ruim para mim porque forçaram muito, eles mandavam eu fazer muita força, eu tava com 9 cm de dilatação, não aguentava mais fazer tanta força. Eu dizia que não conseguia e eles falavam para eu fazer força. Mas fiquei com uma lembrança ruim, foi muito forçado.</p> <p>E36: Embaixo rompeu um pouquinho e deu pontos, mas isso não me incomodou, só fica dolorido muitos toques.</p>
<p>Desconhecimento da analgesia e negada quando solicitada</p>	<p>E23: Eu até pedi para fazerem anestesia em mim, mas falaram que era normal a dor e, que depois que o bebê nascesse, passava a dor. Eu fiquei com medo na hora da dor forte, eles vinham, fazia o toque e saía, eu cheguei até pedir para tomar anestesia, mas não fizeram, não sei porque.</p> <p>E40: Não fizeram anestesia em mim, eu pedi, chegou uma hora que não aguentava a dor, mas não tinha anestesista disponível, ele estava no centro cirúrgico.</p>
<p>Falta de entendimento e consentimento para realização de procedimentos</p>	<p>E5: Eles sempre falavam o que ia fazer, não pediam autorização para fazer cesárea, mas falavam.</p> <p>E21: Não pediram se podiam ou não, já tem que fazer né? Só avisaram: “Vamos fazer sua cesárea” e depois me prepararam para a cesárea, só não me explicaram porque passar a sonda, eu não sei.</p> <p>E29: Fizeram muito toque em mim, eles chegavam e falavam que tinha que fazer: “Olha a gente vai fazer um toque em você tá, para ver se está dilatando”, então só falava, mas não pedia, se eu concordava ou deixava, e depois, alguns até falava quanto tava a dilatação, outros não.</p> <p>E32: Por exemplo, o toque, não era bem um pedido, e sim falava precisa fazer, ou, vou fazer o toque.</p> <p>E36: Eles pedem para fazer o toque, mas, na verdade, deixei porque eu estava ali, ela já estava com a luva na mão, que jeito eu iria falar não, acho que é imposto, me senti sem saída.</p> <p>E42: Os toques não são consentidos e sim avisados, eles chegam e falam que precisa tocar, não pedem não, e a gente acaba não falando nada, como vou falar não, não quero!?</p>

<p>A cesárea como impedimento para a <i>Golden Hour</i></p>	<p>E2: É muito emocionante hora que nasce, ver o rostinho. Como foi cesárea, não peguei na hora, só depois que levaram para pesar e fazer as coisas, depois que fui para a salinha, aí ela foi comigo, mamou super fácil.</p> <p>E4: O bebê, depois da cesárea, foi levado para medir e pesar, e fazer o que tem que ser feito. A gente fica meio angustiada até saber como está, depois veio comigo, naquela salinha.</p> <p>E34: Quando eu tive o bebê não ficou na recuperação. Ele nasceu, limparam ele e depois ele ficou na incubadora, Eu tive o bebê era umas 4 horas e me levaram umas 6 horas, mas me explicaram que estava tudo bem com ele, preferia que ele estivesse comigo.</p> <p>E44: Só acho que o bebê poderia ficar com a mãe na sala de recuperação anestésica, assim não ficaria preocupada com o bebê.</p>
<p>Separação mãe e bebê no alojamento conjunto</p>	<p>E14: Só me senti sozinha, quando levaram minha filha para dar vacinas, fazer exames, mas daí a pouco trazem de volta.</p> <p>E34: Lá eles levaram o meu filho para fazer o exame do coraçãozinho, para tomar vacina, preferia estar junto para acompanhar.</p> <p>E39: Também acho, que tem que ter cuidado para não examinar demais o bebê, como tem estudante, meu filho não pode ser objeto de estudo. Faziam exame do bebê, daí a pouco outro pegava para examinar, e eu não entendia o que estava acontecendo, isso deixa a gente preocupada.</p>
<p>Tratamento desrespeitoso, grosseiro e mal educado.</p>	<p>E36: Me senti pressionada a amamentar, até entendo que é função delas orientar, mas é difícil, eu fiquei angustiada, eu desisti do peito porque eu fiquei muito mal, chorei o dia inteiro por não conseguir. Aí, decidi dar a fórmula, eu não vou ser menos mãe por isso, me senti desrespeitada. Foi uma experiência ruim, não conseguir amamentar, dela não ter pego o peito e, de não ter insistido mais. Foi ruim e a pressão para amamentação, não forçar tanto, cada um sabe o que suporta, se eu digo que não é porque não dava para amamenta. Essa pressão, faz a gente se sentir culpada, acho que tem que incentivar e orientar, mas comigo, foi terrível.</p> <p>E27: Eu recusei a ocitocina porque queria um parto natural, aí o médico falou assim: “Então fica aí sofrendo, tem gente que é burra mesmo” e meu marido falou, se vocês não têm respeito deixa ela sozinha.</p> <p>E30: Eles não respeitaram minha opinião, eu falava que não ia nascer, eu sentia que tinha coisa errada. Eu acho que foi uma violência obstétrica.</p> <p>E26: O que achei ruim o parto, não é o bebê nascer de parto normal e sim a forma como é acompanhado o trabalho de parto, por exemplo, o toque, vem um fazer e, outros para treinar ou aprender, eles veem em 2 ou 3 e todos fazem. Minha mãe até falou que não queria que fizessem tanto e, falaram que quando interna, já assina um papel que autoriza eles fazerem, eu nem assinei nada, porque entrei de cadeira de rodas, eles mentem.</p> <p>E43: Eu fui desrespeitada porque eles não sabia o que estavam fazendo. O médico chefe não estava, o cordão rompeu e ficou lá dentro, tiveram que me levar para curetagem para retirar a placenta, aí chegou o médico chefe, gritando, muito bravo, dizendo, porque demoraram tanto, brigava com eles e eu gritava de dor. O chefe colocou luva e falava para eles se queria que eu morresse e pediu para me levar para curetagem. Ele colocou a mão dentro do útero, foi horrível. O pior, é que o chefe teve que colocar a mão dentro de mim, porque os estudantes deixaram o cordão lá dentro, então rompeu e a placenta, ficou lá, e depois de tudo isso passei pela curetagem.</p>

	<p>Foi um trauma meu parto, tudo por erro, porque eu não tenho problema algum, estou indo em um psicólogo agora porque estou com depressão, foi muito ruim.</p> <p>E27: Eu cheguei no hospital não deram muita importância pra dor. Chamou a responsável, ela foi fazer um toque de novo em mim, mas muito grossa. Eu pensava eu ter em casa porque eu não tinha sido bem atendida na última consulta, muito toque, ninguém sabia me explicar nada, só tinha residente 1, sem chefe, mas fui para hospital a hora que achei necessário</p> <p>E30: Eu cheguei em trabalho de parto, eles me garantiram que ia ser um parto tranquilo, eu acreditei, achei que ia nascer rápido e concordei em tentar o normal. A cena que eu lembro do parto é horrível, e minha bebê com sequela, agora estou correndo com ela para hospital, ficou com sequela no braço, lesão no braço, eu pedi um laudo. O mais importante é eles respeitarem a opinião das mulheres, precisamos ser ouvidas</p> <p>E40: Também me disseram que se eu não aguentasse a indução fariam a cesárea, me senti enganada, desrespeitada, porque a hora que não aguentava mais, pedi a cesárea, e não fizeram.</p> <p>E36: O bebê nasceu com um pouquinho dificuldade, e eles não dava informação, e o meu bebê não veio para o quarto e ninguém vinha me falar nada, o que estava acontecendo, acho que demorou muito para dar informação.</p>
<p>Ausência de privacidade e constrangimento com o número de pessoas no quarto e pela presença de muitos estudantes</p>	<p>E14: O ruim dessa experiência, só foi quando eles chegam em vários para examinar, fiquei com vergonha quando 3 médicos foram me examinar. Então, falta um pouco de privacidade, a gente fica envergonhada, às vezes.</p> <p>E23: Na hora de nascer chegou um bando de médicos, muita gente na sala, nem sei quantos tinha, acho que uns 20, é muita gente olhando, a gente fica com vergonha sim. Não pensa muito na hora porque é muita dor, mas não gosto desta lembrança, das pessoas me olhando.</p> <p>E32: A gente fica andando num corredor do hospital, aquele corredor que passa médico, acompanhante de outros setores, visitantes, a gente fica exposta, sem direitos, exposta, com dor, com aquela camisola. Tem muita gente lá, no parto, muita gente me olhando.</p> <p>E12: O que achei negativo desta vez foi que tinha muita gente no quarto, eram 4 pacientes, com seus acompanhantes e bebês, bem apertado, e a gente fica exposta, sem privacidade. Me senti constrangida, envergonhada por conta dos acompanhantes, os outros maridos no quarto, a gente sangra, tem que dar mama toda hora, coloca o peito para fora, tem homens que também ficam constrangidos, deveria ter menos mulheres por quarto ou uma separação.</p> <p>E21: Ficar junto com outras mulheres, a gente fica com vergonha, tem mais acompanhante e muita gente no mesmo quarto. No quarto tinha bastante mulher, mas é normal, sempre tem bastante gente, no SUS é assim mesmo. No SUS, se não fosse ficar junto com outras mulheres no quarto seria melhor que o particular.</p>
<p>Inseguranças em relação a assistência</p>	<p>E12: Os médicos às vezes não ficavam com a gente, lá no pré parto, eles ficavam conversando entre eles, a gente ouve todas as conversas dos médicos, eles ficam conversando sobre amigos, faculdade, família, estudos, viagens, entre eles lá, a gente fica ouvindo tudo, eu não ligo não, mas a gente ouve, aí a gente pensa: “Será que estão prestando atenção em mim?”</p>

	<p>E19: Acho que foi mais ou menos seguro, meu filho saiu com a clavícula quebrada.</p> <p>E26: Não me senti segura, não tem segurança, só deu tudo certo porque Deus ajudou, o bebê nascer sozinho não é seguro. Na hora que nasceu, nem pinça tinha ali, tiveram que ficar pedindo as coisas, meu filho nasceu sem pediatra perto, isso não é seguro não, ainda bem que Deus ajudou em tudo, porque se dependesse deles.</p> <p>E27: Eu fiquei preocupada, insegura, porque demoraram para entrar com antibiótico, minha bolsa já tinha rompido no dia anterior, eles não acreditaram, só acreditaram depois que viram que tinha pouco líquido. Só tinha uns estudantes porque os demais estavam fazendo cesárea, eles não sabiam examinar direito, eu já tive parteira e sei quando fazem um toque correto, eles me machucavam para fazer toque, não sabiam se a bolsa estava rota. Quando eu estava no chuveiro, eu percebi que a cabeça estava em baixo, e eu falei, mas eles viviam a vida deles, eles estavam preocupados com os estágios deles, estavam brigando, estavam trocando o plantão, xingando muito. O Chefe estava brigando com os residentes.</p> <p>E38: Meu parto foi uma confusão (...) rsrs, me examinaram e falaram que a bebê tinha feito cocô e o coraçãozinho estava desacelerando e tinha que fazer cesárea, aí passaram sonda em mim, eu fiquei assustado porque tenho já 3 (partos) normais. Aí cheguei no Centro cirúrgico, ela nasceu de parto normal, não deu tempo deles fazer cesárea, o bebê nasceu gritando, tudo bem. Então não sei se sabiam o que estavam fazendo. Meu parto não foi seguro.</p> <p>E41: Não foi seguro, a estudante que estava comigo não sabia o que fazer, aí eu peguei meu filho, senão ele caía no chão. Eu fiquei com muito medo porque nasceu no banheiro, e a mocinha que estava comigo não sabia, era estudante para ser médica, estava com mais medo que eu. Então minha experiência não foi boa, fiquei com medo, ainda bem que fui rápida, então, não foi seguro se minha bebê tivesse nascido mal não teria ninguém para socorrer. Eu não me importo de ter estudante, eles têm que aprender, mas acho que tem que ter o chefe junto.</p>
<p>A via de parto: decisão médica.</p>	<p>E19: Então eu acho que em alguns momentos minhas escolhas foram levadas a sério, só que queria ter parto normal, o resto e como aconteceu nada eu escolhi.</p> <p>E29: Temos que aceitar como as coisas funcionam porque é tudo já uma rotina. Por exemplo, o acompanhante não entra para consulta junto com a gente, eles que falam que jeito será o parto, se vai ser normal ou cesárea, a gente não tem liberdade para conversar, parece que se a gente fala, não gostam, não temos assim, muito direitos. Chegamos sem saber com quem vamos consultar e o que vai acontecer</p> <p>E31: Acho que a mulher no SUS fica em uma situação difícil, já é assim que funciona as coisas. A gente chega e já tem uma rotina de atendimento por residentes, estudantes, e eles são atenciosos si, mas a mulher não tem escolha, confiando ou não tem que passar por aquela rotina.</p> <p>E37: Eu só pude escolher a cesárea, mas o resto não. Por exemplo, passar sonda é rotina, fazer toque é rotina, então tem coisa que tem escolha outras não.</p>

Impactos da pandemia na assistência	E17: Agora, com a COVID, estão deixando o bebê no berçário até que a mãe está na recuperação, disseram que era mais seguro. Aí fui dar mamar só lá no quarto, depois de umas 3 horas mais ou menos, ela estava dormindo e depois que pegou. Achei que demorou para mamar, fiquei preocupada. As mulheres que estavam comigo no quarto que tiveram parto normal, já ficaram com o bebê direto, porque tem o bebê em outro lugar, acho melhor ficar com o bebê direto, quem fez cesárea só da mama depois de 2, 3 horas e a gente fica longe do bebê, fica preocupada se tá acontecendo alguma coisa também.
-------------------------------------	--

Fonte: Elaborado pelo autor

Para apresentar as “Situações/Contextos positivos que impactaram na experiência do parto”, os resultados foram apresentados conforme o quadro 8, a seguir:

**Quadro 8.** *Categoria: Situações/Contextos positivos que impactaram na experiência do parto.*

Experiência do parto	
<p>Definição: Na busca por informações, muitas mulheres usaram a internet como recurso, o que consideraram uma forma de empoderamento. As mulheres que foram internadas na fase ativa do trabalho de parto relataram melhores experiências comparadas com mulheres que foram admitidas na fase passiva. Quanto à preferência pelo tipo de parto, o parto normal espontâneo foi o escolhido, porém, temem o mesmo por não saberem como serão assistidas durante o trabalho de parto e pelas experiências ruins de mulheres que tiveram seus filhos por parto normal. Contudo, as mulheres que tiveram parto normal, vivenciaram o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida como uma experiência positiva. O acompanhante trouxe segurança, em especial na amamentação na primeira hora de vida e como ajuda no trabalho de parto. Os métodos não farmacológicos para alívio da dor e a alimentação foram fatores que contribuíram para melhores experiências. As mulheres consideraram importante receber atenção da equipe, serem bem tratadas, esclarecidas e acolhidas, de maneira respeitosa e educada e valorizaram serem acompanhadas por enfermeira obstetra e se sentiram seguras. As mulheres que já tinham filhos referiram melhora da assistência comparada à experiência anterior, contudo percebem que há diferenças entre os plantões e relatam menor atenção durante a madrugada. Ao comparar a assistência recebida no particular e no SUS, consideram este último como melhor. No pós-parto referiram serem assistidas frequentemente, consideram adequada a consulta puerperal e mencionam a retirada dos pontos e realização de Papanicolau. Receberam orientações protocolares na alta. Para outras mulheres, a indicação de cesárea eletiva foi um elemento que sustentou a percepção de que estavam seguras, bem como a forma como foram tratadas, a realização de procedimentos no momento que consideravam certo e o conhecimento prévio dos profissionais.</p>	
Temas	Exemplo de verbalizações
Busca solitária por informações sobre plano de parto e preparo	E10: No pré-natal não tive estas informações, e não me orientaram quanto ao plano de parto. Eu pesquisei o que era sozinha, não cheguei a fazer, mas tinha pesquisado na internet. Eu me preparei muito para o meu parto, me informei muito e considero isso importante, o plano de parto. Acho que as mulheres precisam se informar, por exemplo, sabia esse negócio de ocitocina que

<p>para o parto: uma forma de empoderamento</p>	<p>colocam na mulher para ir mais rápido, episiotomia, vi que não é necessário. Acho que meu parto foi tranquilo porque pesquisei bastante, as mulheres têm que fazer isso porque essa experiência é única e você lembra para sempre, pro resto da vida, se você ter preparo, você vai embora. Talvez, se tivessem o plano de parto ou alguém orientasse, acho que muitas vezes as mulheres não sabem o que estão acontecendo com elas e eu, por vontade própria pesquisei bastante e sabia tudo que estava acontecendo comigo. Tem mulheres que falam: “Deus me livre de parto”, mas eu vi que nas pesquisas aqui, as mulheres fazem muita cesárea.</p> <p>E11: Eu não dei a minha carta de plano de parto, porque não estava com ela, eu tinha feito meu plano de parto sozinha, pesquisei tudo sobre parto na internet e uma cunhada minha que é obstetra me orientava. Então pesquisando eu consegui fazer. Eu estava muito tranquila, eu sabia todo o processo, eu li muito na gravidez, foi muito bom para o meu consciente, eu estar preparada, eu mesma me preparei por conta, não foi ninguém que me preparou, mas foi muito bom. Até quando eu estava com muita dor eu comecei a fazer cocô no banheiro e aí eu fiquei aliviado, falei poxa, ele tá vindo, ele tá fazendo força, ele tá ali, ele tá abrindo espaço. Eu sabia que daqui a pouco ele estaria ali nos meus braços, então fez toda a diferença. Mas para isso, é claro, precisa estar informada, mas eles não me informaram. Eu estava informada, por ter procurado sozinha.</p>
<p>Admissão na fase ativa do trabalho de parto</p>	<p>E28: Eu fui para o hospital porque estava em trabalho de parto, tinha contração, como já tenho 2 parto anterior já sabia que estava na hora de nascer, esse foi mais rápido que os outros, também cheguei lá já estava com 7 de dilatação e nasceu rápido.</p> <p>E10: Com 2 centímetros me perguntaram se eu queria ir para casa ou ficar lá, aí eu pensei, eu tenho a bola em casa, fico no meu chuveiro, eu quis vir para casa. Voltei a noite para hospital com 6 cm de dilatação, eu estava muito segura e fiquei em casa com meu marido, foi muito bom pra nós, bem legal. Eu já sabia o jeito de fazer força, foi bem legal, eu passaria tudo de novo, pelo meu psicológico. Não fizeram muito toque, só uns 3, porque não deu muito tempo, foi rápido já estava bem adiantada hora que cheguei.</p> <p>E19: Eu procurei o hospital porque estava com dor, meus partos foram todos normais, já tenho 4, esse foi o 5º bebê.</p> <p>E36: Quando eu comecei com contração de 3 em 3 minutos, meu marido chamou o SAMU, minha bolsa rompeu, hora que o SAMU chegou já fomos para o hospital, nasceu depois de 30 minutos, não deu tempo nem de me levarem para a sala de parto, nasceu no pré-parto mesmo.</p>
<p>Impactos da experiência do parto normal na <i>Golden hour</i></p>	<p>E12: Mas eu queria parto normal, porque meus outros (partos) foram normal, no finalzinho eu estava com muita dor e até pedi cesárea, mas aí me tocaram e falaram que estava nascendo.</p> <p>E23: Outra coisa que sempre pensei era em fazer cesárea, mas cheguei em trabalho de parto e nasceu normal, foi a melhor coisa que poderia acontecer, eu tinha medo de parto sim, pelo que ouvi falar.</p> <p>E26: Agora tinha rompida a bolsa e eu cheguei na maternidade e eles me falaram que era melhor o parto normal. Achei bom o parto normal porque estou conseguindo fazer as coisas em casa, como não tenho companheiro, tenho que me virar sozinha, facilitou muito porque consigo, é mais fácil do que na cesárea. O que é bom do parto é que é incrível, já tive a cesárea e agora parto, prefiro o parto, eu tinha medo do parto (...) não é ruim (...) é bom, foi</p>

	<p>espontâneo e rápido.</p> <p>E29: Eu não queria parto normal, não queria porque tinha medo do parto, tinha medo de como seria, o que fariam comigo durante o trabalho de parto e como tudo aconteceria, nem sei explicar o que é o medo. Agora, conversando acho que não é ruim o parto, o bebê nascer pela vagina, mesmo doendo sim. A gente só fica pensando de como será, se não vai morrer ou a criança ter algum problema, acho que conversamos pouco sobre as coisas boas do parto e só damos mais atenção para as pessoas que tiveram uma experiência ruim, que a criança ficou com problema, que a mulher foi judiada, essas coisas.</p> <p>E36: Eu sempre quis normal, mesmo sabendo que dói, eu sempre tive medo de cesárea ou qualquer cirurgia, e faria o parto novamente.</p> <p>E12: Outra coisa que foi superlegal é que colocaram o bebê em cima de mim hora que nasceu, isso é maravilhoso!!! E deixaram o meu marido cortar o cordão, essa equipe foi muito boa comigo eles também tiraram foto pra mim.</p> <p>E13: Foi tudo bem, nem precisou dar pontos em baixo, e depois que ela nasceu já colocaram em cima de mim, essa é a melhor parte, ela mamou, pode estar sujinha, não tem problema é a melhor experiência.</p> <p>E23: Eu acho que a melhor experiência, foi ter colocado ela em cima de mim hora que nasceu.</p>
Benefícios da presença do acompanhante	<p>E11: Mas naquele momento eu não estava em mim, fiquei um pouco fora de contexto, eu só queria que nascesse, eu não estava nem aí, tem algumas coisinhas que foge do meu subconsciente, isso, na partolândia. Eu consigo lembrar algumas coisas que aconteceram e outras não, por isso, é importante o acompanhante, meu marido me fala algumas coisas, depois que ele desceu (bebê), mas meu marido também estava informado, sabia do meu desejo.</p> <p>E27: E meu marido ficou comigo, ele foi minha doula, foi tudo, ele que me levava para o chuveiro, fazia massagem, por exemplo, eu gosto da posição de ficar agachada, e abraçar a bola, meu marido que colocava lençol para proteger meu joelho, ele pedia e elas falavam que podia pegar no armário.</p> <p>E3: Acompanhante é importante, meu marido ficou comigo, me senti mais segura e como se estivesse protegida por ele estar lá, e também porque ter alguém que nos apoia neste momento, de saber que ele está participando do nascimento e compartilhando a responsabilidade de ter um filho.</p>
Alívio da dor e alimentação	<p>E12: Elas me ajudaram muito, me levaram para o banheiro, fiquei de baixo do chuveiro, parece que lá dói menos, falaram para eu movimentar o quadril, dançar, mexer o quadril, ficaram o tempo todo conversando comigo, fizeram massagem nas minhas costas.</p> <p>E18: Podia comer, beber, andar, também fazia massagem, mandavam eu ir para o chuveiro que ajuda também.</p> <p>E19: Podia comer, beber, andar essas coisas era livre para eu decidir</p> <p>E27: Eu preferi ficar no chuveiro, eu sei que eu relaxo na água morna e só assim minha dilatação aumenta.</p> <p>E29: O meu parto não foi induzido, foi espontâneo, eu andei bastante, eles estimulam comer, pode beber água, suco, o que quisesse, andar ajudou de 4 já fui para 7 cm de dilatação, e depois no chuveiro foi mais rápido ainda, isso ajuda bastante.</p> <p>E35: O que achei bom, é que falaram para mim que eu podia fazer o que eu quisesse, se queria andar, ir ao banheiro, comer, beber, ir na bola.</p> <p>E38: O que foi bom é que pude comer e beber, andar e me movimentar. Então acho que tem que valorizar estas coisas.</p>

	<p>E40: Eu podia comer e beber, é bom para mim e o bebê, não passa fome.</p> <p>E41: Eu só fui andar um pouco, fiquei bastante no chuveiro, ajuda bastante. Eles estimulam a gente ir.</p>
<p>Disponibilidade e de atenção no SUS e presença da enfermeira obstetra</p>	<p>E5: O atendimento que eu tive foi muito bom desta vez, foi até melhor do que das outras vezes que foi particular, as enfermeiras também foram muito boazinha, me tratavam muito bem, achei que tudo foi muito bom porque me tratavam bem.</p> <p>E11: A minha experiência foi maravilhosa de parto, o parto normal é maravilhoso, ele é lindo!!! mas algumas pessoas fizeram lá (maternidade) fizeram ele ser mais bonito ainda. Por exemplo, tinha uma médica, deveria ser estudante, uma loirinha, magrinha, ela ficou comigo do início do plantão até o final do meu trabalho de parto, ela foi maravilhosa, foi excelente!!!</p> <p>E21: É melhor que particular (com exceção do quarto ser compartilhado), as enfermeiras explicam as coisas, vem orientar sobre amamentação, sobre como cuidar do bebê, é bom sim! Me trataram igual no particular, às vezes paga um plano à toa.</p> <p>E33: A experiência boa foi que a enfermeira até colocou música na hora de nascer, foi humanizado.</p> <p>E40: Eu tive uma enfermeira que me ajudou no hospital, ela que me ajudou me levou para o banheiro para eu ficar no chuveiro, fiquei na bola, estava comigo então me ajudou muito, fez massagem em mim. Acho que a melhor experiência, foi ter a enfermeira do meu lado, era uma enfermeira do hospital, ela só fica do lado das mulheres que estão em trabalho de parto</p>
<p>Melhora da assistência comparado às experiências anteriores. Diferença na assistência dependendo do plantão, em especial no noturno.</p>	<p>E7: Desta vez foi melhor que do primeiro, porque no meu primeiro filho deram pontos tudo junto a bexiga com o útero e intestino, eu tive que fazer cirurgia depois de novo. Esse segundo filho, eu estou tendo muita dor na barriga, só de tocar dói, não está vermelho, nem com secreção. A outra foi bem ruim, tudo foi ruim. Minha cesárea foi mal feita e não fui bem tratada, agora deste, foi diferente.</p> <p>E8: Esse foi bem melhor que o outro, não tenho que reclamar desta vez não, porquê da minha outra filha, há 16 anos, eu sofri muito porque eu estava em trabalho de parto e muita gente fazia toque, judiava muito de mim, e toque, toque, minha irmã teve que chamar atenção. E eles só tocavam e mandavam embora, tanto é que ela passou da hora de nascer, foi muito ruim, sofri bastante.</p> <p>E12: Quando eu tive o meu primeiro, ela é o terceiro filho, os primeiros (filhos) foram bem diferentes, as coisas melhoraram bem, desse foi como se fosse aquele parto que falam humanizado. Evolui muito bem a questão da atenção oferecida, a forma de tratar a gente. Gostei que agora eles conversam mais com a gente, no meu outro filho, há 13 anos, eles viam falava assim: “Deita para fazer um toque”, era assim, agora não, eles explicam mais. Antigamente tratava a gente mal, o outro quando falei que estava sentindo mal, me falaram que eu ia melhorar, e “o ano que vem você tá aqui de novo”, era muito ruim.</p> <p>E41: Estão mais educados com a gente, isso melhorou de 3 anos para cá quando tive o outro</p> <p>E11: Foram dois plantões que me atenderam, mas foi a primeira que eu gostei, a segunda turma chegou próximo ao nascimento, a primeira equipe era mais atenciosa, melhor. Os dois plantões me respeitaram, só que tem diferença de plantão, a primeira turma me respeitou bem, a segunda só na hora da expulsão que a médica ficava falando para fazer força sem ter vontade.</p> <p>E27: Meu parto foi de madrugada, a equipe, ninguém saía do lugar. Só hora</p>

	<p>que estava com uns 8 centímetros de dilatação que ficava uma residente comigo, e ouvia sempre o coraçãozinho da bebê.</p> <p>E29: Era de madrugada, ninguém ficava comigo das profissionais não, só viam para examinar, só na hora de nascer que apareceu um monte de gente.</p>
Experiências no puerpério imediato e na consulta puerperal	<p>E13: Depois do parto, elas ficam vigiando a gente, vendo pressão, examinando a barriga e vendo se está sangrando, só senti um pouco de tontura, depois no quarto. Mas só para levantar a primeira vez.</p> <p>E14: Lá na sala de recuperação lembro que alguém ficava medindo minha pressão, vendo se eu estava sangrando, tudo certinho. Eu só senti tontura quando fui levantar pela primeira vez, é bem ruim.</p> <p>E12: Também não tive hemorragia, foi tudo bem, eu voltei para minha consulta no postinho, eu já estou fazendo acompanhamento por causa da pressão que ainda não baixou, então estou indo para controle.</p>
Orientações protocolares na alta e presença de infecção	<p>E14: Antes de dar alta, recebi algumas orientações das enfermeiras e dos médicos, eles me orientaram a ir consultar no postinho, para tirar os pontos. Até agora não tive problema nenhum, não infeccionou os pontos, tudo bem.</p> <p>E21: E para piorar os pontos da minha cesárea infeccionou aí fui no postinho e o médico daqui passou medicação.</p> <p>E 24: Meus pontos começaram ficar vermelho e, tive que tomar mais antibiótico que a médica do posto passou depois.</p>

**Fonte:** Elaborado pelo autor

### 6.3 RESULTADOS INTEGRADOS

Após as análises individuais das abordagens quantitativa e qualitativa, a proposta dos métodos mistos do tipo explanatório sequencial é combinar os dois bancos de dados por uma forma de integração chamada “conectando os resultados quantitativos à coleta de dados qualitativos”. Este é o ponto de integração em um design explanatório sequencial (CRESWELL; PLANO CLARK, 2018). Para organizar a análise, nesta pesquisa, optou-se em elaborar um quadro com resultados quantitativos que apresentaram maiores e menores scores conectando aos resultados qualitativos. No quadro 9, a seguir, consta a análise integrada em relação entre variáveis que receberam os menores escores e recortes de falas.

**Quadro 9.** Quadro de análise integrada: relação entre variáveis que receberam os menores escores e recortes de falas.

<b>Variável T-IAMC Com respostas não recomendadas</b>	<b>Resultados quantitativos</b>	<b>Resultados qualitativos</b>
Não conheciam o plano de parto  Questão aberta: Incentivar o plano de parto (02;0,85%)	265; 100%	E12: Eu não sabia que existia plano de parto, soube na entrevista que você fez comigo. Para ter o bebê eles que foram escolhendo o que era melhor, me colocaram para ter o bebê na sala de parto, naquela cama que eleva a cabeceira e, de plano de parto, nunca me orientaram, nem no posto de saúde. Outra coisa que ninguém me falou, nem no pré-natal e nem no hospital é que parto normal pode fazer anestesia, isso eu não sabia. Agora sei que se tivesse feito esse plano, também poderia ter maior informação, né? Aí eu saberia pedir, eu aconselho para as mulheres se informar dos seus direitos, porque as mulheres têm que falar o que quer e, recomendo o parto normal.
O bebê foi separado, em algum momento, da mãe.  Questão aberta: O bebê ficar junto com a mãe na recuperação anestésica (5;2,12%)	236; 100%	E14: Só me senti sozinha, quando levaram minha filha para dar vacinas, fazer exames, mas daí a pouco trazem de volta. E34: Lá eles levaram o meu filho para fazer o exame do coraçãozinho, para tomar vacina, preferia estar junto para acompanhar. E39: Também acho, que tem que ter cuidado para não examinar demais o bebê, como tem estudante, meu filho não pode ser objeto de estudo. Faziam exame do bebê, daí a pouco outro pegava para examinar, e eu não entendia o que estava acontecendo, isso deixa a gente preocupada.
Tiveram restrição da presença do acompanhante Questão aberta: Ser permitido acompanhante em todos os setores da internação (18;7,63%)  Melhorar a acomodação do acompanhante com banheiro específico (10;4,24%)	264; 99,6%	E39: Deveria ter o acompanhante em todos os locais, acompanhar na recuperação. Na recuperação, as enfermeiras ficam com várias mulheres, então seria bom o acompanhante ficar junto. E6: Acho que o acompanhante tinha que ficar também na sala de recuperação, a gente tá anestesiada, elas colocam o bebê para mamar e sai, eu fiquei com medo de derrubar, se meu marido estivesse lá, ele segurava, não precisava ficar chamando, mas parece que lá não tem cadeira.
Não tiveram doula, durante o trabalho de	108; 99,08%	E10: Eu não tive doula, mas pesquisei na internet, só não fui atrás porque

parto, parto e pós-parto Questão aberta: aberta: Ter profissional ao lado (enfermeira ou doula) (4; 1,69%)		não podia pagar e no hospital não tem, nem enfermeira obstetra. E33: Eu queria ter uma doula, mas o valor é alto pra mim. Eu eu cheguei a procurar na internet a média de valores, mas não é possível para mim.
Não tiveram anestesia/analgesia para aliviar a dor durante o trabalho de parto Questão aberta: aberta: Ter anestesiista disponível para analgesia (2;0,85%)	106; 97,25%	E23: Eu até pedi para fazerem anestesia em mim, mas falaram que era normal a dor e, que depois que o bebê nascesse, passava a dor. Eu fiquei com medo na hora da dor forte, eles vinham, fazia o toque e saia, eu cheguei até pedir para tomar anestesia, mas não fizeram, não sei porque. E40: Não fizeram anestesia em mim, eu pedi, chegou uma hora que não aguentava a dor, mas não tinha anestesiista disponível, ele estava no centro cirúrgico.
Pediram para a mulher fazer força para baixo sem que tivesse vontade quando o bebê estava para nascer Questão aberta: Não pedir para fazer força antes da mulher ter vontade (6; 2,54%) Não mudar a mulher de sala hora que o bebê vai nascer (6;2,54%)	95; 94,06%	E1: Me incentivaram para eu fazer força para a bebê nascer, eles me ajudavam falando, mas hora que dá aquela vontade, o bebê nasce. E32: Foi ruim para mim porque forçaram muito, eles mandavam eu fazer muita força, eu tava com 9 cm de dilatação, não aguentava mais fazer tanta força. Eu dizia que não conseguia e eles falavam para eu fazer força. Mas fiquei com uma lembrança ruim, foi muito forçado.
A mulher não pode escolher a posição para o parto.	91; 90,1%	E29: Na hora eu falava, não vou conseguir. Aí eles apoiaram minha barriga para baixo, para o bebê nascer e, eu fiz bastante força. E30: Eles empurrava a minha barriga para ver se nascia, fez o corte embaixo também, mas mesmo assim não nascia. Eles me falaram que o ombro da bebê enroscou na virilha e não passava. Agora estou me recuperando, mas ainda estou dolorida para andar, depois de 15 dias eu ainda não conseguia andar, de tanto que me machucaram por baixo.
A mulher teve trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal	222; 84,41% Associação Estima-se que,	Contextualizam as variáveis qualitativas: cesárea agendada, ir direto para cesárea e tipo de parto predominante foi a cesárea.

	em média, quem não tem o trabalho de parto induzido, tenha 68% menos chance de ter trauma perineal e ou incisão cirúrgica abdominal, quando comparado a quem tem o parto induzido.	
<p>Não tiveram privacidade durante a internação</p> <p>Resposta aberta: Melhorar a privacidade (Limitar o número de profissionais e/ou estudante na sala de parto; menor número de mulheres por quarto) (48;20,34%)</p>	198; 83,9%	<p>E14: O ruim dessa experiência, só foi quando eles chegam em vários para examinar, fiquei com vergonha quando 3 médicos foram me examinar. Então, falta um pouco de privacidade, a gente fica envergonhada, às vezes.</p> <p>E23: Na hora de nascer chegou um bando de médicos, muita gente na sala, nem sei quantos tinha, acho que uns 20, é muita gente olhando, a gente fica com vergonha sim. Não pensa muito na hora porque é muita dor, mas não gosto desta lembrança, das pessoas me olhando.</p> <p>E32: A gente fica andando num corredor do hospital, aquele corredor que passa médico, acompanhante de outros setores, visitantes, a gente fica exposta, sem direitos, exposta, com dor, com aquela camisola. Tem muita gente lá, no parto, muita gente me olhando.</p> <p>E12: O que achei negativo desta vez foi que tinha muita gente no quarto, eram 4 pacientes, com seus acompanhantes e bebês, bem apertado, e a gente fica exposta, sem privacidade. Me senti constrangida, envergonhada por conta dos acompanhantes, os outros maridos no quarto, a gente sangra, tem que dar mama toda hora, coloca o peito para fora, tem homens que também ficam constrangidos, deveria ter menos mulheres por quarto ou uma</p>

		<p>separação.</p> <p>E21: Ficar junto com outras mulheres, a gente fica com vergonha, tem mais acompanhante e muita gente no mesmo quarto. No quarto tinha bastante mulher, mas é normal, sempre tem bastante gente, no SUS é assim mesmo. No SUS, se não fosse ficar junto com outras mulheres no quarto seria melhor que o particular.</p>
<p>As escolhas não foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade</p> <p>Questão aberta:</p> <p>Ter direito à escolha (escolher o médico; indução; anestesia, posição, não ser obrigada a amamentar): (15; 6,36%)</p> <p>Não ser rotina passar sonda para cesárea (9; 3,81%)</p>	<p>185; 78,39%</p> <p>Associações:</p> <p>Estima-se, em média, que mulheres que realizaram cesárea, parto induzido ou a mulher não saber se foi induzido ou foram direto para cesárea, tenha 83% maior chance terem suas escolhas levadas a sério pelos profissionais da maternidade) quando comparado as mulheres que entraram em</p>	<p>E19: Então eu acho que em alguns momentos minhas escolhas foram levadas a sério, só que queria ter parto normal, o resto e como aconteceu nada eu escolhi.</p> <p>E29: Temos que aceitar como as coisas funcionam porque é tudo já uma rotina. Por exemplo, o acompanhante não entra para consulta junto com a gente, eles que falam que jeito será o parto, se vai ser normal ou cesárea, a gente não tem liberdade para conversar, parece que se a gente fala, não gostam, não temos assim, muito direitos. Chegamos sem saber com quem vamos consultar e o que vai acontecer</p> <p>E31: Acho que a mulher no SUS fica em uma situação difícil, já é assim que funciona as coisas. A gente chega e já tem uma rotina de atendimento por residentes, estudantes, e eles são atenciosos si, mas a mulher não tem escolha, confiando ou não tem que passar por aquela rotina.</p> <p>E37: Eu só pude escolher a cesárea, mas o resto não. Por exemplo, passar sonda é rotina, fazer toque é rotina, então tem coisa que tem escolha outras não.</p>

	trabalho de parto espontaneamente.	
<p>Passou por alguma situação desrespeitosa</p> <p>Questão aberta: Tratar a mulher com gentileza (dar atenção para queixas da mulher; todos tratarem a gente bem; ser gentil com a mulher ao ensinar amamentar) (8;3,38%)</p>	<p>164; 69,49%</p> <p>Associação:</p> <p>1. Mulheres que tem cesárea, tem 81% maior chance de não serem desrespeitadas comparadas as que tiveram parto normal.</p> <p>2. Estima-se que, em média, quem entrou em trabalho de parto espontaneamente e tenha 45% menos chance de não passar por situações desrespeitosas comparado a quem tinha a cesárea agendada ou foi direto para a cesárea.</p>	<p>E36: Me senti pressionada a amamentar, até entendo que é função delas orientar, mas é difícil, eu fiquei angustiada, eu desisti do peito porque eu fiquei muito mal, chorei o dia inteiro por não conseguir. Aí, decidi dar a fórmula, eu não vou ser menos mãe por isso, me senti desrespeitada. Foi uma experiência ruim, não conseguir amamentar, dela não ter pego o peito e, de não ter insistido mais. Foi ruim e a pressão para amamentação, não forçar tanto, cada um sabe o que suporta, se eu digo que não é porque não dava para amamenta. Essa pressão, faz a gente se sentir culpada, acho que tem que incentivar e orientar, mas comigo, foi terrível.</p> <p>E27: Eu recusei a ocitocina porque queria um parto natural, aí o médico falou assim: “Então fica aí sofrendo, tem gente que é burra mesmo” e meu marido falou, se vocês não têm respeito deixa ela sozinha.</p> <p>E30: Eles não respeitaram minha opinião, eu falava que não ia nascer, eu sentia que tinha coisa errada. Eu acho que foi uma violência obstétrica.</p> <p>E26: O que achei ruim o parto, não é o bebê nascer de parto normal e sim a forma como é acompanhado o trabalho de parto, por exemplo, o toque, vem um fazer e, outros para treinar ou aprender, eles veem em 2 ou 3 e todos fazem. Minha mãe até falou que não queria que fizessem tanto e, falaram que quando interna, já assina um papel que autoriza eles fazerem, eu nem assinei nada, porque entrei de cadeira de rodas, eles mentem.</p> <p>E43: Eu fui desrespeitada porque eles não sabia o que estavam fazendo. O médico chefe não estava, o cordão rompeu e ficou lá dentro, tiveram que me levar para curetagem para retirar a placenta, aí chegou o médico chefe, gritando, muito bravo, dizendo, porque demoraram tanto, brigava com eles e eu gritava de dor. O chefe colocou luva e falava para eles se queria que eu morresse e pediu para me levar para curetagem. Ele colocou a mão dentro do útero, foi horrível. O pior, é que o chefe teve que colocar a mão dentro de mim, porque os estudantes deixaram o cordão lá dentro, então rompeu e a</p>

		<p>placenta, ficou lá, e depois de tudo isso passei pela curetagem. Foi um trauma meu parto, tudo por erro, porque eu não tenho problema algum, estou indo em um psicólogo agora porque estou com depressão, foi muito ruim.</p> <p>E27: Eu cheguei no hospital não deram muita importância pra dor. Chamou a responsável, ela foi fazer um toque de novo em mim, mas muito grossa. Eu pensava eu ter em casa porque eu não tinha sido bem atendida na última consulta, muito toque, ninguém sabia me explicar nada, só tinha residente 1, sem chefe, mas fui para hospital a hora que achei necessário</p> <p>E30: Eu cheguei em trabalho de parto, eles me garantiram que ia ser um parto tranquilo, eu acreditei, achei que ia nascer rápido e concordei em tentar o normal. A cena que eu lembro do parto é horrível, e minha bebê com sequela, agora estou correndo com ela para hospital, ficou com sequela no braço, lesão no braço, eu pedi um laudo. O mais importante é eles respeitarem a opinião das mulheres, precisamos ser ouvidas</p> <p>E40: Também me disseram que se eu não aguentasse a indução fariam a cesárea, me senti enganada, desrespeitada, porque a hora que não aguentava mais, pedi a cesárea, e não fizeram.</p> <p>E36: O bebê nasceu com um pouquinho dificuldade, e eles não dava informação, e o meu bebê não veio para o quarto e ninguém vinha me falar nada, o que estava acontecendo, acho que demorou muito para dar informação.</p>
<p>O profissional que atendeu ao parto/cesárea não se apresentou a mulher</p> <p>Questão aberta: Os profissionais se apresentarem com seus nomes e funções (11; 4,66%)</p>	183; 69,06%	<p>E41: Lá, a gente chega e nem sabe quem atende a gente, sei que tem estudante.</p> <p>E27:Eu não sei quem fez meu parto, o médico chefe, não apareceu a madrugada inteira, só chegou para trocar o plantão dele, ficou a residente comigo, o chefe mesmo não aparece.</p> <p>E42: A gente, no SUS, não sabe direito que vai nos atender, e também elas não falam quem são, nem se são médicos ou estudantes, a gente ouve as conversas deles e fica sabendo os nomes.</p>
<p>O profissional que atendeu o trabalho de parto não se apresentou</p>	75; 71,43%	<p>E37: As mulheres no SUS tem menos direito que as mulheres no particular, por exemplo, o médico que está nos meus papéis não é o mesmo que fez minha cesárea, o que fez minha cesárea era um novinho, o chefe mesmo não</p>

		estava na sala de cirurgia, e eu não sei quem é.
<p>Cesárea agendada, ir direto para a cesárea ou tiveram indução.</p> <p>Questão aberta: Não forçar o parto, ele tem que ser natural (mulher que passou por indução) (1; 0,42%)</p>	172; 64,91%	<p>E5: Foi tudo bem, o médico do pré-natal já tinha me falado que com 2 cesáreas iram fazer cesárea, mas eu não sabia que eu ia fazer naquele dia, eu senti dor e fui para o hospital, aí me falaram que tinha que fazer.E14: Eu fui para o hospital porque comecei sentir dor de parto, e cheguei já fizeram a cesárea porque já tenho 2 cesáreas anteriores.E40: Este parto foi muito demorado, o outro meu, cheguei no hospital e foi muito rápido para nascer, foram 5 horas de trabalho de parto, deste foi induzido com misoprostol porque minha bolsa rompeu, estava de 40 semanas, mas não estava com dilatação e vão colocando comprimido, usaram 3 comprimidos em mim até começar, vão fazendo toques, colocaram soro depois de um tempo, então é tudo muito forçado, doloroso. Se fosse para eu ter parto induzido novamente, não quero. O parto normal espontâneo é diferente. Essas horas de indução deixa a gente ansiosa, com medo que não vai dar certo. Foi negativo a indução, muitas horas de trabalho de parto, muita dor.E19: Mas não gostei da indução, mesmo já tendo 4 normais demora muito a indução e tive a impressão que dói mais, dói bem mais do que se fosse espontâneo igual os outros. Usaram o comprimido, só comprimido, sem soro, sem nada.</p>
<p>O profissional não pediu permissão para romper/estourar bolsa</p>	<p>27; 64,29%</p> <p>Associações: Quando a bolsa foi rota por algum profissional, não foi permitido permissão à mulher em</p>	<p>E12: A minha bolsa foi a doutora que rompeu, ela me falou vou romper ela tá, já tava no finalzinho, ela me avisou, eu acho que é para ser mais rápido.</p>

	cerca de 64% dos casos, bem como na mesma proporção a mulher não entendeu o motivo pelo qual a bolsa foi rompida	
A mulher não entendeu por que a bolsa precisou ser rompida/estourada	27; 64,29%	E13: A minha bolsa sempre precisa romper, ela não estoura sozinha, ninguém explicou, mas eu sei que é assim porque dos outros também foi. E23: Eles que romperam minha bolsa, já tava com 9 de dilatação, acho, foi por isso.
O tipo de parto predominante foi a cesárea	164; 61,89% Associações: 1. Estima-se em média, que quem realiza cesárea, tem 88% menor chance de internar com uma dilatação de 4 com ou mais comparado as pacientes com parto normal, bem como internam com	E4: Eu fui para o hospital porque senti que estava em trabalho de parto, cheguei lá, estava com 3 de dilatação e sem contração, mas eu sentia dor, acabei fazendo cesárea. E8: Deste eu estava com quase 40 semanas, eu só comecei com dor, mas não estava em trabalho de parto, fiz cesárea. E44: Eu queria cesárea, porque do outro foi parto normal. Foram muitas horas de dor da outra vez, fiquei traumatizada do jeito que me trataram, eram grossos. Quando fiquei grávida, fiquei com muito medo. E7: Eu até queria ter parto normal, mas depois que vi umas mulheres chorando e gritando lá no hospital eu falei isso não é pra mim não, fiquei assustada eu desisti, e queria cesárea mesmo. Se bem, que fiz cesárea porque eu tive pré-eclâmpsia. E8: Eu tive cesárea deste e era o que eu queria mesmo, porque do outro sofri demais no trabalho de parto e depois fiz cesárea, eu não tenho normal foi uma experiência muito ruim, então não queria parto, tinha medo do que poderia passar em um trabalho de parto, tinha medo de passar tudo que passei no outro trabalho de parto, eu tive medo. O medo de como será

	<p>74% menor chance de ter o colo trabalhado na admissão.</p> <p>2. Quem tem parto cesáreo apresenta 90% menor chance de entrar em trabalho de parto espontaneamente e quando comparado as mulheres que tiveram parto normal.</p>	<p>tratada, de como vai acontecer, os toques, tudo.</p> <p>E9: Eu vi o parto da minha irmã, sentia muita dor, eu fiquei com medo da dor do parto do bebê passar em baixo, vai que ele não saia, ai eu fiquei com medo.</p> <p>E15: Os médicos me ofereceram se eu queria induzir para parto normal, mas eu fiquei com medo de passar da hora, como o médico do particular tinha me falado para fazer cesárea, eu pedi. Nem precisava me explicar ou pedir para mim, foi eu que pedi para fazer cesárea em mim, porque o meu médico me orientou fazer isso. Aí fui direto para cesárea, assinei um termo que me deram, eu fui para cesárea, o médico do pré-natal tinha me falado que era mais rápido e prático para todos.</p> <p>E22: Estava com pouquinho de dilatação e eu pedi para fazer cesárea em mim. Eu pedi porque estava com pouco de dor e tinha medo da dor mais forte, acho que não aguentaria, tinha medo de aumentar a dor, aí fizeram minha cesárea, a minha primeira foi cesárea e tinha dado certo, então tinha mais medo do parto do que de cesárea. Então eu que escolhi, ninguém precisou me explicar nada, nem pedir minha autorização. Ao contrário, eu que assinei um termo que estava pedindo a cesárea, não tenho muita informação sobre parto, eu acho que a cesárea resolve mais rápido, né? Não dá tanto medo. Tinha medo também de umas coisas ruins que ouvi falar do parto normal, do bebê ficar parado ou dele engolir água do parto, essas coisas, das complicações, então, escolhi cesárea.</p> <p>E31: Tinha 3 cesáreas anteriores, essa é a quarta e por causa da placenta prévia, eu já sabia que faria cesárea. Eu não sabia que várias cesáreas a mulher tinha esse risco, então desde a primeira cesárea eu nem tentei parto normal como eu tinha plano de saúde, eu já fiz cesárea, foi há 15 anos, a segunda foi três anos de diferença, também por plano de saúde. Já a 3º cesárea fiz pelo SUS, como já tinha 2 cesáreas, aí fizeram cesárea também.</p>
<p>Permaneceram com acesso venoso no seu braço no trabalho de parto</p>	<p>67; 58,26%</p>	<p>E 26: Outra coisa, colocaram um soro para dar dor em mim, sem precisar, porque já estava indo tudo muito rápido, estava dilatando muito rápido e</p>

		<p>tinha contração.</p> <p>E18: Foi tudo espontâneo, sem induzir, só fiquei com a veia pega pra se precisasse por soro.</p> <p>E13: Como cheguei quase nascendo, só deu tempo de puncionar a minha veia, não fiquei com o soro, só com a agulha, se precisasse.</p>
<p>Consideraram que fizeram muitos exames de toque vaginal durante a internação</p> <p>Questão aberta: Limitar o número de toques/ apenas um profissional (18;7,63%)</p>	62; 56,88%	<p>E26: O que não trouxe uma boa experiência, foi como aconteceu, os toques muitos toques por pessoas diferentes, acho que tem que ser só uma pessoa acompanhar.</p> <p>E32: Foi feito muito toque, os toques eram feitos sempre por mais de uma pessoa, uma fazia e em seguida outra tinha que conferir, incomodava bastante, a gente não quer que faz, mas eles já estão com a luva, prontos e, muito complicado ali eu brigar e falar não, não faz, já estão de luva.</p> <p>E33: Ter menos estudantes, elas ajudam, mais as vezes é um momento que estamos aflitas, com dor e eles vem fazer um procedimento só para aprender, o toque de uma estudante doía bastante. Acho que a hora que estamos naquela fase ativa, aquela fase que tem mais dor, e a fase pior deve limitar um pouco os procedimentos dos estudantes, acaba ficando muito sofrido para mulher. Eu estava com 9 cm de dilatação e o médico já tinha feito o toque, a estudante foi fazer de novo, para treinar. É muito sofrido para a mulher, eu até entendo que eles precisam aprender, mas tem que ter limite.</p>
<p>Não foi permitido que o bebê fosse direto para o colo da mãe.</p> <p>Questão aberta: Fazer contato pele a pele mesmo na cesárea (14; 5,93%)</p>	<p>146; 55,09%</p> <p>Associação: Mulheres que realizaram cesárea tem 84% menor chance de ter o bebê em seu colo após o nascimento.</p>	<p>E2: É muito emocionante hora que nasce, ver o rostinho. Como foi cesárea, não peguei na hora, só depois que levaram para pesar e fazer as coisas, depois que fui para a salinha, aí ela foi comigo, mamou super fácil.</p> <p>E4: O bebê, depois da cesárea, foi levado para medir e pesar, e fazer o que tem que ser feito. A gente fica meio angustiada até saber como está, depois veio comigo, naquela salinha.</p> <p>E34: Quando eu tive o bebê não ficou na recuperação. Ele nasceu, limpavam ele e depois ele ficou na incubadora, Eu tive o bebê era umas 4 horas e me levaram umas 6 horas, mas me explicaram que estava tudo bem com ele, preferia que ele estivesse comigo.</p>

		<p>E44: Só acho que o bebê poderia ficar com a mãe na sala de recuperação anestésica, assim não ficaria preocupada com o bebê.</p> <p>E17: Agora com a COVID estão deixando o bebê no berçário até que a mãe está na recuperação, disseram que era mais seguro. Aí fui dar mamar só lá no quarto, depois de umas 3 horas mais ou menos, ela estava dormindo e depois que pegou. Achei que demorou para mamar fiquei preocupada. As mulheres que estavam comigo no quarto que tiveram parto normal, já ficaram com o bebê direto, porque tem o bebê em outro lugar, acho melhor ficar com o bebê direto, quem fez cesárea só da mama depois de 2, 3 horas e a gente fica longe do bebê, fica preocupada se tá acontecendo alguma coisa também.</p>
Não foram estimuladas a se movimentar, mudar de posição e/ou andar durante o trabalho de parto	60; 55,05%	<p>E28: O que não achei bom foi ficar fazendo Cardiotoco, a gente tá com dor e fica amarrada, é horrível, porque quando vem a contração forte a gente quer se movimentar e não dá, aí me dava câibra também.</p>

**Fonte:** Elaborado pelo autor

Em seguida, no quadro 10, segue os resultados quantitativos conectado aos resultados qualitativos que receberam maiores escores.

**Quadro 10.** Quadro de análise integrada: relação entre variáveis que receberam os maiores escores e recortes de falas.

<b>Variável T-IAMC Com respostas recomendadas</b>	<b>Resultados quantitativos</b>	<b>Resultados qualitativos</b>
Sabiam como ficou a vagina depois do parto	99; 98,02%	E36: Embaixo rompeu um pouquinho e deu pontos, mas isso não me incomodou, só fica dolorido por muitos toques.
A grande maioria dos recém-nascidos apresentou Apgar maior ou igual 7 no 5º minuto após o nascimento	252; 96,92%	Não emergiu fala das mulheres quanto a esta variável na etapa qualitativa.
Os motivos da indução do trabalho de parto foram: gestação prolongada, ruptura prematura das membranas, intercorrência materna ou fetal	27; 96,43%	Não emergiu fala das mulheres quanto a esta variável na etapa qualitativa.
O acompanhante foi de escolha	253; 95,47%	E11: Mas naquele momento eu não estava em mim, fiquei um pouco fora de contexto, eu só queria que nascesse, eu não estava nem aí, tem algumas coisinhas que foge do meu subconsciente, isso, na partolândia. Eu consigo lembrar algumas coisas que aconteceram e outras não, por isso, é importante o acompanhante, meu marido me fala algumas coisas, depois que ele desceu (bebê), mas meu marido também estava informado, sabia do meu desejo. E27: E meu marido ficou comigo, ele foi minha doula, foi tudo, ele que me levava para o chuveiro, fazia massagem, por exemplo, eu gosto da posição de ficar agachada, e abraçar a bola, meu marido que colocava lençol para proteger meu joelho, ele pedia e elas falavam que podia pegar no armário. E3: Acompanhante é importante, meu marido ficou comigo, me senti mais segura e como se estivesse protegida por ele estar lá, e também porque ter alguém que nos apoia neste momento, de saber que ele está participando do nascimento e compartilhando a responsabilidade de ter um filho.

Não tiveram hemorragia pós-parto ou pós-cesárea	252; 95,09%	E12: Também não tive hemorragia, foi tudo bem, eu voltei para minha consulta no postinho, eu já estou fazendo acompanhamento por causa da pressão que ainda não baixou, então estou indo para controle.
O trabalho de parto não foi induzido	232; 87,88%	Não emergiu fala das mulheres quanto a esta variável na etapa qualitativa.
Utilizaram misoprostol para induzir o trabalho de parto,	29; 87,88%	Não emergiu fala das mulheres quanto a esta variável na etapa qualitativa.
Não apertou, empurrou ou subiu da barriga para o/a bebê nascer	87; 86,14%	Não emergiu fala das mulheres quanto a esta variável na etapa qualitativa.
Para a indução foi utilizado misoprostol (dado de prontuário)	27; 84,38%	Não emergiu fala das mulheres quanto a esta variável na etapa qualitativa.
A mulher entendeu por que foi feito um fórceps, um vácuo extrator ou uma cesárea  Questão aberta: explicar/ Informar à mulher (evolução do trabalho de parto, procedimentos durante o trabalho de parto, indicação de indução, indicação de cesárea) (11; 4,66%)	138; 84,15%	Diverge na etapa qualitativa: Impactos na experiência do trabalho de parto.
Não tiveram infecções entre o momento da alta até a data da entrevista pós-parto	198; 83,9% Associação: mulheres que realizaram cesárea, tem (14%) menos chance de não ter infecções	E14: Antes de dar alta, recebi algumas orientações das enfermeiras e dos médicos, eles me orientaram a ir consultar no postinho, para tirar os pontos. Até agora não tive problema nenhum, não infeccionou os pontos, tudo bem. E21: E para piorar os pontos da minha cesárea infeccionou aí fui no postinho e o médico daqui passou medicação. E 24: Meus pontos começaram ficar vermelho e, tive que tomar mais antibiótico que a médica do posto passou depois.

Após o exame de toque vaginal, todos os profissionais que examinaram contaram como estava a evolução do trabalho de parto	89; 82,41%	Diverge na etapa qualitativa.
Referiu não ter sido deixada sozinha pelos profissionais quando se sentiu preocupada, angustiada ou com medo	194; 82,2%	<p>E5: O atendimento que eu tive foi muito bom desta vez, foi até melhor do que das outras vezes que foi particular, as enfermeiras também foram muito boazinha, me tratavam muito bem, achei que tudo foi muito bom porque me tratavam bem.</p> <p>E11: A minha experiência foi maravilhosa de parto, o parto normal é maravilhoso, ele é lindo!!! mas algumas pessoas fizeram lá (maternidade) fizeram ele ser mais bonito ainda. Por exemplo, tinha uma médica, deveria ser estudante, uma loirinha, magrinha, ela ficou comigo do início do plantão até o final do meu trabalho de parto, ela foi maravilhosa, foi excelente!!!</p> <p>E21: É melhor que particular (com exceção do quarto ser compartilhado), as enfermeiras explicam as coisas, vem orientar sobre amamentação, sobre como cuidar do bebê, é bom sim! Me trataram igual no particular, às vezes paga um plano à toa.</p> <p>E33: A experiência boa foi que a enfermeira até colocou música na hora de nascer, foi humanizado.</p> <p>E40: Eu tive uma enfermeira que me ajudou no hospital, ela que me ajudou me levou para o banheiro para eu ficar no chuveiro, fiquei na bola, estava comigo então me ajudou muito, fez massagem em mim. Acho que a melhor experiência, foi ter a enfermeira do meu lado, era uma enfermeira do hospital, ela só fica do lado das mulheres que estão em trabalho de parto.</p>
Utilizaram métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto	86; 78,9%	<p>E12: Elas me ajudaram muito, me levaram para o banheiro, fiquei de baixo do chuveiro que parece que lá dói menos, falaram para eu movimentar o quadril, dançar, mexer o quadril, ficaram o tempo todo conversando comigo, fizeram massagem nas minhas costas.</p> <p>E29: O meu parto não foi induzido, foi espontâneo, eu andei bastante, eles estimulam comer, pode beber água, suco, o que quisesse, andar ajudou de 4 já fui</p>

		<p>para 7 cm de dilatação, e depois no chuveiro foi mais rápido ainda, isso ajuda bastante.</p> <p>E35: O que achei bom, é que falaram para mim que eu podia fazer o que eu quisesse, se queria andar, ir ao banheiro, comer, beber, ir na bola.</p>
Após o parto ou a cesárea, de tempos em tempos, algum profissional mediu o sangramento, apertou a barriga para sentir se o útero estava contraído e monitorou a pressão	207; 78,11%	<p>E13: Depois do parto elas ficam vigiando a gente, vendo pressão, examinando a barriga e vendo se está sangrando, só senti um pouco de tontura depois no quarto. Mas só para levantar a primeira vez.</p> <p>E14: Lá na sala de recuperação lembro que alguém ficava medindo minha pressão, vendo se eu estava sangrando, tudo certinho. Eu só senti tontura quando fui levantar pela primeira vez, é bem ruim.</p>
Os profissionais pediram permissão/autorização para fazer os exames de toque vaginal	85; 77,98%	<p>E29: Fizeram muito toque em mim, eles chegavam e falava que tinha que fazer: “Olha a gente vai fazer um toque em você tá, para ver se está dilatando”, então só falava, mas não pedia, se eu concordava ou deixava, e depois, alguns até falava quanto tava a dilatação, outros não.</p> <p>E32: Por exemplo, o toque, não era bem um pedido, e sim falava precisa fazer, ou, vou fazer o toque.</p> <p>E36: Eles pedem para fazer o toque, mas, na verdade, deixei porque eu estava ali, ela já estava com a luva na mão, que jeito eu falaria não, acho que é imposto, me senti sem saída.</p> <p>E42: Os toques não são consentidos e sim avisados, eles chegam e falam que precisa tocar, não pedem não, e a gente acaba não falando nada, como vou falar não, não quero!?</p>
As mulheres que passaram pelo trabalho de parto puderam beber e comer durante todo o processo	84; 76,36%	<p>E18: Podia comer, beber, andar, também fazia massagem, mandavam eu ir para o chuveiro, que ajuda também.</p> <p>E38: O que foi bom é que pude comer e beber, andar e me movimentar. Então acho que tem que valorizar estas coisas.</p> <p>E40: Eu podia comer e beber, é bom para mim e o bebê, não passa fome</p>
Indicaria/recomendaria esta maternidade para outra mulher	178; 75,42% Associação: Estima-se que	Não emergiu fala das mulheres quanto a esta variável na etapa qualitativa.

	<p>mulheres desrespeitas, tenha 24% menor chance de indicar a maternidade. Quando não tiveram privacidade, apresentou 22 menos chance de indicar a maternidade a outra mulher, mulheres que não tem escolhas apresentam 23% menor chance de ter a questão indicar a maternidade, percepções de um atendimento não seguro para a mulher e criança, a mulher apresenta 24% menor chance de indicar a maternidade</p>	
<p>Não apresentaram tontura ou desmaios, não foi coletado exame</p>	<p>186; 70,19%</p>	<p>Não emergiu fala das mulheres quanto a esta variável na etapa qualitativa.</p>

de sangue que mostrou se a mulher estava com anemia, recebeu transfusão de sangue ou ferro intravenoso ou teve que voltar para cirurgia.		
Procura do hospital por sentir que estava em trabalho de parto	164; 61,89%	<p>E28: Eu fui para o hospital porque estava em trabalho de parto, tinha contração, como já tenho 2 parto anterior já sabia que estava na hora de nascer, esse foi mais rápido que os outros, também cheguei lá já estava com 7 de dilatação e nasceu rápido.</p> <p>E10: Com 2 centímetros me perguntaram se eu queria ir para casa ou ficar lá, aí eu pensei, eu tenho a bola em casa, fico no meu chuveiro, eu quis vir para casa. Voltei a noite para hospital com 6 cm de dilatação, eu estava muito segura e fiquei em casa com meu marido, foi muito bom pra nós, bem legal. Eu já sabia o jeito de fazer força, foi bem legal, eu passaria tudo de novo, pelo meu psicológico. Não fizeram muito toque, só uns 3, porque não deu muito tempo, foi rápido já estava bem adiantada hora que cheguei.</p> <p>E19: Eu procurei o hospital porque estava com dor, meu partos foram todos normais, já tenho 4, esse foi o 5º bebê.</p> <p>E36: Quando eu comecei com contração de 3 em 3 minutos, meu marido chamou o SAMU, minha bolsa rompeu, hora que o SAMU chegou já fomos para o hospital, nasceu depois de 30 minutos, não deu tempo nem de me levarem para a sala de parto, nasceu no pré-parto mesmo.</p>
<p>Sentiram segurança com o atendimento que receberam na maternidade</p> <p>Questão aberta:</p> <p>1. Docentes estar junto com os residentes/estudantes de medicina (8; 3,40%)</p> <p>2. Oferecer distanciamento</p>	<p>146; 61,86%</p> <p>Associação:</p> <p>1. Mulheres que realizam cesárea tem 25% maior percepção de segurança comparada as mulheres que realizam parto</p>	<p>Diverge na qualitativa</p> <p>Contexto das associações:</p> <p>E12: Os médicos às vezes não ficavam com a gente, lá no pré parto, eles ficavam conversando entre eles, a gente ouve todas as conversas dos médicos, eles ficam conversando sobre amigos, faculdade, família, estudos, viagens, entre eles lá, a gente fica ouvindo tudo, eu não ligo não, mas a gente ouve, aí a gente pensa: “Será que estão prestando atenção em mim?”</p> <p>E19: Acho que foi mais ou menos seguro, meu filho saiu com a clavícula quebrada.</p> <p>E26: Não me senti segura, não tem segurança, só deu tudo certo porque Deus ajudou, o bebê nascer sozinho não é seguro. Na hora que nasceu, nem pinça tinha</p>

<p>adequado para prevenção do Coronavírus (5; 2,11%)</p> <p>3. Testar as pacientes para COVID-19 antes de internar no mesmo quarto (8;3,40%)</p>	<p>normal.</p> <p>2. Estima-se que, em média, quem entrou em trabalho de parto espontaneamente tenha 25% menos chance de se sentir segura quando comparado a quem tinha a cesárea agendada ou foi direto para a cesárea.</p>	<p>ali, tiveram que ficar pedindo as coisas, meu filho nasceu sem pediatra perto, isso não é seguro não, ainda bem que Deus ajudou em tudo, porque se dependesse deles.</p> <p>E27: Eu fiquei preocupada, insegura, porque demoraram para entrar com antibiótico, minha bolsa já tinha rompido no dia anterior, eles não acreditaram, só acreditaram depois que viram que tinha pouco líquido. Só tinha uns estudantes porque os demais estavam fazendo cesárea, eles não sabiam examinar direito, eu já tive parteira e sei quando fazem um toque correto, eles me machucavam para fazer toque, não sabiam se a bolsa estava rota. Quando eu estava no chuveiro eu percebi que a cabeça estava em baixo, e eu falei, mas eles viviam a vida deles, eles estavam preocupados com os estágios deles, estavam brigando, estavam trocando o plantão, xingando muito. O Chefe estava brigando com os residentes.</p> <p>E38: Meu parto foi uma confusão (...) rrsr, me examinaram e falaram que a bebê tinha feito cocô e o coraçãozinho estava desacelerando e tinha que fazer cesárea, aí passaram sonda em mim, eu fiquei assustado porque tenho já 3 (partos) normais. Aí cheguei no Centro cirúrgico, ela nasceu de parto normal, não deu tempo deles fazer cesárea, o bebê nasceu gritando, tudo bem. Então não sei se sabiam o que estavam fazendo. Meu parto não foi seguro.</p> <p>E41: Não foi seguro, a estudante que estava comigo não sabia o que fazer, aí eu peguei meu filho, senão ele caía no chão. Eu fiquei com muito medo porque nasceu no banheiro, e a mocinha que estava comigo não sabia, era estudante para ser médica, estava com mais medo que eu. Então minha experiência não foi boa, fiquei com medo, ainda bem que fui rápida, então, não foi seguro se minha bebê tivesse nascido mal não teria ninguém para socorrer. Eu não me importo de ter estudante, eles tem que aprender, mas acho que tem que ter o chefe junto.</p> <p>E17: Agora com a COVID estão deixando o bebê no berçário até que a mãe está na recuperação, disseram que era mais seguro. Aí fui dar mamar só lá no quarto, depois de umas 3 horas mais ou menos, ela estava dormindo e depois que pegou. Achei que demorou para mamar fiquei preocupada. As mulheres que estavam comigo no quarto que tiveram parto normal, já ficaram com o bebê direto, porque tem o bebê em outro lugar, acho melhor ficar com o bebê direto, quem fez cesárea só da mama depois de 2, 3 horas e a gente fica longe do bebê, fica preocupada se tá acontecendo alguma coisa também.</p>
--	--	---

Na maior parte das mulheres o profissional não rompeu/estourou a sua bolsa	65; 60,75%	Não emergiu fala das mulheres quanto a esta variável na etapa qualitativa.
A mulher entendeu o motivo da indução Questão aberta: explicar/ Informar à mulher (evolução do trabalho de parto, procedimentos durante o trabalho de parto, indicação de indução, indicação de cesárea) (11:4,66%)	19; 57,58%	Diverge na etapa qualitativa.
O profissional pediu para realizar fórceps, vácuo extrator ou cesárea. Questão aberta: explicar/ Informar à mulher (evolução do trabalho de parto, procedimentos durante o trabalho de parto, indicação de indução, indicação de cesárea) (11:4,66%)	93; 56,71%	E5: Eles sempre falavam o que ia fazer, não pediam autorização para fazer cesárea, mas falavam. E21: Não pediram se podiam ou não, já tem que fazer né? Só avisaram: “Vamos fazer sua cesárea” e depois me prepararam para a cesárea, só não me explicaram porque passar a sonda, eu não sei.
Orientação de voltar ao hospital se apresentar algum sinal de perigo ou infecção puerperal	130; 55,08%	E14: Antes de dar alta, recebi algumas orientações das enfermeiras e dos médicos, eles me orientaram a ir consultar no postinho, para tirar os pontos. Até agora não tive problema nenhum, não infeccionou os pontos, tudo bem.
O profissional pediu permissão/autorização para induzir o trabalho de parto Questão aberta: explicar/ Informar à mulher (evolução do trabalho de parto, procedimentos durante o trabalho de parto, indicação de indução, indicação de cesárea)	18; 54,55%	E19: Também cheguei lá, não tinha dilatação e estava com pouco líquido e perguntaram se poderia induzir, eu deixei, mas não concordei muito não, mas induziu mesmo assim. Diverge na etapa qualitativa: Impactos na experiência do trabalho de parto

(11: 4,66%)		
-------------	--	--

Fonte: Elaborado pelo autor

## 7 DISCUSSÃO

A presente tese iniciará sua discussão com o perfil das mulheres da pesquisa. A caracterização sociodemográfica das parturientes do estudo demonstra que a maioria tinha companheiro (242; 91,32%) e ensino médio completo ou superior (140; 52,43%). Silva T. et al. (2020) relata que, embora estes dados possam colaborar para melhores condições de vida e para assistência a gestação e ao parto, a escolaridade tem sido associada a maiores taxas de cesariana. A maioria realizou pré-natal (261; 98,49%), com 6 ou mais consultas em (242; 91,31%), sendo grande parte das gestações de risco habitual (211; 79,63%). Dias et al. (2022) argumentam que realizar pré-natal e ser de risco habitual não tem melhorado o acesso às informações para o trabalho de parto e parto, divergindo das recomendações quanto ao pré-natal condizente ao preparo para o parto.

Associações da cor da pele com outras variáveis não apresentaram associação significativa no presente estudo, assim como outro em estudo nacional (AIRES et al., 2021). Contudo, muitas pesquisas trazem associação significativa no contexto de piores indicadores na assistência materno-infantil para mulheres negras e pardas (GOIABEIRA et al., 2022; PAES et al., 2021). Globalmente, a cor da pele perpetua e sustenta a opressão histórica daqueles que não têm acesso a opções de tratamento, sistemas de atenção e cuidados congruentes, gerando resultados perinatais ruins (JOLLES et al., 2022).

Diante de todas as recomendações intrapartais, com a proposta de fortalecer as práticas baseadas em evidência científica, os resultados do presente estudo mostram alguns fatores que influenciaram positivamente na experiência de parto e na compreensão das mulheres neste processo, mas também houve dificuldades para o alcance da experiência positiva em algumas variáveis. A seguir será apresentado as experiências de parto por meio dos fatores que influenciaram negativamente a experiência da mulher, ou seja, que apresentaram predomínio de respostas que não atenderam as recomendações intrapartais e que se distanciaram destas para uma experiência positiva.

O plano de parto não foi realizado pelas mulheres da região do presente estudo (265; 100%), e na questão aberta do termômetro foi sugerido o seu incentivo por apenas 2; 0,85% das mulheres. Também emergiu na etapa qualitativa que não era conhecido pelas mesmas. A cidade do estudo é localizada no interior paulista, com Índice de desenvolvimento Humano (IDH) de 0,785 segundo o IBGE 2010. Contudo, mesmo em uma região privilegiada é possível analisar a qualidade precária e a falta de integração entre os serviços de saúde (PAES; SOLER, 2019),

o que também ocorre em outras localidades, como demonstra estudos em outras regiões do país (TRIGUREIRO et al., 2021). Ademais, mesmo quando o plano de parto é realizado, o mesmo apresenta um baixo grau de cumprimento (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRÍGUEZ-BORREGO, 2017).

Sabe-se que o plano de parto é um documento escrito durante o período pré-natal, no qual a gestante, informada sobre a gravidez e parto, elabora preferências e toma decisões informadas acerca da prática de condutas obstétricas a serem adotadas ou não no momento do parto (SUÁREZ-CORTÉS et al., 2015), evitando procedimentos rotineiros de intervenção, como amniotomia precoce, episiotomia, entre outros (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRÍGUEZ-BORREGO, 2017).

O plano de parto é uma das recomendações da OMS para assistência ao parto normal desde 1996 (OMS, 1996), reforçado em 2018 nas recomendações intrapartais (OMS, 2018) e pode colaborar para o empoderamento e incentivo à autonomia das mulheres a fim de torná-las protagonistas do seu parto, exercendo o poder de decisão informada (SILVA et al., 2017).

Estudos demonstram que a realização do plano de parto corroborou condutas baseadas em evidências no processo de parturição, favorecendo melhores resultados maternos e neonatais, entre eles, o contato pele a pele, o clampeamento tardio do cordão e da taxa de partos vaginais (HIDALGO-LOPEZOSA, RODRÍGUEZ-BORREGO, MUÑOZ-VILLANUEVA, 2013). Portanto, são necessárias políticas para favorecer o uso de planos de parto e melhorar sua implementação e cumprimento (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRÍGUEZ-BORREGO, 2017).

Várias experiências negativas, relatadas na presente pesquisa, poderiam ter sido amenizadas pelo cumprimento do plano de parto, como um forte indicador negativo a separação da mulher e recém-nascido (236; 100%), que ocorreu rotineiramente para procedimentos que poderiam ser realizados em alojamento conjunto e foi sugerida na pergunta aberta do T-IHAMC, o bebê ficar junto com a mãe na recuperação anestésica (5; 2,12%). Ademais, sabe-se que a rotina hospitalar limita a prática da amamentação em alojamento conjunto e colabora para o desmame precoce (COCA et al., 2018). Na presente pesquisa, as mulheres e recém-nascidos foram privados do contato pele a pele (146; 55,09%), aumentando esta chance em mulheres que realizaram cesariana, já que as mesmas apresentaram 84% menor chance de ter o bebê em seu colo após o nascimento. Todo este contexto de separação do binômio, foi compreendido pelas mulheres, como desencadeadores de preocupações, angústias, incômodo, quando os recém-nascidos eram examinados várias vezes por estudantes, privação da amamentação na primeira

hora de vida, ou quando não recebiam notícias de seus bebês.

Corroborando a presente pesquisa, o estudo que analisou 534 nascimentos no Ceará identificou resultados neonatais associados às intervenções em recém-nascidos hígidos, que foram privados do contato pele a pele (COELHO, 2019). No Brasil ainda é mencionado como um desafio garantir melhores práticas para recém-nascidos e mulheres, especialmente em relação a partos cesáreos. Em um estudo o qual comparou as melhores práticas do cuidado ao recém-nascido saudável no momento do nascimento segundo o tipo de parto entre a pesquisa “Nascer no Brasil/2011” (NB) e “Avaliação da Rede Cegonha/2017” foi identificado o aumento do contato pele a pele com o RN, da amamentação na sala de parto e nas primeiras 24 h de vida, 140%, 82% e 6%, respectivamente. Porém, ainda persiste a necessidade de práticas baseadas em evidências (GOMES et al., 2021).

Comparando os resultados quantitativos do presente estudo com as recomendações da OMS para um Hospital Amigo da Criança (HAC), a prática da amamentação na primeira hora de vida está aquém do recomendado, pois deveria ser realizado, no mínimo, em 80% das mães de parto vaginal ou cesárea sem anestesia geral (OMS, 2008), além do que as boas práticas de cuidado com o RN também visam à redução do número de procedimentos dirigidos ao RN, com objetivo de proporcionar maior vinculação entre mãe e bebê, sobretudo na primeira hora de vida (MOREIRA et al., 2014). Desta forma, os cuidados priorizados na primeira hora de vida estão a presença do acompanhante, ambiência, sonoridade, luminosidade, temperatura do ambiente, clampeamento do cordão umbilical tardio, prevenção da perda do calor do RN (secado e aquecido no ventre materno), contato pele a pele precoce e amamentação durante a primeira hora de vida (BARROS; DIAS; GOMES, 2018).

Assim, Ayres et al. (2021) propõe o envolvimento dos profissionais de saúde na assistência obstétrica para a prática concreta do contato pele a pele, por meio da educação continuada para melhorar a qualidade da assistência e sugere a criação de protocolos sobre a realização do contato pele a pele imediato nos serviços com o objetivo de padronizar esse contato nas maternidades, pois ele é compreendido de diferentes formas pelos profissionais. Ademais, pressupõe-se a necessidade de informar as mulheres sobre essa prática, seus benefícios, incentivo ao cumprimento do direito do acompanhante, assim como estimular a participação ativa no processo de parturição, fortalecendo o empoderamento das mulheres como garantia de uma assistência qualificada e humanizada.

Assim como os dados demonstraram que foi desfavorável a amamentação na primeira hora de vida, a restrição do acompanhante em locais específicos, no presente estudo, refere-se

à sala de recuperação (264; 99,6%). Neste contexto, foi sugerido pelas mulheres na questão aberta do instrumento que a presença do acompanhante deveria ser permitida em todos os setores da internação (18;7,63%) e também melhorar a acomodação do acompanhante com banheiro específico (10;4,24%). Este fato demonstra a violação dos direitos das mulheres e favoreceu o medo e o sentimento de solidão. Além disso, ocorreu maior restrição do que aponta um estudo de abrangência nacional, o qual a presença de acompanhante em tempo integral ocorreu em 71,2% das maternidades, sendo maior entre as mulheres de 20 a 35 anos, pardas, com ensino superior, casadas e assistidas em parto vaginal. Este mesmo estudo demonstrou iniquidades sociais entre regiões brasileiras, sendo que nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, as mulheres autodeclaradas negras, com menor escolaridade e solteiras foram menos acompanhadas (GOIABEIRA et al., 2022).

Em publicação recente que analisou o grau de implantação das Boas Práticas de Atenção ao Parto em 606 hospitais públicos e mistos das regiões de saúde que dispunham de plano de ação da Rede Cegonha no Brasil, a presença de acompanhante de escolha da mulher durante todas as fases de internação não foi adequada para 8,4% das maternidades, obtendo 19,8% na região Norte. Este outro estudo também evidenciou despreparo na acomodação do acompanhante quanto à disponibilidade de cadeira/poltrona para acomodação do mesmo, 43,1% das maternidades foram avaliadas como não adequadas, atingindo 52,6% das maternidades da região Centro-Oeste. A garantia de acesso às refeições ao acompanhante foi classificada como não adequada para 24,4% das maternidades, com os piores desempenhos para as regiões Sul e Sudeste (BITTENCOURT et al., 2021)

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996, 2018) recomenda a presença de acompanhante de escolha da gestante como uma das ações de boas práticas de atenção ao parto e nascimento e enfatiza nas recomendações intrapartais. No Brasil, a presença de acompanhante de escolha da mulher, durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, foi regulamentada por meio da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 e, reafirmada pela Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que instituiu a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005, 2011) com o intuito de reduzir intervenções desnecessárias e violências obstétricas. A presença de acompanhante no parto está associada a melhor qualidade da assistência com maior recebimento de analgesia, métodos não farmacológicos para alívio da dor, escolha da posição para o parto e menor probabilidade de ser amarrada (TOMASI et al., 2021) e redução da manobra de Kristeller (MONGUILHOTT et al., 2018).

Neste contexto de assistência ao trabalho de parto, entre as outras variáveis que notoriamente impactaram de forma negativa, foram: ausência de uma doula durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (108; 99,08%), escassez da anestesia/analgesia para aliviar a dor durante o trabalho de parto (106; 97,25%), puxo dirigido (95; 94,06%), não poder escolher a posição para o parto (91;90,1%), parturientes permanecerem com acesso punção venoso em (67; 58,26%), realizar muitos exames de toque vaginal (62; 56,88%) e não serem estimuladas a se movimentar (60;55, 05%).

Emergiu nas entrevistas qualitativa e na pergunta aberta do termômetro (04;1,69%) a necessidade de ter um profissional ao lado (na pergunta aberta as mulheres refere-se a doula ou enfermeira obstetra), durante o trabalho de parto. Contudo, a doula ainda é um privilégio de poucas, devido ao custo e por não ser oferecido gratuitamente. Assim, as evidências mostram que as mulheres reconheceram a importância do trabalho da doula e apresentaram percepção positiva do acompanhamento, devido à contribuição física e emocional, bem como diminuiu situações de violência obstétrica, medos e estresse gestacional, o que contribuiu para a boa evolução da gestação e do trabalho de parto, impactando positivamente (RONDON; SAMPAIO; TALIZIN, 2021).

De acordo com a Organização das Doulas da América do Norte (DONA), doulas são mulheres habilitadas em oferecer apoio físico, emocional e informações às gestantes, atuando como um canal de comunicação entre a gestante e a equipe de saúde. Suas atividades consistem na realização de técnicas de respiração, estímulo à deambulação, aplicação de compressas quentes ou frias, estímulo à interação familiar, proporcionando um ambiente calmo com ações que visem o protagonismo da gestante (CHAPPLE et al., 2013, REIS et al, 2021).

Já quanto à ausência de disponibilização da analgesia, o presente estudo demonstra que não há protocolo para a realização deste procedimento, tampouco a preocupação em atender à solicitação das mulheres, pois assim como identificado na etapa 1, (tanto nas perguntas fechadas como aberta que sugerido por (2; 0,85%) e na etapa 2 (qualitativa), houve menção ao desconhecimento das mulheres sobre a analgesia e aquelas que a solicitaram foi negada pela não disponibilidade do profissional naquele momento. Viellas et al. (2021) revelam que existem diferenças segundo a faixa etária. As adolescentes foram menos beneficiadas ao uso de analgesia no trabalho de parto, comparado a mulheres em idade materna avançada, as quais tiveram chance 25% maior de receber analgesia no trabalho de parto do que mulheres de 20 a 34 anos. As razões para estas mulheres com idade mais avançada solicitarem mais analgesia foram: já terem partos anteriores e, portanto, solicitarem o procedimento, por utilizarem da

posição de litotomia e por menor movimentação durante trabalho de parto (observado neste grupo), o que pode aumentar a dor e, conseqüentemente, o pedido pelo recurso farmacológico (VIELLAS et al., 2021).

No Brasil, de 2012 para 2017, o uso de analgesia no parto vaginal aumentou aproximadamente 20%, com registro expressivo nas regiões Norte e Nordeste. Ademais a oferta de analgesia peridural pode ser mais um incentivo ao parto vaginal, permitindo que as mulheres entrem em trabalho de parto e solicitem a analgesia se julgarem necessário (LEAL et al, 2019). Cabe ressaltar que evidências demonstram que analgesia não afetou a duração do trabalho de parto e proporciona alívio rápido da dor podendo ser considerada para analgesia de parto segura e eficaz (SHIVANAGAPPA et al., 2021).

Um estudo clínico randomizado sobre o tema, publicado na Cochrane em 2018, não indica aumento do risco de cesariana ou risco ao recém-nascido com uso da peridural, porém adverte quanto maior utilização do parto vaginal operatório (fórceps e vácuo extrator) (SOMUAH et al, 2018). Contudo, quando utilizada de forma inadequada para o alívio da dor durante o trabalho de parto, traz associação com a ocorrência de manobras de reanimação e encaminhamento para unidade de terapia intensiva neonatal (SILVA Y. et al, 2020)

Considerando que quase a totalidade das mulheres, na presente pesquisa tiveram o puxo dirigido (95; 94,06%), apenas 6 mencionaram como sugestão não pedir para fazer força sem a mulher ter vontade e, na etapa qualitativa foi relatado como uma prática comum, entendido por algumas mulheres como uma ajuda e para outras como ruim, merece destaque que as mulheres relataram saber o momento ideal do puxo, que não foi respeitado. Durante a recordação deste cenário de parturição, tanto nas sugestões da pergunta aberta do termômetro (6;2,54%), quanto na entrevista (etapa qualitativa), aflorou a mudança de sala no período expulsivo, fortemente compreendido pelas mulheres como vivência negativa. Monteiro et al. (2022) relembram que estes fatos, além de serem compreendidos com uma experiência negativa, são intervenções que desencadeiam desfechos neonatais danosos, demonstrando associação à oxigenoterapia.

No que diz respeito à liberdade de posição para parir, a etapa quantitativa, que foi reforçada pela qualitativa, é de que houve uma determinação preestabelecida, sem participação da mulher, ou seja, uma decisão médica, prevalecendo, portanto, uma relação de poder. Claramente recomendado pela MS e reforçado por evidências, os profissionais de saúde devem incentivar as parturientes a adotar posições não supinas no trabalho de parto e parto para redução da sensação dolorosa na fase expulsiva (BRASIL, 2017a: RITTER; GONÇALVES; GOUVEIA, 2020). No entanto, mesmo as evidências científicas demonstrando benefícios em

adotar posições não supinas e estimular posições verticalizadas, predomina a posição de litotomia (LEAL et al., 2019). Estudos recentes também apontam que a posição de litotômica foi utilizada em quase 90% das mulheres e com maior frequência é utilizado em mulheres de com 35 anos (VIELLAS et al., 2021, MONGUILHOTT et al., 2018).

Entre as intervenções não recomendadas pelas boas práticas de atenção ao parto e nascimento está manter o acesso venoso no trabalho de parto. Os achados da presente pesquisa revelaram que (67;58,26%) das parturientes permaneceram com acesso venoso durante o trabalho de parto, o que convergiu com a etapa qualitativa, na qual as mulheres relataram que permaneceram apenas com a punção venoso para manter o acesso. Verifica-se falta de protocolos institucionais ou ainda o não cumprimento desta prática claramente prejudicial, cuja eliminação foi recomendada pela OMS (OMS, 1996; BRASIL, 2017). No Brasil, Leal et al. (2019) apontam que mais da metade das mulheres permaneceram com cateter venoso durante o trabalho de parto, intervenção muitas vezes desnecessária, incômoda e que acarreta custos adicionais ao sistema.

Ainda sobre a assistência no trabalho de parto, as mulheres consideraram que foram submetidas a muitos exames de toque vaginal durante a internação (62; 56,88%), sugerindo durante a etapa qualitativa limitar o número de toques ou apenas um profissional realizá-lo por (18;7,63%) e a etapa qualitativa complementou ao revelar percepções negativas pelo exame ser realizado por mais de uma pessoa e sem critério obstétrico. Segundo a OMS (2018), o exame vaginal de rotina em intervalos de quatro horas é recomendado para avaliação da evolução do trabalho de parto em mulheres de baixo risco. A prioridade deve ser dada para restringir a frequência e o número total de exames vaginais, principalmente em situações em que há outros fatores de risco para infecção. Além disso exames vaginais da mesma mulher por múltiplos cuidadores também devem ser evitado.

Outro achado se refere à movimentação no trabalho de parto. As mulheres não foram estimuladas a se movimentar, mudar de posição e/ou andar durante o trabalho de parto (60; 55,05%). Na etapa qualitativa, uma parturiente colocou que a cardiotocografia na fase ativa do trabalho de parto foi um impedimento à deambulação, período este que, segundo as recomendações intrapartais, só deve ser feita a ausculta intermitente do BCF (OMS, 2018).

Em um estudo que avaliou as melhorias em comparação ao inquérito nacional Nascer no Brasil de 2012 e dois estudos da RC e Nascer Saudável de 2017, revelou-se que apenas metade das mulheres assistidas no setor público tiveram acesso à deambulação, conforme recomendado no manual de cuidado intraparto da OMS 2018 (LEAL et al., 2021). Outro estudo

destaca que há desigualdade da utilização das boas práticas quanto à deambulação, comparando mulheres de idade avançada, 35 anos ou mais, com adolescentes, grupo este que mais utilizou a deambulação e enfatiza a necessidade de ações voltadas para mulheres de idade materna avançada (VIELLAS et al., 2021).

No que tange às intervenções realizadas, uma das questões referente aos dados de prontuário representa que a maioria das mulheres do presente estudo apresentaram trauma perineal ou incisão cirúrgica abdominal (222; 84,41%), incluindo as cesarianas. Este fato denuncia um cenário de ampla intervenção. Diniz e Chacham, em 2006, já se preocupava expondo sobre este abuso, ao se referir que as mulheres recebiam ou “corte por cima” ou “corte por baixo”, dependendo do nível social. Corrêa et al. (2022) ressaltam que, ao contrário deste excesso de intervenções, quanto menos toques vaginais, amniotomia e amniorrexe e menor tempo de indução, maiores chances de parto não operatório.

Quanto à indução, a percepção foi de ter sido demorada e temida, principalmente por conta do número de procedimentos que poderiam ser realizados durante a indução. As mulheres entendem que o parto não deve ser induzido, “parto normal é o espontâneo”. Algumas relataram que preferem a cesárea ao parto normal induzido. Este achado corrobora com outros estudos que avaliam percepção de parturientes quanto a indução, que também associam a indução com mais dor pelo uso de fármacos indutores, tornando a experiência de parto ruim, negativa e, por vezes, desumana (AMANDO, 2020).

A cesárea foi a via de parto predominante (164; 61,89%), e as associações mostraram que mulheres que realizaram cesárea internaram como menor chance de estar com colo dilatado e estarem em trabalho de parto espontâneo. Portanto, muitas mulheres foram internadas na fase latente do trabalho de parto, contrariando a recomendação da OMS quanto a internação na fase ativa do trabalho de parto (OMS, 2018).

Na presente pesquisa algumas mulheres, na fase qualitativa, relataram optar pela cesárea por medo da dor, pela falta de informação, pelo trauma do tratamento recebido em parto normal anterior, por presenciarem outras mulheres em sofrimento durante o trabalho de parto, assim como houve indicações para cesárea não condizentes com as evidências científicas, em especial de profissionais da assistência particular. Este achado também corrobora com a literatura que revela a preferência das mulheres pela cesariana, seja por experiências em gestações anteriores ou pelo medo do trabalho de parto traumáticos, fatores apontados para o aumento das cesarianas, tanto no Brasil quanto em outros países (BOERMA et al., 2018; VELHO et al., 2019; SYS et al., 2021)

Globalmente, as taxas de cesariana desnecessárias aumentaram progressivamente nas últimas décadas, representando 21,1% de todos os nascidos vivos (BOERMA et al., 2018). Ademais, pesquisas em muitas áreas do mundo mostram que as mulheres que foram submetidas a uma cesariana são mais propensas a ter uma segunda cesárea eletiva do que um parto vaginal (SYS et al., 2021). Os países da América Latina concentram as maiores frequências de cesariana, com 44,3% dos nascimentos e, especificamente o Brasil ganha destaque com a segunda maior taxa de cesariana do mundo (BOERMA et al., 2018), alcançando 57,22% de todos os nascimentos em 2020 (TABNET, 2022).

Mas as taxas de cesariana não são uniformes no Brasil, há diferenças por regiões, sendo mais frequente nas regiões mais desenvolvidas, em mulheres com idade igual ou maior de 35 anos, de cor da pele branca e com maior nível de escolaridade (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016; DIAS et al., 2022). Importante destacar que a presente pesquisa foi realizada com mulheres assistidas no SUS, isto porque as taxas de cesariana se comportam diferentemente em hospitais públicos comparados aos privados, sendo que nestes, são mais prevalentes maiores nascimentos de pré-termos tardios (34-36 semanas) e termos precoces (37-38 semanas), em comparação aos hospitais públicos (DINIZ et al., 2016a; ZAIDEN et al., 2020). Segundo o inquérito nacional Nascer no Brasil, usuárias da saúde suplementar tiveram taxa de cesariana de 87% (Leal et al., 2014a), contudo, o excesso permeia todos os setores (LEAL et al., 2019).

Portanto, as taxas de cesariana no Brasil ultrapassam as recomendações da OMS de 10-15% (2015), o que se torna preocupante devido aos danos desnecessários à saúde da mulher e do bebê se realizadas sem justificativa clínica (DIAS et al., 2022), por colaborem com o aumento do *near miss* e o óbito materno (LEAL et al., 2019). É imperativo a necessidade da eficácia de políticas públicas para a redução de cesarianas nos serviços de saúde, assim como propiciar boas condições para os partos vaginais e cesáreas, por meio de protocolos de admissão e trabalho de parto (DIAS et al., 2022).

Uma outra variável que chama atenção no presente estudo, tanto na fase quantitativa quanto qualitativa, foi a falta de privacidade durante a internação (198;83,9% mulheres), relatada nas sugestões da questão aberta da etapa quantitativa: limitar o número de profissionais e/ou estudante na sala de parto; menor número de mulheres por quarto (48; 20,34%). Aspectos semelhantes foram relatados nas entrevistas (etapa qualitativa): grande número de profissionais e/ou estudantes durante os procedimentos e presença de homens no mesmo espaço, sem divisórias. Entre as diretrizes da RC, no que diz respeito à ambiência, as boas práticas de atenção ao parto e nascimento recomendam que deve ser assegurado ambiente privativo e confortável

durante o trabalho de parto e parto, com área para deambulação e acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor (boas práticas de atenção ao parto).

Assegurada pelas boas práticas de atenção ao parto, atualizada em 2017 pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia (CONITEC/MS) “Diretrizes Nacionais de assistência ao parto normal”, a privacidade está inserida na necessidade de incorporação das dimensões sociais e emocionais da atenção pré-natal e no parto. Nesta diretriz, além de recomendar a abolição do uso rotineiro de diversas práticas obstétricas consideradas inadequadas, não benéficas e prejudiciais na assistência ao parto, ressalta a importância da integridade e privacidade da mulher (BRASIL, 2017a, VILELA et al., 2021).

Quanto ao apontamento do número de estudantes para realização de procedimento, Diniz, no seminário Vagina-escola, denunciou e provocou reflexões quanto formação de profissionais de saúde, no sentido de que as universidades continuam a reproduzir práticas instituídas há décadas, desconsiderando os conhecimentos científicos acumulados mais recentemente e abordando a mulher não como sujeito de direitos, mas como objeto de sua atuação (HOTIMSKY; AGUIAR; VENTURI, 2013; DINIZ et al., 2016b). É urgente a incorporação da valorização da privacidade nas maternidades, aspecto citado em estudos de diferentes países, como requisito para um cuidado respeitoso (MAPUMULO et al., 2021; ESAN; MASWIME; BLAAUW, 2022).

Algumas mulheres da etapa qualitativa parecem se “conformar” com a falta de privacidade e uma percepção de que no SUS têm menos direitos, o que demonstra ao quão insuficiente se encontra a assistência à gestante e à parturiente, ao revelar que as mulheres do presente estudo não foram informadas dos seus direitos, comprovada pela ausência do plano de parto. Diniz et al. (2016b) exemplifica que, na prática, ensina-se aos futuros profissionais que a paciente não tem direito à escolha ou à recusa informada e que as necessidades de ensino dos treinados são mais importantes que a autonomia ou a integridade corporal das parturientes.

Neste sentido, a oportunidade de escolha revelou que as escolhas não foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade (185; 78,39%). Mencionada na pergunta aberta poder escolher o médico; a direito de escolha ou não da indução; anestesia, posição, não ser obrigada a amamentar): (15;6,36%) e não ser rotina passar sonda para cesárea (9; 3,81%). Emergindo na etapa qualitativa que a escolha se limitou à opção pela cesárea e prevaleceram as rotinas do serviço para ambos os tipos de parto. A associação com o tipo de parto mostrou que, em média, mulheres que realizaram cesárea, parto induzido ou não sabiam se foi induzido ou ir direto para cesárea tinham 83% maior chance de ter sua escolha levada a sério pelos profissionais da

maternidade, quando comparado com as mulheres que entraram em trabalho de parto espontaneamente. Sodré, Merighi e Bonadio (2012) demonstraram que a decisão compartilhada com as mulheres, ainda tímida no Brasil, deve ser fortalecida com informações cientificamente embasadas e não tendenciosas, fornecidas pelos profissionais de saúde, de forma a promover a autonomia da mulher no parto, auxiliando na tomada de decisão.

Outro achado neste sentido é o desconhecimento, identificado na análise quantitativa, do nome e categoria profissional de quem assistiu o trabalho de parto e parto (75;71,43%) ou do profissional que assistiu o parto ou realizou a cesariana (183; 69,06%), pelo fato deste não ter se apresentado, aspecto sugerido na questão aberta que os mesmos devem se apresentar por (11;4,66%) das mulheres. Reforçado na análise qualitativa, a presença do docente é valorizada pelas mulheres, a maioria sabe que são estudantes de medicina, algumas relataram saber o nome de quem as atende por conversas paralelas entre a equipe.

Articulando com as recomendações da OMS (2018), a comunicação deve ser efetiva entre os cuidadores de saúde e as mulheres em trabalho de parto, usando métodos simples e culturalmente aceitáveis, o que inclui apresentar-se e dirigir-se à mulher, tratando-a pelo seu nome e receber informações claras e concisas, assim como, para todos os procedimentos necessários, os profissionais devem obter consentimento verbal ou por escrito. Na presente pesquisa, o profissional não pediu permissão para romper/estourar bolsa (27;64,29%) e a maior parte não entendeu porque a bolsa precisou ser rompida/estourada (27;64,29%). A etapa qualitativa revelou que as mulheres eram avisadas que o profissional romperia a bolsa, mas não havia pedido e nem explicação do motivo.

Situações desrespeitosas foram vivenciadas por (164; 69,49%) parturientes, e as mesmas sugerem ser tratadas com gentileza (dar atenção para queixas da mulher; todos tratarem a gente bem; ser gentil com a mulher ao ensinar amamentar) para (8;3,38%) mulheres. A associação desta variável com o tipo de parto revelou que, em média quem entrou em trabalho de parto espontaneamente teve 45% menos chance de não passar por situações desrespeitosas, comparado a quem tinha a cesárea agendada ou foi direto para a cesárea. Mulheres que têm cesárea têm 81% maior chance de não serem desrespeitadas comparadas as que tiveram parto normal.

As participantes da segunda etapa (qualitativa) discutiram acerca desse contexto nas entrevistas, quando receberam tratamentos grosseiros, descasos ou quando pressionadas a amamentar. Também se sentiram destratadas ao recusar uma conduta médica e pelo atendimento ser realizado por estudante, em especial na ausência do preceptor. Os atos

desrespeitosos geraram sentimentos de trauma, medo, sofrimento e sensação de morte.

A prestação de cuidados respeitosos e satisfatórios em maternidade é essencial para garantir a saúde e o bem-estar das mães e dos seus bebês. As parturientes têm o direito de serem tratadas com dignidade e respeito e serem assistidas com igualdade, liberdade de discriminação e cuidados equitativos, assistência médica do mais alto nível atingível de saúde, com liberdade, autonomia, autodeterminação e livre de coerção (WINDAU-MELMER, 2013).

Em todo o mundo, um grande número de mulheres vivencia comportamentos desrespeitosos e abusivos por parte dos prestadores de cuidados durante o parto. Isso viola os direitos das mulheres de obter cuidados respeitosos (AZHAR; OYEBODE; MASUD, 2018). Em um estudo realizado no leste do Nepal, todas as mulheres sofreram, pelo menos um tipo de desrespeito e/ou abuso durante o trabalho de parto e parto, sendo os mais comuns os cuidados não consentidos (100%), os cuidados não dignos (72%) e os cuidados não confidenciais (66,6%), respectivamente. Cuidados discriminatórios e abuso físico foram vivenciados por 32,33% e 13,23%, respectivamente. Etnia, religião, local de parto e número de filhos vivos foram os principais preditores de denúncia de desrespeito e abuso (GHIMIRE et al., 2021).

No Brasil, a pesquisa nacional “Nascer no Brasil”, realizada em 2011/2012 avaliou a prevalência de maus-tratos durante o parto de aproximadamente 24.000 mulheres e constatou que 44,3% das mulheres relataram ter sofrido algum tipo de maus-tratos durante o nascimento de seus filhos, incluindo: atos de violência física e psicológica; tratamento desrespeitoso; falta de compartilhamento de informações, privacidade e comunicação da equipe de saúde; incapacidade de fazer perguntas e perda de autonomia. Outro estudo, com participação de 4.275 puérperas de Pelotas, em 2015, evidenciou que houve pelo menos um tipo de desrespeito ou abuso por 18,3% das mulheres: 10% sofreram violência verbal/psicológica, 5% abuso físico, 6% negação de atendimento (LEITE et al., 2020).

As consequências destes abusos se refletem na saúde da mulher e, em alguns casos, do recém-nascido (LEITE et al., 2022). Algumas pesquisas sugerem que, desrespeitos, abusos, maus tratos e violência obstétrica podem estar associados a desfechos negativos na saúde de suas vítimas, como aumento da probabilidade de desenvolvimento de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e depressão pós-parto (LEITE et al., 2020), baixa utilização de serviços de saúde pela mulher e recém-nascido no período pós-parto, consequentemente aumento da ocorrência de *near miss* materno e da mortalidade materna e fetal (DINIZ et al., 2015) e maior dificuldade na prática do aleitamento materno (LEITE et al., 2022). Do mesmo modo, é presumível que a vivência de violência obstétrica altere a decisão da via de parto em gestações

subsequentes (por exemplo: mulheres que sofreram maus tratos durante um parto vaginal podem optar por uma cesariana eletiva em gestações futuras (LEITE et al., 2022).

Portanto, ainda persistem obstáculos, em vários contextos que influenciam na experiência positiva de parto e nascimento e, apesar de várias recomendações da OMS (OMS, 2015, 2018) e de iniciativas de qualificação do modelo de assistência ao parto e nascimento, como a estratégia da RC no setor público e o projeto Parto Adequado no setor privado, ainda perduram um excessivo uso de intervenções de rotina e sem evidência científica.

Por outro lado, pesquisas demonstram alguns avanços na assistência ao parto (LEAL et al., 2019). Os resultados a seguir serão conduzidos de forma a discutir aqueles que apresentaram predomínio de respostas atendendo as recomendações intrapartais e, que estão mais próximas destas visando uma experiência positiva.

A maior parte das mulheres sabia como estava a vagina depois do parto (99; 98,02%) e, na análise qualitativa, as parturientes que apresentaram lacerações (1º e 2º grau) e receberam pontos entenderam como doloroso, contudo, não relataram como uma experiência ruim. Gama et al. (2021) identificaram a ocorrência de lacerações perineais leves devido à diminuição do número de episiotomias, uma vez que aquelas não levam a nenhuma morbidade para a mulher, com melhores resultados e menos complicações.

No Brasil, um estudo de corte observou que a ocorrência de lacerações perineais de primeiro e segundo graus foi de 36,4% e, de lacerações de terceiro e quarto graus foi de 0,9% (OLIVEIRA et al., 2014). Dependendo da gravidade pode ser desencadeador de algumas consequências em longo prazo, como disfunção sexual, urinária e intestinal, muitas vezes causadas por intervenções obstétricas desnecessárias ou negligência obstétrica (SOUZA et al., 2020).

Mesmo que as recomendações da OMS não definem claramente um grau aceitável de lacerações, alguns estudos no Brasil nomeiam lacerações perineais de terceiro como um evento adverso (OLIVEIRA et al., 2014). A recomendação 38 sugere o uso de técnicas para reduzir o traumatismo perineal grave e facilitar o nascimento espontâneo, incluindo massagem perineal, compressas mornas e proteção ativa do períneo com a mão para mulheres na segunda fase do trabalho de parto, de acordo com a preferência das mulheres e com as opções disponíveis (OMS, 2018).

Alguns dos fatores de risco descritos para lesões perineais espontâneas de terceiro grau são: parto instrumental, nuliparidade, segundo estágio do trabalho de parto prolongado, peso ao nascer maior que 4000 gramas, distocia de ombros, feto em variedade de posição occipitossacro

e episiotomia (FRIEDMAN et al., 2015). Contudo, no período expulsivo, os fatores relacionados às práticas assistenciais são importantes, já a condução do parto de maneira adequada interfere em menores chances de lesões perineais (FEITOZA, 2018).

A episiotomia não é uma prática rotineira no local onde foi realizado o presente estudo. Acompanhando a tendência global, incluindo o Brasil, nas últimas décadas houve uma redução acentuada no número de episiotomia (JIANG et al., 2017; LEAL et al., 2019). Os dados qualitativos revelam a experiência da episiotomia como traumática, revelado somente por uma mulher, mas que precisa ser valorizado frente as inúmeras denúncias das mídias sociais como o “coletivonascercer”, “consultoriomelaniaamorim”, jornais, entre outros.<sup>6</sup>

Outra variável que impactou positivamente é que a maioria dos RN apresentarem Apgar maior ou igual 7 no 5º minuto após o nascimento (252; 96,92%), dado que o Apgar <7 no quinto minuto representa indicador à presença de trauma de parto no RN (OLIVEIRA, 2020). Sabe-se que, no mundo, todos os dias, mulheres e crianças morrem por complicações relacionadas à gravidez e ao parto que, em sua maioria, são evitáveis (NAHAR et al., 2022). Portanto, a qualidade da assistência perinatal prestada nas unidades de saúde precisa ser aprimorada para acabar com a mortalidade evitável (BRUNELL et al., 2022), uma vez que as condições de nascimento do RN refletem possíveis falhas na assistência a gestação e ao parto, e consequentemente desfechos desfavoráveis implicando no crescimento e desenvolvimento da criança (OLIVEIRA, 2020).

As induções de trabalho atenderam as recomendações da literatura (27; 96,43%) limitando-se no presente estudo a casos de: gestação prolongada, ruptura prematura da placenta ou intercorrências materna/fetal. Condizente com a indicação científica, realizada em diversas situações, tais como: gestações prolongadas (> 41 semanas), ruptura prematura das membranas, síndromes hipertensivas como a pré-eclâmpsia, diabetes, oligohidrânio e restrição do crescimento fetal (SCAPINS et al., 2018). O sucesso da indução do trabalho de parto tem sido estudado, havendo como preditor, além da avaliação da maturidade do colo do útero (índice de Bishop), outros fatores como a idade materna mais jovem, mais partos normais anteriores, menor idade gestacional e maior dilatação (CORRÊA et al., 2022).

Há controvérsias na literatura quanto à relação entre indução do trabalho de parto e risco aumentado para cesariana em comparação com o trabalho de parto espontâneo a termo

---

<sup>6</sup><https://instagram.com/coletivonascercer?igshid=YmMyMTA2M2Y=>,  
<https://instagram.com/consultoriomelaniaamorim?igshid=YmMyMTA2M2Y=>,  
<https://g1.globo.com/saude/noticia/2021/12/15/episiotomia-entenda-o-que-e-a-pratica-citada-em-caso-de-violencia-obstetrica-e-quais-os-riscos-da-incisao.ghtml>.

(MARROQUIN et al., 2013). Contudo, na Finlândia, a taxa de indução do parto aumentou 70% (de 17,8% para 30,3%) em 12 anos de um estudo e não influenciou na taxa de cesárea que permaneceu uma das mais baixas do mundo, 16% a 17% de cesariana (KRUIT et al., 2022).

Porém, no que diz respeito à prática de uma obstetrícia baseada em evidências, é imprescindível que a indução do parto tenha recomendação obstétrica, com indicação para isso, e de modo a evitar um dano maior (POSSATI et al., 2017; AMANDO et al., 2020). No presente estudo não foram induzidos (232; 87,88%) partos. Dos partos induzidos, (29; 87,88%) utilizaram misoprostol. Corrêa et al. (2022) destaca que o misoprostol, entre os métodos farmacológicos, é um estimulador eficaz do miométrio do útero grávidico por vários estudos.

Ao contrário do que a presente pesquisa demonstrou quanto à restrição do acompanhante em alguns locais; escolher o acompanhante foi contemplado para (253; 95,47%) das parturientes, como recomendado nas práticas intrapartais (OMS, 2018). Neste sentido, as entrevistas (fase qualitativa) apontaram que o acompanhante trouxe segurança, em especial na amamentação na primeira hora de vida e como ajuda no trabalho de parto. Cabe ressaltar que, na presente pesquisa apesar de atender as recomendações, a presença do acompanhante foi restritiva em alguns locais como sala de recuperação e consulta. Figueiredo et al. (2022) evidenciaram que as maternidades estão em processo de transição para consolidar este direito.

Na mesma direção, pesquisas afirmam que além da presença do acompanhante de escolha transmitir segurança, há evidências que essa recomendação está cada vez mais instituída e está associada às diversas práticas benéficas e à redução de algumas intervenções (MONGUILHOTT et al., 2018). Bem como, há estudos que mostram que as mulheres ficam mais satisfeitas com a experiência do parto, com as orientações e os cuidados recebidos dos profissionais de saúde quando possuem um acompanhante de sua escolha, uma vez que os cuidadores tendem a mudar de atitude quando o acompanhante está presente (MATTAR, DINIZ, 2012)

Mesmo em tal contexto, sabe-se que a permissão da escolha e presença do acompanhante é influenciado por questões de gênero, o parto hospitalar foi estabelecido como regra pelos programas de saúde em meados do século 20 nos países industrializados, e conseqüentemente as mulheres começaram a parir sem a presença do acompanhante, a presença de familiares era geralmente proibida no parto institucionalizado. No Brasil, a ausência do acompanhante fez parte da formação médica e de enfermagem como mencionam as antigas edições do livro de Jorge de Rezende quanto a afastar os acompanhantes no momento do parto (DINIZ et al., 2014).

Contudo, mesmo com o forte histórico de negação da presença do acompanhante, as instituições de saúde que permitem a presença do mesmo são as que buscam reduzir intervenções desnecessárias e propiciar práticas baseadas em evidências, implementando mudanças mínimas na ambiência e no mobiliário, tais como ter cadeiras para todos os acompanhantes (DINIZ et al., 2014).

Agregando os aspectos positivos, as mulheres não apresentaram hemorragias (252; 95,09%) dos casos, reafirmado também na etapa qualitativa. A hemorragia é definida pela OMS (2009) como uma perda de 500 ml ou mais de sangue dentro de 24 horas após o parto vaginal ou 1000 ml ou mais de sangue após cesariana. Globalmente, a hemorragia pós-parto (HPP) é a principal causa evitável de mortalidade materna (JENA et al., 2022). No Brasil, a hemorragia pós-parto destaca-se como a segunda maior causa de morte materna evitáveis (ROCHA et al., 2015), especialmente no interior e na região amazônica, onde há baixa densidade de unidades de saúde, menos profissionais de saúde e uma rede logística ineficiente para obter rapidamente o suprimento de sangue (OSANAN et al., 2018).

De modo geral, a HPP é classificada em consequência de: alteração do tônus uterino (atonía), tecido placentário ou coágulos sanguíneos retidos e laceração do aparelho genital ou coagulopatia (EDWARDS, 2018). Contudo, maiores casos de morbidades e mortalidades relacionadas à HPP são relacionados ao acesso inadequado e indisponibilidade de serviços obstétricos de qualidade, incluindo a falta de tratamento cirúrgico da atonia em locais baixa e média renda (CHELMOW, 2011). Este outro estudo, por outro lado destaca ausência de complicações, como a HPP com cuidados adequados, manejo ativo do terceiro estágio do trabalho de parto e uso drogas uterotônicas (HABIMANA-KABANO; BROEKHUIS; HOOIMEIJER, 2015).

A forte associação de HPP com mortalidade maternidade remete aos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) que previam a redução de 75% dos óbitos maternos até 2015. O Brasil ficou aquém do esperado. Em 2015, foram definidos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) e o terceiro dele compreende “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos”, e em sua terceira meta, reduzir globalmente a razão de mortalidade materna para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e no Brasil reduzir para 30 por 100 mil nascidos vivos até 2030 (BRASIL, 2018, p. 2).

Desta forma, colaborando com altas taxas de morte materna estão as altas taxas de cesarianas e intervenções desnecessárias (LEAL et al., 2019). Entre as intervenções, o uso da manobra de Kristeller, ou pressão manual no fundo de útero, pela equipe de saúde, mesmo que

não utilizado na maior parte das mulheres (87; 86,14%), o que representou um bom indicador, foi relatado por uma mulher na entrevista qualitativa como uma experiência negativa. Portanto, mantêm-se a necessidade de buscar a redução de intervenções desnecessárias, como a manobra de Kristeller, para garantir uma melhor assistência materno fetal (LEAL et al., 2019).

Estudo de abrangência nacional que avaliou indicadores de atenção ao parto e nascimento no setor público e privado em 2012 e 2017, adverte que a manobra não é recomendada em qualquer circunstância e constatou que mesmo havendo aumento do número de mulheres com acesso à tecnologia apropriada ao parto e redução de práticas prejudiciais, a utilização da manobra de Kristeller, durante o período expulsivo, foi referida por um sexto das mulheres em ambos os setores (LEAL et al., 2019). Evidências são claras que este procedimento, além de proporcionar maior desconforto materno repercute em piores resultados perinatais (MONGUILHOTT et al., 2018).

Segundo a discussão dos aspectos que foram experienciados como positivos, a comunicação entre os profissionais de saúde e as mulheres foi entendida como efetiva, dado que vários dos procedimentos e intervenções foram entendidos, permitidos ou comunicados, como mostra os resultados das seguintes questões: entendimento se foi realizado um fórceps (não foi realizado em mulheres do presente estudo) vácuo ou cesárea (138;84,15%), o profissional pedir permissão/autorização para fazer o exame de toque vaginal (85;77,98%); a mulher entendeu o motivo da indução (19;57,58%); pedir permissão para realização do fórceps, um vácuo ou uma cesárea (93;56,71%), pedir permissão para induzir o trabalho de parto (18; 54,55%), o profissional dizer a mulher como estava a evolução do parto após o exame de toque vaginal ( 89;82,41%).

Contudo, divergindo dos achados quantitativos, na questão aberta as mulheres sugeriram: explicar/informar à mulher (evolução do trabalho de parto, procedimentos durante o trabalho de parto, indicação de indução, indicação de cesárea) por (11;4,66%) mulheres. Elas explicaram durante as entrevistas que o pedido é imposto, são avisadas e não compartilham das decisões. Não sabiam o que estava acontecendo com elas, não havia possibilidade de não consentir os procedimentos, não sabiam o porquê da indicação de cesárea, aspectos que fragilizaram a experiência e infligiram na recomendação da comunicação efetiva entre prestadores de cuidados da maternidade com as mulheres.

Sabe-se que tal violação está entre os fatores etiológicos para a privação de autonomia, que, embora entendido de forma diferente em vários contextos, o respeito à autonomia é um princípio central na ética médica (RAUCH et al., 2022). O direito à autonomia significa o direito

de autodeterminação das mulheres, de ser tratada como capaz de tomar decisões. Para tanto, são necessárias políticas governamentais e institucionais que favoreçam a capacidade de autonomia das mulheres, oferecendo o melhor da informação para que elas possam exercer esse direito (CORRÊA e PETCHESKY,1996).

Nos últimos anos, aumentam os relatos de maus-tratos no parto, entre estes, intervenções não consentidas, perda de autonomia ou coerção informal (RAUCH et al., 2022). Em particular, o mau relacionamento entre os provedores e as mulheres, em um estudo suíço mostrou que 26,7% das mulheres sofreram coerção informal no parto (ou seja, oposição, intimidação, manipulação) e que a probabilidade de sofrer coerção informal foi maior para partos em hospitais do que para partos em centros de parto (OELHAFEN et al., 2020).

São crescentes estudos que denunciam a necessidade de que a paciente seja esclarecida na gestação e parto, dado que não recebem informações essenciais durante o pré-natal e, mesmo na maternidade, as orientações pareceram limitadas e não permitiram a participação das mesmas na escolha dos métodos utilizados (AMANDO, 2020).

No Brasil, profissionais de saúde são culturalmente ensinados ao uso não informado, não consentido, das vaginas das parturientes pobres e usuárias do SUS, pelos alunos para fins de treinamento e aprendizagem (DINIZ et al., 2016). Uma das explicações para esta situação refere-se ao fato de a atenção ao parto ser orientada por um forte viés de gênero, em que predomina uma relação de poder na desigualdade social e política, na relação poder/profissional, ou por desigualdade de classe. Como consequência, a mulher não tem os seus direitos humanos assegurados durante a experiência do parto (DE BARBIERI,1991; ROHDEN, 2003; DINIZ, 2009).

Logo em seguida a variável que recebeu melhores resultados, foi não ter infecção entre o momento da alta e a data da entrevista (198;83,9%). A associação com tipo de parto demonstrou que mulheres que realizaram cesárea tem 14% menos chance de não ter infecções, Na etapa qualitativa as mulheres, ao se referir a infecção, mencionaram infecções nos pontos da cesariana.

Entre as causas de infecções puerperal estão: cesarianas, gestações de gêmeos, tempo de ruptura membrana maior que 12 horas, parto prolongado, toques vaginais excessivos e fluido amniótico com presença de mecônio, situações que aumentam o risco de desenvolvimento de infecções (LIMA et al., 2014). A relação entre cesárea e o desenvolvimento de infecções se mostra mais evidente nos seguintes contextos: trabalho de parto prolongado, contato vaginal excessivo, mecônio, parto prematuro, primiparidade, membranas rompidas, parto cesáreo de

emergência, cesariana de gêmeos, idade avançada acima de 35 anos e tempo cirúrgico prolongado (DEL MONTE, 2009).

As altas taxas de cesariana estão associadas às infecções puerperais, aumentando o risco quando não há indicação clínica (SANTOS et al., 2022). Mundialmente, as infecções de sítio cirúrgico são uma complicação comum após uma cesariana e são as principais responsáveis pelo aumento da mortalidade e morbidade materna, insatisfação das pacientes, maior tempo de internação e maiores custos do tratamento (ZEJNULLAHU et al., 2019). Além disso, no Brasil, ocupa terceira causa de morte materna (BRASIL, 2014). Vale reforçar que além do controle de infecções hospitalares, há a necessidade de diminuir o número de cesarianas, garantindo o cuidado ideal para a mãe e a criança (ZEJNULLAHU et al., 2019).

Outra importante variável analisada positivamente pelas mulheres foi não ter sido deixada sozinha pelos profissionais para 194;82,2% delas. Nas entrevistas foi qualificado como equipe dar atenção e estar presente. Para algumas mulheres este fato não era esperado no SUS, comparam a disponibilidade de atenção com a assistência particular. Nesta variável foi valorizado a presença da enfermeira durante o trabalho de parto.

A disponibilidade de atenção oferecida para mulheres do presente estudo condiz com a agenda para 2030 dos ODS, o qual projeta-se em “não deixar ninguém para trás”. Desta forma, os países se comprometeram a alcançar as metas de uma vida saudável com igualdade de gênero, garantindo o acesso a cuidados de saúde materna de qualidade e autonomia reprodutiva para mulheres (ZAMPAS et al., 2022).

A disponibilidade de atenção pode ser um ponto essencial para mudança no cenário do parto traumático. Leal et al. (2019) acrescentam que políticas públicas bem conduzidas podem mudar o cenário da atenção ao parto e nascimento aumentando a satisfação das mulheres com a atenção recebida. Neste sentido, as mulheres precisam de apoio que lhes permita recuperar a confiança nos profissionais da maternidade e a disposição para prestar-lhes cuidados individualizados (WIGERT et al., 2020).

Quanto às mulheres do presente estudo serem surpreendidas pela disponibilidade de atenção que tiveram no SUS, este fato potencializa a falta de conhecimento e empoderamento das parturientes quanto aos seus direitos no trabalho de parto e parto e um dos recursos possíveis é a participação em atividades educativas em um pré-natal de qualidade (SILVA et al., 2021).

A presença de enfermeira obstetra também aumentou a satisfação da parturiente, corroborando com estudos internacionais e nacionais, pois este profissional favorece

desenvolvimento fisiológico do trabalho de parto, potencializando o uso de práticas benéficas, entre elas, a presença do acompanhante, a oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor, liberdade de movimentos e alimentação, além de prestar uma assistência voltada ao protagonismo da mulher (SOUZA et al., 2020; SOUZA et al., 2021; LUNDGREN et al., 2020; SHAKIBAZADEH et al., 2018; PRATA et al., 2022; ZAIDEN et al., 2022)

Métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto foi oferecido em 86;78,9%, exemplificado na etapa qualitativa com o uso de chuveiro, massagem, deambulação e uso da bola. Estas práticas atendem às recomendações da OMS (1996, 2018) como métodos não farmacológicos, e entre as mais utilizadas está a bola obstétrica, banheira, chuveiro, deambulação, respiração, agachamento e massagens (HONNEF et al., 2019; PEREIRA et al., 2021). Neste contexto de boas práticas, as mulheres no presente estudo puderam, durante o trabalho de parto, beber e comer no decorrer de todo o processo (84;76,36%), e não foi realizado amniotomia para (65;60,75%) mulheres, o que também foi observado em estudo nacional quanto à Avaliação da Rede Cegonha, com melhoria destes indicadores de 2012 a 2017 em todas as regiões país (LEAL et al., 2021).

Estas variáveis positivas quanto as boas práticas de atenção ao parto foram muito potentes como melhoria da assistência ao parto por mulheres que já passaram por trabalho de parto. A melhora da assistência comparado a partos anteriores tem sido relatada como momento de transição da realidade nacional (LEAL et al., 2021). Ao comparar dados atuais de mulheres que fizeram parto vaginal com a pesquisa Nascer no Brasil, verificou-se que cerca de 50% das gestantes brasileiras tiveram acesso ao uso das boas práticas obstétricas recomendadas para o bom desempenho do trabalho de parto e mostraram redução das iniquidades na assistência ao parto, com maior uso de práticas baseadas em evidências e redução do número de intervenções. Porém, ainda é relatado diferença entre plantões na etapa qualitativa do presente estudo, corroborando com estudos que citam barreiras na implantação de protocolos na assistência ao parto no Brasil (LEAL et al., 2019).

Ao avaliar a assistência recebida no pós-parto ou cesárea quanto à monitorização do sangramento, involução uterina e monitorização da pressão foi relatada por (200;78,11%) mulheres como adequadas, pois compreenderam que estavam sendo “vigiadas” pela equipe. Assistência adequada para maior parte das mulheres é recomendada em 2018 pelas práticas intrapartais para uma experiência positiva, o qual explica que deve ser avaliado o tônus uterino, o sangramento vaginal, contração uterina, altura do fundo do útero, temperatura e frequência cardíaca rotineiramente durante as primeiras 24 horas, a partir da primeira hora após o

nascimento. A pressão arterial deve ser medida logo após o nascimento. E se normal, a segunda aferição da pressão arterial deve ser feita dentro de seis horas, já a presença de micção deve ser registrada dentro de seis horas (OMS, 2018).

Atualmente, a OMS fortalece as práticas recomendadas quanto aos cuidados no puerpério através da diretriz intitulada “Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência positiva pós-parto”. Nesta, faz 63 recomendações sobre cuidados maternos, cuidados com o recém-nascido, sistemas de saúde e promoção da saúde durante o período pós-parto. Valoriza a experiência pós-natal positiva no centro do cuidado. Segundo a diretriz, nenhuma mulher deve se sentir abandonada pelos serviços de saúde depois de ter um bebê (OMS, 2022). Em sentido oposto, aos resultados do presente estudo e as recomendações pós-natal, há relatos mundiais de insatisfação com o atendimento neste período (TURNER et al., 2022).

Uma das fragilidades encontradas nas bases de dados referente a este período é a escassez de profissionais nos cuidados pós-parto (SIMPSON; LYNDON, 2017) e tem sido associada à redução do monitoramento dos sinais vitais, redução do apoio à amamentação, atrasos no atendimento e hipotermia do recém-nascido (TURNER et al., 2022). Além do puerpério imediato, a invisibilidade do puerpério se estende a consulta puerperal reduzida, em um momento de ansiedade causada pela transição para a parentalidade (DOMÍNGUEZ-SOLÍS, LIMA-SERRANO; LIMA-RODRÍGUEZ, 2021), e configura-se o pior indicador da assistência materna (BITTENCOURT et al., 2020).

Abrangendo este período, foi verificado na variável o qual questionava se a mulher foi orientada a voltar no hospital se apresentar algum sinal de perigo ou infecção puerperal, um pouco mais que a metade das mulheres (130; 55,08%) referiu receber orientação adequada, convergindo com as falas da entrevista. O que preocupa neste indicador é que mesmo que a maior parte das mulheres no presente estudo tenham considerado adequado, (ALBUQUERQUE, 2021) destaca que a assistência no puerpério, em grande parte não é visto, em alguns contextos, como uma fase que precisa de uma assistência integrada a finalização das consultas do pré-natal. Nesta perspectiva, se reforça a necessidade de seguir as diretrizes internacionais que recomendam que as pacientes recebam alta com instruções padronizadas por escrito, o que melhora a satisfação do paciente e a lembrança das instruções (MACONES et al., 2019).

Diante de todos os resultados que influenciaram a experiência do parto para as mulheres, percebe-se que grande parte indicaria/recomendaria esta maternidade para outra mulher

(178;75,42%). Foi possível verificar através de algumas associações que o desrespeito, a privacidade, a oportunidade de escolha, ou não se sentirem seguras com o atendimento impactam diretamente nesta experiência para que as mulheres tenham menor possibilidade de recomendar a maternidade. No presente estudo, estima-se que mulheres desrespeitadas tenham 24% menor chance de indicar a maternidade. Quando não tiveram privacidade, apresentaram 22% menor chance de indicar a maternidade a outra mulher. Mulheres que não têm escolhas apresentaram 23% menor chance de indicar a maternidade e percepções de um atendimento não seguro para a mulher e criança indicaram 24% menor chance de indicar a maternidade.

Um fator que colaborou para uma experiência positiva foi as mulheres procurarem o hospital por sentir que estavam em trabalho de parto em (164; 61,89%), notoriamente compreendida, na fase qualitativa, como melhor experiência quando internadas na fase ativa do trabalho de parto, comparadas com as que foram admitidas na fase passiva, especialmente pelo menor número de procedimentos. De acordo com a OMS (2018), se recomenda admissão apenas na fase ativa, considerando a avaliação dos profissionais quanto às necessidades e preferências da mulher e avaliação do bem-estar materno e fetal. No Brasil, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal consideram a dilatação para fase ativa  $\geq 4$  cm de dilatação cervical (BRASIL, 2017a).

Contudo, pesquisas internacionais já questionam este período determinado, com número crescente de pesquisas sugerindo que a fase latente possa finalizar em 6 em vez de 4 centímetros de dilatação cervical. Estas definições podem colaborar para que as mulheres se sintam seguras para se deslocar ao hospital na fase ativa (TILDEN et al., 2019).

Sentiram segurança com o atendimento que receberam na maternidade (146; 61,86%) das mulheres e, quando associado ao tipo de parto foi possível verificar que as mulheres que realizam cesárea tem 25% maior percepção de segurança comparada as mulheres que realizam parto normal. Assim, estima-se que, em média, quem entrou em trabalho de parto espontaneamente tenha 25% menos chance de sentirem seguras quando comparado a quem tinha a cesárea agendada ou foi direto para a cesárea.

Esta variável divergiu na etapa qualitativa, as mulheres relataram sensações de insegurança que foram mais comuns referente ao parto normal. As mulheres sentiram-se inseguras quanto à ausência ou à assistência inadequada dos profissionais no parto, a ficarem sozinhas com estudantes, sem supervisão direto do docente, ao ouvir conversas e brigas dos médicos, bem como ao parir apenas com estudante, fato este corroborado na etapa quantitativa em que (8;3,40%) sugerem melhoria da assistência ao se referir a necessidade dos docentes

estarem junto com os residentes/estudantes de medicina. Este panorama remete à apreensão, de acordo com Gama, Thomaz, Bittencourt (2021) dos aspectos estruturais e organizacionais dos serviços e os processos de trabalho na assistência à mulher durante o parto e nascimento, dado que interferem na identificação de causas e manejo oportuno da prevenção de morte materna e neonatal.

Todas estas situações afetam diretamente a compreensão da qualidade da assistência para mulheres, justamente porque a qualidade da assistência ao parto deve ser garantia de um cuidado seguro e identifica os fatores causais e a mitigação dos riscos da prática obstétrica (VILLAE et al., 2022). No Brasil, a prática obstétrica tem se revelado como aquela em que um grande número de mulheres e recém-nascidos são expostos a tecnologias e intervenções que, nem sempre são recomendadas (BRASIL, 2016). O cuidado direcionado às mulheres, a partir de tecnologias em saúde, é um dos pontos propostos para que se obtenha mais segurança e, se recomenda a condução equilibrada da tríade das tecnologias duras, leveduras e leves, importante especialmente no manejo do *near miss*, que está intrinsecamente ligado ao uso adequado de tais ferramentas (SANTOS I. et al., 2017).

Ainda, em obstetrícia, compreende-se danos oriundos de falhas na assistência como eventos adversos, estes associados à morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2014). Entretanto, tão importante quanto este fato, é criar espaços que possibilitem dar voz às mulheres e aos seus familiares, no que tange aos cuidados ofertados no âmbito dos serviços de saúde, num modelo obstétrico que protagonize e valorize a participação da mulher no processo de nascimento (VILLAE et al., 2022). Considerando que a segurança interfere diretamente na experiência positiva de parto, atender ou superar as expectativas da mulher pelo nascimento de um bebê saudável, em ambiente seguro, com suporte técnico e emocional contínuo são de valor imensurável (VOLPATO et al., 2021).

Durante a elaboração do projeto desta pesquisa, não foi previsto que ao desenvolvê-lo seria preciso enfrentar uma pandemia. Mesmo o questionário não contemplando diretamente uma questão específica quanto a pandemia da COVID-19, foi perceptível a insegurança decorrente do impacto que a mesma gerou na assistência à saúde, pois referiram a necessidade de distanciamento adequado por (5; 2,11%) mulheres e a importância de testarem mulheres e acompanhantes para ficarem no mesmo quarto por (8; 3,40%) mulheres. Assim como na etapa qualitativa emergiram relatos de impactos negativos quanto à separação da parturiente e recém-nascido na *Golden hour*, privando do contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.

O retrato das consequências da COVID-19 evidenciou e tornou ainda mais gritante as iniquidades na saúde sexual e reprodutiva. No Brasil, esta fragilidade exacerbou problemas por ausência de planejamento de políticas públicas específicas, ora por mudanças frequentes na gestão do Ministério da Saúde Brasileiro, ora pela ausência de monitoramento da Rede Cegonha. Tal instabilidade colocou, vergonhosamente, o Brasil no primeiro lugar dentro do ranking das mortes maternas por COVID-19 até agosto de 2020. As recomendações que incluem as gestantes como grupo de risco não possibilitam políticas adequadas para isolamento social oportuno e propostas transitaram em projetos pelo Congresso brasileiro em um ritmo que não atendeu às necessidades naquele momento, colaborando para que as mulheres continuassem expostas e vulneráveis (PAES et al., 2021).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência ao parto no Brasil está longe de ser ideal. Muitos fatores interferem na experiência de parto e são desafios a serem superados pelo sistema de saúde e pelos profissionais que assistem as mulheres brasileiras. Diretrizes e políticas contribuíram para alguns avanços na assistência ao longo dos anos, contudo, a qualidade da assistência ainda deixa a desejar, dado que outros aspectos do cuidado precisam ser valorizados.

Neste sentido, o objetivo desta pesquisa foi identificar os vários fatores que influenciaram na experiência de parto, por meio do termômetro da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (T-IHAMC) e compreender este processo pelas mulheres que o vivenciaram. Para tanto, este estudo propôs o método misto, e estes fatores foram identificados por meio do predomínio de respostas que atenderam ou não às recomendações intrapartais da OMS.

Os fatores que interfeririam negativamente na experiência das mulheres, tanto nos achados quantitativos quanto qualitativos foram: a ausência do plano de parto, a separação da mulher e recém-nascido após o parto, a privação do contato pele a pele e da amamentação na primeira hora de vida e a restrição do acompanhante em locais específicos.

Na assistência ao trabalho de parto foram elencados pelas mulheres: a ausência de uma doula durante o trabalho de parto, escassez da anestesia/analgesia para aliviar a dor durante o trabalho de parto, bem como o desconhecimento por parte das mulheres, o puxo dirigido, o preestabelecimento, pelo profissional, da posição de parir, muitos exames de toque vaginal e realização deste por mais de uma pessoa, sem critério obstétrico, a privação da movimentação durante o trabalho de parto e ser mantida com acesso venoso durante ele. A indução foi temida pelas mulheres, principalmente pelo número de procedimentos que poderiam ser realizados durante este processo.

Longe do ideal, as intervenções se mostraram constantes, a maioria das mulheres passou por cesariana, demonstrando indicações para cesárea não condizentes com evidências científicas. Na fase qualitativa, as mulheres que optaram pela cesárea relataram medo do parto por receio da dor, pela falta de informação, pelo trauma do tratamento recebido em parto normal anterior ou por presenciarem outras parturientes em sofrimento durante o trabalho de parto. Chamou atenção que situações desrespeitosas foram mais constantes em mulheres que passaram por trabalho de parto. A etapa qualitativa ressalta este resultado, uma vez que as mulheres relataram medo (não do parto em si) e desrespeito pela forma como foram tratadas durante o trabalho de

parto e parto.

Mesmo com várias iniciativas e recomendações quanto a políticas voltadas para o progresso do cuidado materno-infantil, muitas questões ainda persistem enraizadas. Culturalmente o parto parece ser visto como inato ao sofrimento e existe uma certa percepção de que no SUS não se tem direitos (como se assistência paga garantisse direitos), aspecto claramente exposto nas entrevistas.

Com altas taxas de ausência de privacidade, oportunidade de escolha e comunicação ineficaz, foi evidenciado que as mulheres não foram informadas dos seus direitos, aspecto comprovado pela ausência do plano de parto e assistência pré-natal que ofereça informações oportunas quanto ao parto. A limitação da escolha do tipo de parto, especificamente a cesariana, remete a uma escolha persuadida, quando esta escolha era favorável aos profissionais de saúde. Além do desconhecimento do nome do profissional pela maioria das mulheres, há a ausência de entendimento quanto aos procedimentos, assim como ausência de responsabilização e consentimento para os procedimentos.

Por outro lado, foi evidenciado práticas que, para a maior parte das mulheres, estão mais próximas de uma experiência positiva. Entre elas destacaram-se: não entender como uma experiência ruim pequenas lacerações, recém-nascidos apresentarem Apgar maior ou igual 7 no 5º minuto, as induções de trabalho atenderam as recomendações da literatura, escolher o acompanhante, grande parte não apresentou hemorragias e infecções. Também as mulheres não foram deixadas sozinha pelos profissionais, valorizaram a disponibilidade de atenção e a presença da enfermeira obstetra durante o trabalho de parto. No pós-parto, a assistência e a orientação de retorno ao hospital, em caso de intercorrências foram adequadas para maior parte delas.

Quanto a assistência ao parto, mulheres relataram melhora da assistência quando compararam a partos anteriores. Os métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto foram oferecidos para a maioria, exemplificado na etapa qualitativa com o uso de chuveiro, massagem, deambulação e uso da bola. Neste contexto de boas práticas, as mulheres puderam durante o trabalho de parto, beber e comer e não foi realizado amniotomia e manobra de Kristeller. A maior parte delas procurou o hospital por sentir que estava em trabalho de parto. A fase qualitativa evidenciou uma melhor experiência quando internadas na fase ativa, comparado com as que foram admitidas na fase passiva, especialmente pelo menor número de procedimentos.

Dito isto, ficou evidente que as experiências positivas com o parto influenciaram na

preferência pelas mulheres sob o tipo de parto. As associações realizadas com o tipo de parto, mostrou que mulheres que realizaram cesárea sentem-se mais seguras e têm menores chances de passar por situações desrespeitosas. Este achado se deve por ficarem menor tempo sob os cuidados da equipe, passarem por um número menor de procedimentos e menor tempo de internação.

Além deste fato, a abordagem mista utilizada nesta pesquisa, cujo principal finalidade foi alcançar níveis elevados de evidências, permitiu compreender fatores mascarados por uma ideia de comunicação efetiva e segurança. A comunicação entre os profissionais de saúde e as mulheres, a princípio na análise quantitativa, foi entendida como efetiva devido a vários procedimentos e intervenções que foram entendidos, permitidos ou comunicados, como mostrou os resultados das questões que englobavam este contexto. Contudo, quando as mulheres puderam expressar como esta comunicação ocorria, foi revelado que os pedidos eram impostos, não havia possibilidade de não consentir os procedimentos, assim como era desconhecido pelas mulheres o que acontecia com seu próprio corpo. Nesta comunicação prevaleceu uma relação de poder, a centralidade nas decisões médicas e não nas mulheres, o que demonstrou que existem fragilidade na comunicação efetiva entre prestadores de cuidados da maternidade com as mulheres.

Neste mesmo sentido, a segurança foi predominante nas respostas do total de mulheres, contudo, nas associações, foi possível constar que mulheres que passaram por cesariana sentiam-se mais seguras com o atendimento que receberam na maternidade, identificada na etapa quantitativa. Porém, a etapa qualitativa revelou que mulheres que passaram pelo trabalho de parto vivenciaram um cenário de insegurança. A pandemia da COVID-19 acentuou as inseguranças das mulheres com a assistência e somou (infelizmente), com o falecimento de uma das participantes, as muitas mortes maternas por COVID-19 neste período, demonstrando a fragilidade das políticas de saúde materna na situação de pandemia.

O Brasil, nesta pandemia, mostrou o quão deficitárias são as políticas voltadas para as mulheres, especialmente aquelas que deveriam assegurar a assistência a mulher e seus direitos reprodutivos. As políticas, que deveriam proteger as mulheres, as expõem a riscos desnecessários que, muitas vezes, são propagados por políticos desinformados, que minimizam os direitos das mulheres, retrocedendo em um ritmo mais acelerado que as conquistas mínimas até então asseguradas. Em fase de reeleições, são dolorosas as propostas governamentais de candidatos que utilizam, sem nenhuma evidência científica, práticas e processos de trabalho tendenciosos, nos quais é questionado, por exemplo a participação de profissionais não médicos

(como enfermeira/obstetiz) na cena do parto, aspecto comprovadamente eficaz na garantia dos direitos das mulheres.

As vozes das mulheres do presente estudo revelaram os fatores influenciadores para uma assistência positiva no parto. Neste sentido, ações que valorizem a percepção da mulher devem oferecer subsídios para implementações de tecnologias leves e valorização da presença de outros profissionais, não médico, como a doula e enfermeira obstetra. Diante das recomendações não atendidas, torna-se urgente incorporá-las nos serviços de saúde, dado que a experiência de parto pode afetar, inclusive a saúde dos futuros cidadãos do país.

O presente estudo evidenciou a necessidade dos estabelecimentos de serviços de saúde, em especial hospitais-escolas, elaborarem protocolos que garantam a assistência baseada nas recomendações intrapartais; que respeitem a integridade da mulher; que garantam segurança nas práticas ao manter a assistência sob supervisão do docente que, eticamente, deve limitar o número de procedimentos; que assegurem a privacidade das mulheres em trabalho de parto/parto, bem como prezem por uma comunicação efetiva que coloque a mulher no centro do cuidado, compartilhando as decisões.

Cabe ressaltar que a utilização do método misto foi imprescindível para compreender os achados quantitativos iniciais. A integração destes resultados com os dados qualitativos possibilitou a evidência de questões que aparentemente estavam claras, mas que quando aprofundadas trazem à tona fragilidades e desrespeitos.

Esta pesquisa ainda denuncia o cenário cruel a qual mulheres vivenciam suas experiências de parto. Algumas questões ocorrem há séculos, contudo, este fato não pode representar uma conformidade, sendo necessária medidas urgentes que viabilizem o cumprimento de tantas recomendações e políticas já vigentes, ou seja, as recomendações da OMS não foram seguidas em todas as situações. Por outro lado, o termômetro não conseguiu abarcar todas as singularidades vividas pelas mulheres, aspecto de difícil quantificação. As evidências científicas precisam ser utilizadas como referencial para transformação da assistência centrada na mulher, além dos avanços de referenciais teóricos que englobem valorização das experiências culturais e pessoais.

Dessa forma, espera-se que este estudo colabore para não só para compreender, mas apontar a necessidade urgente de ouvir as experiências das mulheres, aprender com elas e transformar estes achados em políticas, protocolos, normas, entre outros que assegurem a mulher e seu bebê que não só sobrevivam, mas vivenciem com intensidade e prazer este momento especial para as famílias.

Este estudo, como qualquer outro, teve suas limitações, entre elas, a etapa da coleta quantitativa que mostrou num momento delicado para a mulher, que está se recuperando do parto, bem como a utilização de dados secundários (cartão pré-natal e informação de prontuários). A pandemia também trouxe obstáculos já apontados, especialmente quando a entrevista foi realizada por videochamada. A falta do escore do termômetro da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (T-IHAMC) colocou desafios a análise estatística, o que foi um empecilho para integração dos dados, uma vez que na presença de um escore os dados qualitativos podem ser transformados em quantitativos, realizando uma métrica para compará-los. Por outro lado, a utilização das duas abordagens colaborou para superar possíveis limites, uma vez que as insuficiências de um método podem ser compensadas pelas potencialidades do outro e assim trazer uma perspectiva global, pelo emprego do método misto.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 11, p. 2287-2296, 2013. DOI:< <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074912>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

ALBUQUERQUE, C.R. **Invisibilidade da mulher no puerpério: uma revisão integrativa**. 2021. Monografia de conclusão de curso (Graduação em enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2021. Disponível em:< <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/2166>>. Acesso em: 15 maio 2022.

ALONSO, B. D. **Como saber se as maternidades promovem uma experiência positiva de parto às mulheres?** Estudo sobre elaboração e validação de um instrumento de avaliação. 2020. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. DOI:<<https://doi.org/10.11606/T.6.2020.tde-09032020-100202>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

AMADO, J. A. Técnica da Análise de Conteúdo. 5.ed. **Revista Referência**, 2000. Disponível em:<<https://woc.uc.pt/fpce/person/ppinvestigador.do?idpessoa=10057>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

AMANDO, A. R. et al. Vivência de puérperas no processo de indução do trabalho de parto. **Rev. Enferm. Atual In Derme**, 92(30): [156-167], 2020. Disponível em:< <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1291059/660-texto-do-artigo-2924-1-10-20200629.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2021.

AMORETTI, R. **O presente e o futuro dos hospitais de ensino**. In: Seminário dos Hospitais de Ensino da Região Sul. 5-6 ago. 2004. Porto Alegre; 2014. Disponível em:< [https://www2.ghc.com.br/ghc//Noticias/Not140904\\_02.htm](https://www2.ghc.com.br/ghc//Noticias/Not140904_02.htm)>. Acesso em: 13 jul. 2021.

ANDREZZO, H. F. **O desafio do direito à autonomia: Uma experiência de Plano de Parto no SUS**. 2016. Dissertação (Mestre em Ciências da Saúde) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. DOI:<<https://doi.org/10.11606/D.6.2016.tde-07112016-141429>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

ANIM SOMUAH, M. et al. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. **Cochrane Database Syst Ver.**, v. 5, n. 5, 2018. DOI:< [10.1002/14651858.CD000331.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4)>. Acesso em: 11 nov. 2021.

ARNEY, W. R. Power and the profession of Obstetrics. Londres: The University of Chicago Press, 1982. **Social Science & Medicine**, v.19, Issue 11, 1984, Pages 1249-1250, ISSN 0277-9536. DOI:<[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90384-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90384-8)>. Acesso em: 17 nov. 2021.

AUSTRALIAN BREASTFEEDING ASSOCIATION. **Breastfeeding, bacteria and your baby's gut**. Australian, 2022 May. Disponível em:<<https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/breastfeeding-bacteria-and-your-babys-gut>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

AYRES, L. F. et al. A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 23, n. 11, 2018. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018001103525](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103525)>. Acesso em: 01 set. 2020.

AYRES, L. F. et al. Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. **Esc. Anna Nery**, v. 25, n. 2, e20200116, 2021. DOI:< <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0116>>. Acesso em: 11 dez. 2021.

AZHAR, Z.; OYEBODE, O.; MASUD, H. Disrespect and abuse during childbirth in district Gujrat, Pakistan: A quest for respectful maternity care. **PLoS ONE**, v. 83, n. 1, 2018. Disponível em:<<https://annalsonglobalhealth.org/articles/abstract/10.1016/j.aogh.2017.03.240>>. Acesso em: 06 jan. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 2004. Disponível em: <[https://www.academia.edu/40820250/BARDIN\\_L\\_1977\\_An%C3%A1lise\\_de\\_conte%C3%BAdo\\_Lisboa\\_edi%C3%A7%C3%B5es\\_70\\_225](https://www.academia.edu/40820250/BARDIN_L_1977_An%C3%A1lise_de_conte%C3%BAdo_Lisboa_edi%C3%A7%C3%B5es_70_225)>. Acesso em: 14 fev. 2022.

BARROS, G. M.; DIAS, M. A.; JÚNIOR, S. C. O uso das boas práticas de atenção ao recém-nascido na primeira hora de vida nos diferentes modelos de atenção ao parto. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**, v. 18, n. 1, p. 21-28, jun. 2018. DOI:<<http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793201800004>>. Acesso em: 11 dez. 2021.

BITTENCOURT, S. D. et al. Nascer no Brasil: continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 100, p. 1-10, 2020. Disponível em:<<https://scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/100/pt>>. Acesso em: 22 mar. 2022.

BITTENCOURT, S. D. et al. Labor and childbirth care in maternities participating in the “Rede Cegonha/Brazil”: an evaluation of the degree of implementation of the activities. **Cien Saude Colet.**, v. 26, n. 3, p. 801-821, 2021. DOI:<<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BOERMA, T. R. et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **Lancet.**, v. 392, n. 10155, p. 1341-1348, 2018. DOI:<[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31928-7)>. Acesso em: 13 dez. 2021.

BOHREN, M. A. et al. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. **Reprod. Health**, 2014 Set 19;11(1):71. DOI:< <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71>>. Acesso em: 10 set. 2021.

\_\_\_\_\_. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. **PLoS Med**. 2015 Jun 30;12(6):e1001847; discussão e1001847.PMID: 26126110; PMCID: PMC4488322. DOI:<<https://10.1371/journal.pmed.1001847>>. Acesso em: 10 set. 2021.

\_\_\_\_\_. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI:<<https://10.1002/14651858.CD003766.pub6>>. Acesso em: 10 set. 2021.

\_\_\_\_\_. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. **Lancet**, v. 394:10210, p. 1750-1763, 2019a. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0). Acesso em: 10 set. 2021.

\_\_\_\_\_. Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 3, n. CD012449, 2019b. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012449.pub2>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BOURGUIGNON, A. M.; GRISOTTI, M. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1230-1245, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n4/1984-0470-sausoc-27-04-1230.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

BRUNELL, O. et al. **Effect of a perinatal care quality improvement package on patient satisfaction: a secondary outcome analysis of a cluster-randomised controlled trial**. *BMJ Open*. v. 12, issue 6, 2022. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/12/6/e054544.full.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de recomendações. Brasília; 2017a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília; 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília; 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 25 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ApiceOn – Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia**. Brasília; 2017b. 31 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS-a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, p.109. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html) Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundação Oswaldo Cruz. Agência de Vigilância Sanitária.** Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília;2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Institui as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. **Diretrizes de Atenção à Gestante:** a operação cesariana. Brasília, 2015. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306\\_28\\_03\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306_28_03_2016.html)>. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução SS – 42, de 06-05-2015. Aprova a Nota Técnica de “Boas Práticas do Parto e Nascimento”. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 2015. Seção 1, p.125. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042\\_25\\_10\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html)>. Acesso em: 18 de abr. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2013:** uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília; 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2013\\_analise\\_situacao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº42, de 13 de dezembro de 2018 - Aprova as diretrizes e estratégias para elaboração do plano de enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância, no contexto da agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2018/resolucao-cit42-2018.pdf/view>>. Acesso em: 11 de jan. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº11.108, de 7 de abril de 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 2005. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 18 de jun. 2021.

CARVALHO, E. M.; GÖTTEMS, L. B.; PIRES, M. R. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 49, n. 6, p. 890-898, 2015. DOI:<<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10iEspecial.272-275>>. Acesso em: 10 ago. 2021.

CASTRO, M. R. Recomendações da OMS na atenção ao parto normal. Tradução, recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: **World Health Organization**; 2018. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5087552/mod\\_resource/content/1/Recomendac%C3%A7o%20OMS%202018.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5087552/mod_resource/content/1/Recomendac%C3%A7%C3%A7o%20OMS%202018.pdf)>. Acesso em: 12 maio 2022.

CHANGOLE, J. et al. Patients satisfaction with reproductive health services at Gogo Chatinkha Maternity Unit, Queen Elizabeth Central Hospital, Blantyre, Malawi. **Malawi Med. J. Malawi**, v. 22, n. 1, p. 5-9, 2010. DOI:<<https://doi.org/10.4314/mmj.v22i1.55899>>. Acesso em: 10 ago. 2021.

CHAPPLE, W. et al.. An economic model of the benefits of professional doula labor support in Wisconsin births. **Wis Med J.** v.112, n. 2, p. 58-64, 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23758016/>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

CHELMOW D. Hemorragia pós-parto: prevenção. **BMJ Clin Evid.** 2011. abril 4; 2011 :1410. DOI: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21463537/>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

CHO, C. E.; NORMAN, M. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 208, n. 4, p.249–254, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.08.009>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

COCA, K. P. et al. Conjunto de medidas para o incentivo do aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar: evidências de revisões sistemáticas. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 02, p. 214-220, 2018. DOI:<<https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00002>>. Acesso em: 24 fev. 2021.

COELHO, T. S. **Análise dos resultados maternos e neonatais associados às intervenções realizadas durante o trabalho de parto de nulíparas de baixo custo.** 2019. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019. Disponível em:<[https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/48046/3/2019\\_dis\\_tscoelho.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/48046/3/2019_dis_tscoelho.pdf)>. Acesso em:10 jun. 2022.

CORRÊA, T. D. et al. Análise de variáveis que influenciam as taxas de sucesso da indução do parto com misoprostol: um estudo observacional retrospectivo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 44, n. 04, p. 327-335, 2022. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/36623>>. Acesso em: 11 maio 2022.

CÔRTEZ, C. T. et al. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 26, n. 2988, p. 1-11, 2018. DOI: <10.1590/1518-8345.2177.2988>. Acesso em: 22 abr. 2021.

COSTA, R. et al. Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP).**Psic.,Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 5, n. 2, p. 159-187, nov. 2004. Disponível em: <[http://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862004000200003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862004000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 out. 2021.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research**. 2nd. Los Angeles: SAGE Publications, 2011.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de métodos mistos**. 2 ed. Porto Alegre (RS): Penso; 2013.

\_\_\_\_\_. **Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches**. 5 ed. Los Angeles: SAGE Publications, 2018.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Nascidos vivos**. 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 02 jun. 22.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int J Gynaecol Obstet**. v. 75, n. 1, p. 5-23, nov., 2001. DOI: <[https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)>. Acesso em: 11 mar. 2021.

DEL MONTE, M. C. **Vigilância após alta em cesáreas: incidência e fatores associados à infecção do sítio cirúrgico**. 2009. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, 2009.

DE MELO, R. A. et al. Vivência de puérperas no processo de indução do trabalho de parto: Experience of people in the process of inducing labor children. **Revista Enfermagem Atual In Derme.**, v. 92, n. 30, 2020. DOI:<[10.31011/reaid-2020-v.92-n.30-art.660](https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.92-n.30-art.660)>. Acesso em: 6 out. 2022.

DE REZENDE, J.; MARTINEZ, A. R.; FERREIRA, A. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan; 199.

DESLANDES, S. F. Abordagens Quantitativa e Qualitativa em Saúde: O Diálogo das Diferenças. In: MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 195 – 223.

DIAS, B. A. et al. Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 38, 2022. DOI: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT073621>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

DINIZ, C. S.; DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. São Paulo: Editora Unesp, 2004.

DINIZ, C. S. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciêñ Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627–37. 2005. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>>. Acesso em: 10 mai. 2022.

\_\_\_\_\_. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, ago. 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822009000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 set. 2022.

\_\_\_\_\_. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 20, n. 39, p. 125–132, 2012. DOI: <[https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(12\)39616-x](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(12)39616-x)>. Acesso em: 09 abr. 2022.

DINIZ, C. S. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascir no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S140–S153, ago. 2014. DOI: <[10.1590/0102-311X00127013](https://doi.org/10.1590/0102-311X00127013)>. Acesso em: 30 ago. 2020.

DINIZ, C. S. et al. A vagina escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 253-9, 2016b. DOI: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>>. Acesso em: 07 maio 2022.

DINIZ, C. S. et al. Why do women in the private sector have shorter pregnancies in Brazil? Left shift of gestational age, caesarean section and inversion of the expected disparity. **J Hum Growth Dev**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 33-40, 2016a. DOI: <[http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113712](https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113712)>. Acesso em: 27 set. 2022.

DINIZ, C. S. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **J Hum Growth Dev**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 1-8, 2015. DOI: <<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>>. Acesso em: 27 ago. 2022.

DINIZ, S. G.; CHACHAM A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/307211773\\_O\\_corte\\_por\\_cima\\_e\\_o\\_corte\\_por\\_baixo\\_o\\_abuso\\_de\\_cesareas\\_e\\_episiotomias\\_em\\_Sao\\_Paulo](https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo)>. Acesso em: 22 out. 2021.

DOMÍNGUEZ-SOLÍS, E.; LIMA-SERRANO, M.; LIMA-RODRÍGUEZ, J. S. Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: A systematic review. **Midwifery**, v. 102, n. 103126, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34464836/>>. Acesso em: 11 jul. 2022.

DOORENBOS, A. Z. Mixed methods in nursing research: an overview and practical examples. **Kango Kenkyu**, v. 47, n. 3, p. 207-17, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4287271/>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

d’Orsi, M.; BRÜGEMANN, O. M. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 154-168, 2014. DOI: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00087813>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

DOWNE, S. et al. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. **PLoS One**, v. 13, n. 4, p. 1-17, May, 2018. DOI: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

EDWARDS, H. M. Aetiology and treatment of severe postpartum haemorrhage. **Dan Med J**, v. 65, n. 3, 2018. Disponível em:<[http://ugeskriftet.dk/files/b5444\\_aetiology\\_and\\_treatment\\_of\\_severe\\_postpartum\\_haemorrhage.pdf](http://ugeskriftet.dk/files/b5444_aetiology_and_treatment_of_severe_postpartum_haemorrhage.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2020.

ESAN, O. T.; MASWIME, S.; BLAAUW, D. A qualitative inquiry into pregnant women's perceptions of respectful maternity care during childbirth in Ibadan Metropolis, Nigeria. **Sex Reprod Health Matters**. v. 3, n. 1, 2022. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35412963/>>. Acesso em: 5 jul. 2022.

FEITOZA, S. R. **Fatores maternos, fetais e assistenciais associados à ocorrência de lacerações perineais e episiotomias**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018. Disponível em:<<https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/37972>>. Acesso em: 3 nov. 2021.

FETTERS, M. D.; CURRY, L. A.; CRESWELL J. W. Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. *Health Serv Res*. 2013, v. 48, p. 2134-56. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>. Acesso em: 13 ago. 2021.

FIGUEIREDO, K. N. et al. Oferta das boas práticas do parto em maternidades da Rede Cegonha segundo a Teoria de Resposta ao Item. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 06, p. 2303-2315, 2022. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15962021>>. Acesso em: 5 maio 2022.

FORSTER, D. A. et al. Women's views and experiences of publicly-funded homebirth programs in Victoria, Australia: A cross-sectional survey. **Women and Birth**, v. 32, p. 221–230, 2018. DOI:<<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.019>>. Acesso em: 5 maio 2022.

FOUCAULT, M. História da sexualidade *In: A vontade de saber*. 15 edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003, 152 p.

FRANCHI, J. V. et al. Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. **Rev Lat Am Enfermagem**. v. 28, p. 1-9, jun., 2020. Disponível em:<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692020000100345&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100345&tlng=en)>. Acesso em: 4 jul.2021.

FREEDMAN, L. P.; KRUK, M. E. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. **Lancet**, v. 384, p. 42–4, June, 2014. DOI:<<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.019>>. Acesso em: 13 ago. 2021.

FRIEDMAN, A. M. et al. Evaluation of third-degree and fourth-degree laceration rates as quality indicators. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**, v. 125, n. 4, p. 927-937, 2015. DOI:<<https://doi.org/10.1097/aog.0000000000000720>>. Acesso em: 13 ago. 2021.

International Federation of Gynecology And Obstetrics. et al. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**; *Obstetrics*, v. 128, n. 2, p. 95–99, 2015. DOI:<<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>>. Acesso em: 21 jun. 2021.

GAMA, A. S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, 2009. Disponível em:<[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001100017&script=sci\\_abstract&tlng=p](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001100017&script=sci_abstract&tlng=p)>. Acesso em: set.2020.

GAMA, S. G.; THOMAZ, E. B.; BITTENCOURT, S. D. Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 772, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Zb4zdRNNnK6kKb9wTFsGdTC/?lang=pt#>>. Acesso em: 8 jul. 2022.

GAMA, S. G. et al. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 919-929, 2021. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>>. Acesso em: 02 jun.2022.

GHIMIRE, N. P, et al. Women's Experience of Disrespect and Abuse during Institutional Delivery in Biratnagar, Nepal. **Int J Environ Res Public Health**, 2021, v. 18, n. 18. PMID: 34574536; PMCID: PMC8469242. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34574536/doi:10.3390/ijerph18189612>>. Acesso em: 01 fev. 2022.

GOIABEIRA, Y. N. et al. Presence of a full-time companion in Brazilian maternities linked to the Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2022, v. 27, n. 4, p. 1581-1594. ISSN 1678-4561. DOI:<<https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.07462021>>. Acesso em: 02 maio 2022.

GOMES, M. A. et al. Atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil: estamos avançando na garantia das boas práticas? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2021, v. 26, n. 3, p. 859-874. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.26032020>>. Acesso em: 15 maio 2022.

GONÇALVES, M. F. et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p.1-8, 2017. Epub 12-Mar-2018. DOI:<<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>>. Acesso em: 27 out. 2021.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar:** como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

HALL, K. S. et al. Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. **The Lancet**, 2020, v. 395, n. 10231, p. 1175-1177. Disponível em:<[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30801-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30801-1/fulltext)>. Acesso em: 20 jun.2020.

HABIMANA-KABANO, I; BROEKHUIS, A.; HOOIMEIJER P. Inter-Pregnancy Intervals and Maternal Morbidity: New Evidence from Rwanda. **Afr J Reprod Saúde**, v. 19, n. 3, p. 77-86, 2015. Disponível em:<[https://www.researchgate.net/publication/283786461\\_Inter-Pregnancy\\_Intervals\\_and\\_Maternal\\_Morbidity\\_New\\_Evidence\\_from\\_Rwanda](https://www.researchgate.net/publication/283786461_Inter-Pregnancy_Intervals_and_Maternal_Morbidity_New_Evidence_from_Rwanda)>. Acesso em: 12 jun.2020.

HENNINK, M. M.; KAISER, B. N.; MARCONI, V. C. Code saturation versus meaningsaturation: how many interviews are enough? **Qual. Health Res**, 2017, v.27, n.4, p.591-608. DOI:<<https://doi.org/10.1177/1049732316665344>>. Acesso em: 02 maio 2019.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 25, n. 2953, 2017. DOI:<<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2007.2953>>. Acesso em: 27 dez. 2021.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A.; MUÑOZ-VILLANUEVA, M. C. Are birth plans associated with improved maternal or neonatal outcomes? **MCN Am JMatern-Child**. v. 38, n. 3, 2013. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23625102>>. Acesso em: 28 dez. 2021.

HODNETT, E. D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. **Am J Obstet Gynecol**. v. 5, n. 186, p. 160-72, 2002. DOI:<[10.1067/mob.2002.121141](https://doi.org/10.1067/mob.2002.121141)>. Acesso em: 22 dez. 2021.

HONNEF, F. et al. Escolhas das mulheres no processo de parto: revisão integrativa. **Cienc. Cuid. Saúde**. v. 18, n. 4, 2019. DOI:<[10.4025/ciencucuidsaude.v18i4.44687](https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v18i4.44687)>. Acesso em: 13 dez. 2021.

HOTIMSKY S. N.; AGUIAR J. M.; VENTURI JUNIOR G. **A violência institucional no parto em maternidades brasileiras**. Tradução. São Paulo: Fundação Perseu Abramo,2013. Disponível em:<<https://repositorio.usp.br/item/002849670>>. Acesso em: 08 out. 2022.

HORTA, B. L. et al. Birth by Caesarean Section and Prevalence of Risk Factors for Non-Communicable Diseases in Young Adults: A Birth Cohort Study. **PLoS ONE**, v. 8, n. 9, p. 1–10, 2013. DOI:<<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074301>>. Acesso em: 17 jul. 2021.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em:<<https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/por-cidade-estado/geociencias.htmlt=destaquesampc=3511102>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

JCI. Joint Commission International. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. Manual. 5 ed. 2014. 303p.

JENA, B. H. et al. Association of primary postpartum hemorrhage with inter-pregnancy interval in urban South Ethiopia: A matched nested case-control study. **PLoS One**. v. 17, n. 7, 2022. PMID: 35849596; PMCID: PMC9292068. Disponível em:<[10.1371/journal.pone.0271216](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271216)>. Acesso em: 05 jun. 2022.

JIANG, H. et al. Uso seletivo versus rotineiro de episiotomia para parto vaginal. **Sistema de banco de dados Cochrane**, 2017 Issue 2. article in.: CD000081. DOI:<[10.1002/14651858.CD000081.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3)>. Acesso em: 19 out. 2020.

JOLLES, D. R. et al. Place of Birth Preferences and Relationship to Maternal and Newborn Outcomes Within the American Association of Birth Centers Perinatal Data Registry,2007-2020. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, 2022, v.36, Issue 2, p. 150-160. DOI:<[10.1097/JPN.0000000000000647](https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000647)>. Acesso em: 05 ago. 2022.

KETTLES, A. M.; CRESWELL, J. W.; ZHANG, W. Mixed methods research in mental health nursing. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 18, n. 6, p. 535-42. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21749560>>. Acesso em: 10 maio 2020.

KRUIT H, G.M. et al. Breaking the myth: the association between the increasing incidence of labour induction and the rate of caesarean delivery in Finland - a nationwide Medical Birth Register study. **BMJ Open**. 2022, v. 12, n. 7, article n.060161.DOI:<[10.1136/bmjopen-2021-060161](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060161)>. Acesso em: 24 set.2022.

LEAL, M. C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. DOI:<[10.1590/1413-81232018236.03942018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018)>. Acesso em: 23 maio 2021.

LEITE, T. H. et al. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. **Journal of Affective Disorders**, v. 273, p. 391-401, 2020.DOI:<<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.052>>. Acesso em: 22 mar. 2021.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 17-32, 2014. DOI:<<https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>>. Acesso em: 27 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. DOI:<<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>>. 27 set. 2021.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 5-S7, 2014. ISSN 1678-4464.DOI:<<https://doi.org/10.1590/0102-311XED01S114&gt>>. Acesso em: 10 out. 2018.

LEAL, M.C. et al. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Cien Saúde Colet**, 2021, v. 26, n. 3. DOI:<<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.06642020>>. Acesso em: 24 set. 2022.

LEAL, M. C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, 2019, v. 35, n. 7. ISSN 1678-4464.Epub 22 Jul 2019.DOI:<[10.1590/0102-311X00223018](https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018)>. Acesso em: 9 ago. 2022.

LEITE, T. H. et al. The association between mistreatment of women during childbirth and postnatal maternal and child health care: Findings from “Birth in Brazil”, Women and birth. **Journal of the Australian College of Midwives**, v.35, n.1, 2022. DOI:<<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.02.006>>. Acesso em: 30 ago. 2022.

LEITE, T. H. et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n.02,2022. Epub 02 fev 2022. ISSN 1678-4561. DOI:<[10.1590/1413-81232022272.38592020](https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020)>. Acesso em: 8 out. 2022.

LEITE, T. H. et al. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. **Journal of Affective Disorders**, v. 273, p. 391-401, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.052>. Acesso em: 8 out. 2021.

LIMA, D. M. et al. Fatores de risco para infecção no puerpério cirúrgico. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 734-40, 2014. Disponível em:<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35170>>. Acesso em: 5 fev. 2021.

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 9-28, ago./dez. 2000.

LUNDGREN, I. et al. Health professionals' perceptions of a midwifery model of woman-centred care implemented on a hospital labour ward. **Women Birth**. 2020, v.33, n.1, 60-9. DOI:<10.1016/j.wombi.2019.01.004>. Acesso em: 08 nov. 2021.

MACONES, G. A. et al. Diretrizes para cuidados pós-operatórios em cesariana: Recomendações da Sociedade Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) (parte 3). **Am J Obstet Gynecol**, v. 221, n. 3, 2019. DOI:<10.1016/j.ajog.2019.04.012>. Acesso em: 08 fev. 2020.

MAGALHÃES, A. C. et al. Indicadores de saúde e qualidade de vida no contexto da atenção primária à saúde. **Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro**. v. 2, n. 1, p. 31-42, 2012. DOI:<<https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.166>>. Acesso em: 13 fev. 2021.

MAPUMULO, S. et al. Health workers; disrespectful and abusive behaviour towards women during labour and delivery: A qualitative study in Durban, South África. **PLoS One**. v. 16, n. 12, 2021. DOI: <10.1371/journal.pone.0261204.PMID:34905562>. Acesso em: 10 jan. 2022.

MARROQUIN, G. A. et al. Indução do trabalho de parto com 41 semanas de gravidez entre primíparas com escore de Bishop desfavorável. *Arch Gynecol Obstet*, n. 288, p. 989-93, 2013.

MATTAR, L. D.; DINIZ, S. G. Reproductive hierarchies: motherhood and inequalities in women's exercising of human rights. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 107-19, jan./mar. 2012. DOI:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>>. Acesso em: 14 jan. 2021.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Coleção história e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MELO, C.R. **Adaptação transcultural do Maternity Safety Thermometer para o português do Brasil**. Tese (Doutorado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina;2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/169573/338818.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 14 jun. 2021.

MINAYO, M. C. **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. 6 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

MINAYO, M. C.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C; MINAYO, C. G. **Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de saúde.** Rio de Janeiro, 2001.

MINAYO, M. C.; COSTA, A. P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, v. 40, n. 49, p. 139-153, 2018. Disponível em: <<https://ria.ua.pt/bitstream/10773/26788/1/035.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2021.

MONGUILHOTT, J.J.C et al. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Rev Saúde Pública**, 2018, v. 52, n. 1. DOI:<<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052006258>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

MONTEIRO, P. G.A. et al. Desfechos neonatais associados às intervenções obstétricas realizadas no trabalho de parto em nulíparas. **Rev. Rene**, v. 22, n. 67921, 2021. DOI:<<http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20212267921>>. Acesso em: 06 ago. 2022.

MOREIRA, M. E. et al. Clinical practices in the hospital care of healthy newborn infant in Brazil. **Cad Saúde Pública**. 2014, v. 30, Suppl 1. DOI:<<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00145213>>. PMID:25167172>. Acesso em: 03 nov.2018.

NAHAR, M. T. et al. Individual and community-level factors associated with skilled birth attendants during delivery in Bangladesh: A multilevel analysis of demographic and health surveys. **PLoS One**, 2022, v. 176, e0267660. PMID: 35767568; PMCID: PMC9242462. DOI: <10.1371/journal.pone.0267660>. Acesso em: 03 out. 2022.

NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. **Reprod Health**, v.13, n. 128, 2016. DOI:<<https://doi.org/10.1186/s12978-016-0228-7>>. Acesso em: 03 jan. 2022.

NEGELE, K. et al. Mode of delivery and development of atopic disease during the first 2 years of life. **Pediatric Allergy and Immunology**, v. 15, n. 1, p. 48–54, 2004. DOI:<<https://doi.org/10.1046/j.0905-6157.2003.00101.x>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

NHS. **Maternity Safety Thermometer.** Disponível em: <<https://digital.nhs.uk/services/closed-services/nhs-safety-thermometer>>. Acesso em: 03/03/2020.

\_\_\_\_\_. **Safety Thermometer: It's not just counting ... It's Scaring.** London: NHS; 2015. Disponível em: <<https://www.safetythermometer.nhs.uk/>>. Acesso em: 03/03/2020.

NIY, D. Y. **Desafios para a implementação de uma assistência “amiga da mulher”:** a presença de acompanhantes e a mobilidade no parto em uma maternidade do SUS em São Paulo. 2018.Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de São Paulo, São Paulo. DOI: <<https://doi.org/10.11606/T.6.2018.tde-23042018-141716>>. Acesso em: 02 jun. 2020.

NIY, D. Y. et al. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019. DOI: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180074>>. Acesso em: 02 jan. 2021.

OELHAFEN, S. et al. Coerção informal durante o parto: fatores de risco e estimativas de prevalência de uma pesquisa nacional entre mulheres na Suíça. **BMC Journal**, v. 21, 2021. DOI: <<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03826-1>>. Acesso em: 23 ago. 2021.

OLIVEIRA, L. S. et al. Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. **São Paulo Medical Journal**. 2014, v. 132, n. 04, pp. 231-238. Epub 28 de maio de 2014. ISSN 1806-9460. DOI:<<https://doi.org/10.1590/1516-3180.2014.1324710>>. Acesso em: 15 out. 2022.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2008. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa\\_hospital\\_amigo\\_crianca\\_modulo1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf)>. Acesso em 15 out. 2022.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Diretrizes da OMS para o manejo de hemorragia pós-parto e retenção de placenta**. Organização Mundial da Saúde, 2009. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf) Acesso em 12 out. 2022

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva**. Organização Mundial da Saúde, 2022. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>>. Acesso em 15 mar. 2022.

OSANAN, G. C. et al. Strategy for Zero Maternal Deaths by Hemorrhage in Brazil: A Multidisciplinary Initiative to Combat Maternal Morbimortality. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2018, v. 40, n. 03 pp. 103-105. ISSN 1806-9339. DOI:<<https://doi.org/10.1055/s-0038-1639587>>. Acesso em: 23 ago. 2022.

PAES, L.B.O. et al. Women and COVID-19: reflections for a sexual and reproductive rights-based obstetric care. **Rev Bras Enferm**, 2021, v. 74, Epub 12 July 2021. ISSN 1984-0446. DOI:<<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1164>>. Acesso em: 22 ago. 2022.

PAES, L. B.; SOLER, Z. A. Nascer de cesárea em microrregião paulista: associação com características sociodemográficas. **Enfermagem Brasil**, v. 18, p. 242-253, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.33233/eb.v18i2.2814>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

PALHARINI, L. A. **A história da atenção ao parto e nascimento**: possibilidades dos museus como espaços de comunicação e formação sobre o tema, 2015, 175f. Tese (Doutorado em Ensino de Ciências e Matemática) -Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015. Disponível em: <<https://l1library.org/document/q0grk49z-historia-atencao-nascimento-possibilidades-museus-espacos-comunicacao-formacao.html>>. Acesso em: 12 ago. 2022.

PEARSON, A.; JORDAN, Z.; MUNN, Z. Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. **Nurs Res Pract.** v. 2012, p. 1-6, 2012. DOI:<<https://doi.org/10.1155/2012/792519>>. Acesso em: 12 jun. 2022.

PEREIRA, J. T. et al. Assistência obstétrica em maternidade pública: análise comparativa de duas coortes. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 20, 2021. Epub 15-Abr-2022. DOI:<<http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.58622>>. Acesso em: 22 ago. 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

POSSATI, A. B. et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1-6, 2017.DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

POWER, M.; STEWART, K.; BROTHERTON, A. What is the NHS safety thermometer? **Clinical Risk**, v. 18, p. 163–169, 2012. DOI: <<https://doi.org/10.1258/cr.2012.012038>>. Acesso em: 26 jan. 2021.

POWER, M. et al. Learning from the design and development of the NHS safety Thermometer. **International journal for quality in health care**, v. 26, n.3, p. 287-297,2014. DOI: <<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu043>>. Acesso em: 21 jun. 2021.

PRATA, J. A. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas: contribuições terapêuticas. **Escola Anna Nery**, 2022, v. 26 e20210182. DOI:<<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0182>>. Acesso: 22 set. 2022.

RAUCH, S. et al. A true choice of place of birth? Swiss women’s access to birth hospitals and birth centers. **PLoS ONE**, v. 17, n. 7, 2022. DOI:<<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270834>>. Acesso em: 07 set.2022.

REIS, L. A. et al. Relação de trabalho entre enfermeiros obstétricos e doulas na assistência ao parto. **Enferm. Foco**, v.12, n.3, p.512-9, 2021. DOI:<<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4248>>. Acesso em: 10 set.2021.

REIS, L. G.; PEPE, V. L.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1139-1159, 2011. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/79c9/78acade2c89814bd907f596ebdaacd867026.pdf>>. Acesso em: 15 out.2021.

REIS, L. G. Maternidade segura. *In*: Sousa P, Mendes W, organizadores. **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014.

RENFREW, M. J. et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. **Lancet**, v. 384, n. 9948, p. 1129–45, June, 2014. DOI:<[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60789-3)>. Acesso em: 05 out.2021.

RETT, M. T. et al. Satisfação e percepção de dor em puérperas: um estudo comparativo após parto vaginal e cesariana em maternidades públicas de Aracaju. **ABCS Health Sci**, v. 42, n. 2, p. 66- 72, 2017. DOI:<<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/09/849011/42abcs66.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2021.

RITTER, S. K.; GONÇALVES, A. C.; GOUVEIA, H. G. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2020, v. 33. DOI:<<https://doi.org/10.37689/acta-ape%2F2020ao0284>>. Acesso em: 09 out. 2022.

ROCHA FILHO, E. A, *et al.* Grupo de Estudos da Rede Brasileira de Vigilância da Morbidade Materna Grave. Morbidade materna grave e near miss por hemorragia pós-parto em um estudo nacional de vigilância multicêntrico. **Int. J. Gynaecol Obstet**, v. 128, n. 02, p. 131-136, 2015.

RODRIGUES, P. G. *et al.* A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery**. v. 19, n. 4, 2015. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2020.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na medicina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2):S201-S212, 2003. DOI:<<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800002>>. Acesso em: 22 set. 2020.

RONDON, M. C.; SAMPAIO, G. T.; TALIZIN, E. V. Mulheres assistidas por doulas: estudo exploratório. **Nursing**, São Paulo, v. 24, n. 279, p. 6045-6052, 2021. Disponível:<<https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1710/1962>>. Acesso em: 13 set. 2020.

SALGADO, H. O. et al. Patient Safety in Maternity Care in Brazil: The Maternity Safety hermometer as a Tool to Improve the Quality of Care. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 39, n. 5, p. 199-201, 2017. DOI:<<https://doi.org/10.1055/s-0037-1602704>>. Acesso em: 22 set. 2020.

SALGADO, H. O. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento**. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. DOI:<<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28012013-160810/publico/HOS.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2020.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. **Metodologia de la investigación**. 6a. ed. México DF: McGraw-Hill, 2014.

SANDALL, J. et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. **Lancet**, v. 392, p. 1349-1457, 2018. DOI:<[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31930-5)>. Acesso em: 11 mar. 2021.

SANTOS, F. S. et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 6:e00143718, 2019. DOI:<<https://doi.org/10.1590/0102-311x00143718>>. Acesso em: 19 set. 2022.

SANTOS, I. D. et al. Maternal near-miss in labor and delivery in the light of technologies in health\* \* Extracted from the dissertation: “Near miss materno: entre mulheres no período de trabalho de parto e parto”, Universidade Estadual de Londrina, 2017. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2018, v. 52 e03409. Epub 07 Jan 2019. ISSN 1980-220X. DOI:<<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017049603409>>. Acesso em: 09 set. 2022.

SANTOS, J. L. et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 26, n. 3, e1590016, 2017. DOI:<<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>>. Acesso em: 13 set. 2022.

SANTOS, D. S. et al. Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. **Clinical Infectious Diseases**, v. 7, p. e1, 2020. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7454418/pdf/ciaa1066.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2022.

SANTOS, S. E. V. et al. Infecção de feridas pós-cesáreas e os cuidados de enfermagem: uma revisão de literatura. **Nursing**, São Paulo, v. 25, n. 290, p.8207 – 8220, 2022. Disponível em:<<https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2613/3185>>. Acesso em: 11 jan. 2022.

SCAPINS, Q. et al. Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. **Texto Contexto Enferm.** 2018, v. 27, n. 1, p. 1-8. DOI:<<https://doi.org/10.1590/0104-07072018000710016>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SCHEAFFER, Richard et al. **Elementary survey sampling**. Cengage Learning, 2011.

SENA, L. M.; CHARLES, C. H. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017. DOI:<[10.1590/1807-57622015.0896](https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896)>. Acesso em: 23 jan. 2019.

SHAKIBAZADEH, E. et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. **BJOG**. v. 125, n. 8, p. 932–942, 2017. PMID: 29117644. DOI:<<http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.15015>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

SHIVANAGAPPA, M. et al. Progress of labor and obstetric outcome in parturients with combined spinal-epidural analgesia for labor: A comparative study. **Ann Afr Med**, 2021, v. 20, n. 4, p. 270-275. PMID:34893564; PMCID: PMC8693742. DOI:<[https://doi.org/10.4103/aam.aam\\_59\\_20](https://doi.org/10.4103/aam.aam_59_20)>. Acesso em: 01 jul. 2022.

SILVA, E. C. et al. Caracterização das práticas de atenção ao parto na percepção das mães. **Nursing** (São Paulo); 24(282): 6468-6473, nov. 2021.

SILVA, A. L. et al. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v.7, n.1, p.144-51, 2017. DOI:<<http://dx.doi.org/10.5902/2179769222531>>. Acesso em: 02 jul. 2022.

SILVA, T. P. et al. Factors associated with normal and cesarean delivery in public and private maternity hospitals: a cross-sectional study. **Rev Bras Enferm**, 2020, v. 73, Suppl 4. DOI:<<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0996>>. Acesso em: 06 jan. 2021.

SILVA, Y.A.P. et al. Obstetric analgesia in labor and its association with neonatal outcomes. **Rev Bras Enferm**, 2020, v.73, n.2, e20180757. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0757>>. Acesso em: 06 jan. 2021.

SILVEIRA, M. F. et al. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. **Journal of Affective Disorders**, v. 256, p. 441–447, 2019. DOI:<<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.016>>. Acesso em: 23 fev. 2022.

SIMPSON, K. R.; LYNDON, A. Consequences of Delayed, Unfinished, or Missed Nursing Care During Labor and Birth. **J Perinat Neonatal Nurs**, v. 31, n. 1, p. 32–40, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1097/jpn.000000000000203>. Acesso em: 10 fev. 2022.

SODRÉ, T. M.; MERIGHI, M. A.; BONADIO, I. C. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Ciênc. cuid. Saúde**, v. 11, p. 115-120, 2012. DOI:<[10.4025/ciencucidsaude.v10i5.17062](https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v10i5.17062)>. Acesso em: 21 fev. 2022.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad Saúde Pública**. v. 30, p. 11-13, 2014. Disponível em:<[https://www.researchgate.net/publication/270437927\\_Sobre\\_o\\_parto\\_e\\_o\\_nascer\\_a\\_importancia\\_da\\_prevencao\\_quaternaria](https://www.researchgate.net/publication/270437927_Sobre_o_parto_e_o_nascer_a_importancia_da_prevencao_quaternaria)>. Acesso em: 13 jun. 2021.

SOUZA, S. K.; GUALDA, D. R. A Experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto & contexto enferm**, v. 25, n. 1, 2016. DOI:<<https://doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>>. Acesso em: 19 jun. 2021.

SOUZA, K. C. et al. Coexistence and prevalence of obstetric interventions: an analysis based on the grade of membership. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 21, v. 1, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-021-04092-x> PMID:34503471. Acesso em: 20 set. 2022.

SOUZA, M. R. et al. Fatores relacionados ao desfecho perineal após parto vaginal em primíparas: um estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, e03549, 2020. Epub 13 Mar 2020. ISSN 1980-220X. DOI:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018043503549>>. Acesso em: 18 ago. 2022.

SPINK, M. P. **Psicologia social e saúde**: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2003.

SUÁREZ-CORTÉS, M. et al. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. **Rev Lat Am Enfermagem**. v. 23, n. 3, p. 520-6, 2015. DOI:<<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>>. Acesso em: 13 set. 2022.

SYS, D. et al. Women's views of birth after cesarean section. **J. Obstet. Gynaecol. Res.**, v. 47, n. 12, p. 4270-4279, 2021. Epub 2021 Oct 5. PMID: 34611958.DOI: <10.1111/jog.15056>. Acesso em: 23 set. 2022.

SZYMANSKI, H. et al.(Org.) **A entrevista da pesquisa em educação: a prática reflexiva**. 4. Ed. Brasília: Liber Livro, 2011.

TAKEMOTO, M. L. et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 151, issue 1, 2020. DOI:<10.1002/ijgo.13300>. Acesso em: 05 ago. 2020.

TILDEN, E. L. et al. Describing latent phase duration and associated characteristics among 1281 low-risk women in spontaneous labor. **Birth.**, v. 46, n. 4, p. 592-601, 2019. Epub 2019 Mar 28. PMID: 30924182; PMCID: PMC6765461. DOI: 10.1111/birt.12428.Acesso em: 03 mar. 2022.

TOMASI, Y. T. et al. From prenatal care to childbirth: a cross-sectional study on the influence of a companion on good obstetric practices in the Brazilian National Health System in Santa Catarina State, 2019. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 30, n. 1, 2021. PMID:33503213.DOI:<https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100014>. Acesso em: 20 mar. 2021.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**. v. 19, n. 6, p. 349-57. 2007. DOI:<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. Acesso em: 14 mar. 2021.

TRIGUEIRO, T. H. et al. Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. **Esc. Anna Nery**, v. 26, e20210036, 2022. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0036>. Acesso em: 01 ago. 2022.

TUNÇALP, Ö. et al. Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. **BJOG**, v. 122, n. 8, p. 1045–9. May 2015. DOI:<https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>. Acesso em: 15 set. 2022.

TURNER, L. et al. Exploring the relationship between women's experience of postnatal care and reported staffing measures: An observational study. **PLoS One**, v. 17, n. 8:e0266638, 2022. Disponível em: doi: 10.1371/journal.pone.0266638. PMID: 35917338; PMCID: PMC9345482. Acesso em: 25 set. 2022.

UNICEF. **The state of the world's children 2016: a fair chance for every child**. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2016. Disponível em: <https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF\_SOWC\_2016.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

UNITED NATIONS. **Declaration on the elimination of violence against women**. Geneva: United Nations, 1993.

VELHO, M. B. et al. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, 2014. DOI:<<https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140038>>. Acesso em: 10 out. 2022.

VELHO, M. B. et al. Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, 2019. Epub 25 Mar 2019. ISSN 1678-4464. DOI:<<https://doi.org/10.1590/0102-311X00093118>>. Acesso em: 6 ago. 2022.

VENTURI, J. G.; AGUIAR, J. M.; HOTIMSKY, S. N. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública - Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. In: 7º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL;2011, Belo Horizonte. Anais. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras; 2011.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência ao parto de adolescentes e mulheres em idade materna avançada em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021, v. 26, n. 3, p.847-858. Epub 15 Mar 2021. ISSN 1678-4561. DOI:<[10.1590/1413-81232021263.12492020](https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.12492020)>. Acesso em: 30 de jul. 2022.

VILLAR, V.C. F. L. et al. Segurança do paciente na assistência ao parto: o que é debatido nos grupos do Facebook? **Cadernos de Saúde Pública**, 2022, v. 38, n. 7, e00277421. Epub 15 ago. 2022. ISSN 1678-4464. DOI:<[0.1590/0102-311XPT277421](https://doi.org/10.1590/0102-311XPT277421)>. Acesso em: 01 set. 2022.

VILELA, M. E. A. **Atenção ao parto e nascimento em hospitais de ensino**: o que dizem as mulheres. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2018.

VILELA, M. E.A. et al. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021, v. 26, n. 3, p. 789-800. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>>. Epub 15 Mar 2021. ISSN 1678-4561. DOI: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>>. Acesso em 7 ago. 2022.

VOLPATO, F. et al. Informações que (des)motivam a tomada de decisão das mulheres sobre o Parto Domiciliar Planejado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2021, v. 74, n. 4, e20200404. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0404>>. Epub 04 de junho de 2021. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0404>. Acesso: 1 set. 2022.

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. v. 75, p.25-37., 2001.

WIGERT, H. et al Patel H. Womens experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. **Int J Qual Stud Health Well-being.**, 2020, v. 15, n. 1, 1704484. Disponível em: doi: 10.1080/17482631.2019.1704484. PMID: 31858891; PMCID: PMC6968519. Acesso em: 11 jul. 2022.

WINDAU-MELMER, T. **A Guide for Advocating for Respectful Maternity Care**; Futures Group. Health Policy Project: Washington, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 2, p. 436-7, 1985. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2863457>. Acesso em: 9 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth**: a practical guide. Geneva, 1996. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331262/WH-1998-Jan-Feb-p31-eng.pdf> .Acesso em: 9 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215eng.pdf;sequence=1>. Acesso em: 9 out. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Statement on caesarean section rates. **Reproductive health matters**, v. 2, n. 45, p.149-150. 2015. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf) Acesso em: 9 out. 2022.

ZAIDEN, L. et al. Influência das características hospitalares na realização de cesárea eletiva na Região Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2020, v. 36, n. 1,e00218218. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00218218>>. Epub 20 Dez 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00218218>. Acesso em: 9 out. 2022.

ZAIDEN, L. et al. Obstetric interventions in a maternity hospital with a collaborative model of care: a comparative observational study. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2022, v. 27, n. 7, p. 2741-2752. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.20632021>>. Acesso em: 4 ago. 2022.

ZAMPAS, C. et al. Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth. **Health Hum Rights**, v.22, n.1, p.251-264, 2020. Disponível em: Acesso em:

ZAR, J. H. **Biostatistical Analysis**. 5th edition. Essex: Prentice Hall, 2009.

ZEJNULLAHU, V.A. et al. Surgical site infections after cesarean sections at the University Clinical Center of Kosovo: rates, microbiological profile and risk factors. **BMC Infect. Dis**, v. 19, n. 1, p. 752. 2019.

ZOU, GUANGYONG. A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data. **American journal of epidemiology**, v. 159, n. 7, p. 702-6. 2004.

## APÊNDICES E ANEXOS

### **ANEXO A - Recomendações da OMS para uma Experiência positiva, traduzido por Castro (2018)**

Recomendação 01. Cuidados de maternidade respeitosos – se referem a cuidados organizados e oferecidos a todas as mulheres, de modo que mantenha sua dignidade, privacidade e confidencialidade - garante a ausência de danos e maus tratos e possibilita a escolha informada e apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto – recomendado.

Recomendação 02. Comunicação efetiva entre prestadores de cuidados de maternidade e mulheres em trabalho de parto, utilizando métodos adequados para cada cultura – recomendado.

Recomendação 03. Um companheiro de escolha é recomendado para todas as mulheres ao longo do trabalho de parto e do parto - recomendado.

Recomendação 04. Modelos de continuidade do cuidado da parteira - uma parteira conhecida ou um pequeno grupo de parteiras conhecidas apoia uma mulher ao longo do pré-natal, durante o trabalho de parto e o pós-parto. Recomendação em locais com programas de obstetrícia que funcionam bem.

Recomendação 05. Recomenda-se o uso das seguintes definições dos primeiros estágios latente e ativo do trabalho de parto: - Primeiro estágio latente é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta da dilatação até 05 cm para trabalho de parto de nulíparas ou multíparas. - Primeiro estágio ativo é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação mais rápida de 05 cm até dilatação completa para trabalhos iniciais e subsequentes.

Recomendação 06. As mulheres devem ser informadas de que não foi estabelecida uma duração padrão para o primeiro estágio latente e pode variar muito de uma mulher para outra. No entanto, a duração do primeiro estágio ativo (a partir de 5 cm até a dilatação cervical completa) geralmente não se estende além de 12 horas nas nulíparas, e geralmente não ultrapassa 10 horas nas multíparas – recomendado.

Recomendação 07. Para as mulheres grávidas com início do trabalho espontâneo, o limiar da taxa de dilatação cervical de 01 cm / hora durante o primeiro estágio ativo (conforme descrito na linha de alerta do partograma) é impreciso para identificar mulheres em risco de resultados adversos de parto e, portanto, não é recomendada para esse fim – não recomendado.

Recomendação 08. Uma taxa mínima de dilatação cervical de 01 cm / hora ao longo do

primeiro estágio de trabalho ativo é extremamente rápida para algumas mulheres e, portanto, não é recomendado para identificação da progressão laboral normal. Uma taxa de dilatação cervical mais lenta que 01 cm/ hora por si só não deve ser uma indicação para intervenção obstétrica – não recomendado.

Recomendação 09. Não se deve esperar que o trabalho de parto acelere naturalmente antes que a dilatação cervical de 05 cm seja atingida. Assim sendo, o uso de intervenções médicas para acelerar o trabalho de parto (como o uso de ocitocina sintética ou a cesárea) antes desse limiar, não é recomendado, desde que as condições fetais e maternas sejam seguras – não recomendado.

Recomendação 10. Para mulheres grávidas saudáveis que se apresentam em trabalho espontâneo, uma política de atraso na admissão na enfermaria de trabalho de parto até a fase ativa é recomendada apenas no contexto de pesquisas. Os estudos atuais que recomendam admissão apenas na fase ativa foram realizados considerando o limite de 04 cm de dilatação para fase ativa e não 05 cm de dilatação, como esta diretriz. Os profissionais devem atender as necessidades e preferências da mulher e avaliar o bem-estar materno e fetal – recomendação em contexto de pesquisa.

Recomendação 11. Pelvimetria clínica de rotina - avaliação da adequação da forma e tamanho da pélvis materna através do exame pélvico - na admissão em trabalho de parto de gestantes saudáveis não é recomendada. As mulheres devem ser avaliadas quanto à progressão do parto por meio do exame cervical, estado das membranas amnióticas e altura da apresentação fetal. Não há evidências suficientes para recomendar a pelvimetria, ou avaliação da pelve – não recomendado.

Recomendação 12. A cardiotocografia de rotina não é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão de gestantes saudáveis que se apresentam em trabalho de parto espontâneo – não recomendado.

Recomendação 13. Ausculta utilizando um aparelho de ultrassom doppler ou um estetoscópio fetal *Pinard* é recomendada para avaliação do bem-estar fetal na admissão de gestantes saudáveis em trabalho de parto – recomendado.

Recomendação 14. A tricotomia ou depilação da região púbica e perineal antes do parto vaginal não é recomendada. Em situações em que uma mulher escolhe depilar antes do nascimento, ela deve ser aconselhada a fazer em qualquer lugar e por quem ela se sinta confortável - não recomendado.

Recomendação 15. A administração de um enema para acelerar o trabalho de parto não é

recomendada. As evidências científicas não demonstram que o uso rotineiro de enema reduz a duração do trabalho de parto e conferem quaisquer outros benefícios clínicos. É considerado invasivo e associado a desconforto para as mulheres - não recomendado.

Recomendação 16. O exame vaginal digital de rotina em intervalos de quatro horas é recomendado para avaliação da evolução do trabalho de parto em mulheres de baixo risco. Prioridade deve ser dada para restringir a frequência e o número total de exames vaginais. Isto é particularmente importante em situações em que há outros fatores de risco para infecção (por exemplo, rotura de membranas amnióticas e longa duração do trabalho de parto). Exames vaginais da mesma mulher por múltiplos cuidadores também devem ser evitado – recomendado.

Recomendação 17. Cardiotocografia contínua não é recomendada para avaliação do bem-estar fetal em mulheres grávidas em trabalho de parto espontâneo – não recomendado.

Recomendação 18. A ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal com um aparelho de ultrassom doppler ou com um estetoscópio fetal de Pinard é recomendada para mulheres grávidas saudáveis em trabalho de parto. Ressalta-se que a ausculta fetal intermitente durante o trabalho de parto é essencial para o cuidado intraparto. Deve ser realizada por no mínimo 01 minuto e a cada 15 a 30 minutos durante a fase ativa do trabalho de parto (1º estágio) e a cada 5 minutos durante a fase expulsiva (2º estágio). Diante de alguma anormalidade, deve-se realizar ausculta prolongada, ou seja, durante a contração e 30 segundos após a contração, por 03 contrações consecutivas – recomendado.

Recomendação 19. A analgesia epidural é recomendada para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, em acordo com suas preferências. A dose deve ser administrada com vistas a evitar complicações e preservar o máximo a função motora – recomendado.

Recomendação 20. Opióides parenterais, como fentanil, diamorfina e petidina, são opções recomendadas para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, em acordo com suas preferências, apesar de alguns efeitos colaterais indesejáveis, como sonolência, náusea, vômito na mãe e depressão respiratória no neonato - recomendado.

Recomendação 21. Técnicas de relaxamento, incluindo relaxamento muscular progressivo, respiração, música, atenção plena e outras técnicas, são recomendadas para mulheres grávidas saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, em acordo com suas preferências – recomendado.

Recomendação 22. Técnicas manuais, como massagem ou aplicação de compressas quentes, são recomendadas para mulheres grávidas que solicitam alívio da dor durante o

trabalho de parto, em acordo com suas preferências – recomendado. Observações referentes às recomendações 19 a 22. O contexto do cuidado, o tipo de cuidado prestado e o prestador de cuidado pode ter um forte efeito sobre a necessidade de alívio da dor no parto, e sobre as escolhas que as mulheres fazem em relação a essa necessidade. Os profissionais devem comunicar às mulheres as opções disponíveis para alívio da dor e discutir as vantagens e desvantagens dessas opções como parte dos cuidados pré-natais.

Recomendação 23. O alívio da dor para prevenir evolução lenta e reduzir o uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto não é recomendado. Não há evidências claras que sugiram que qualquer forma de alívio da dor esteja associada com redução na duração do trabalho - não recomendado.

Recomendação 24. Para mulheres de baixo risco, a ingestão de líquidos orais e alimentos durante o trabalho de parto é recomendada – recomendado.

Recomendação 25. Para mulheres de baixo risco, a livre movimentação e uma postura ereta durante o trabalho de parto é recomendada. Os profissionais devem apoiar as escolhas das mulheres sobre qual posição adotar durante o primeiro estágio do trabalho de parto – recomendado.

Recomendação 26. A limpeza vaginal rotineira com clorexidina durante o trabalho de parto com a finalidade de prevenir morbidades infecciosas não é recomendada. Esta não recomendação baseou-se na falta de benefícios clínicos para o recém-nascido – não recomendado.

Recomendação 27. O manejo ativo do trabalho de parto (cuidado contínuo de um para um, ocitocina sintética e amniotomia precoce – rotura artificial das membranas amnióticas) não é recomendado para prevenção do trabalho de parto prolongado. O cuidado contínuo de um para um é o único componente do manejo ativo que demonstrou ser benéfico e é provavelmente o componente responsável pelos benefícios atribuídos a este manejo – não recomendado.

Recomendação 28. Amniotomia precoce isoladamente para prevenção de trabalho de parto prolongado não é recomendado. Não há evidências claras de que os benefícios potenciais superam os danos potenciais - não recomendado.

Recomendação 29. Amniotomia precoce associada ao uso de ocitocina sintética para prevenção de trabalho de parto prolongado não é recomendado. A redução variável na duração do primeiro estágio do trabalho de parto não justifica essa intervenção - não recomendado.

Recomendação 30. O uso de ocitocina sintética para prevenir trabalho de parto prolongado em mulheres que recebem analgesia peridural não é recomendado. O uso de

ocitocina sintética deve ser realizado quando indicado para tratamento do progresso lento ou trabalho de parto prolongado confirmado, em mulheres que receberam analgesia peridural - não recomendado.

Recomendação 31. O uso de agentes antiespasmódicos para prevenção do trabalho de parto prolongado não é recomendado - não recomendado.

Recomendação 32. O uso de fluidos intravenosos de forma rotineira com o objetivo de encurtar a duração do trabalho de parto não é recomendado. Mulheres de baixo risco devem ser incentivadas a ingerir líquidos durante o trabalho de parto – não recomendado.

#### Cuidados no segundo estágio do parto

Recomendação 33. Recomenda-se o uso da seguinte definição para o segundo estágio do parto: período de tempo entre a dilatação cervical completa e o nascimento do bebê, durante o qual a mulher tem um desejo involuntário de empurrar, como resultado das contrações uterinas de expulsão – recomendado. - As mulheres devem ser informadas de que a duração do segundo estágio varia de uma mulher para outra. Entre as primíparas, o parto é geralmente concluído dentro de 03 horas, enquanto nas múltiparas, o parto geralmente é concluído em 02 horas – recomendado.

Recomendação 34. Para mulheres sem analgesia epidural, recomenda-se encorajar a escolha de posições, incluindo as verticais – recomendado.

Recomendação 35. Para mulheres com analgesia epidural, recomenda-se encorajar a escolha de posições, incluindo as verticais. A maioria das analgesias epidurais oferecidas atualmente são de “baixa dose” e permitem a escolha de posições no parto. Observações referentes às recomendações 34 e 35. O profissional de saúde deve garantir que o bem-estar do bebê seja adequadamente monitorado na posição escolhida pela mulher. Se uma mudança de posição for necessária para garantir a monitoração fetal adequada, isso deve ser efetivamente comunicado à mulher. É importante que qualquer posição em particular não seja imposta à mulher e que ela seja encorajada e apoiada para adotar a posição que ela achar mais confortável. As posições semi-reclinada e de ‘quatro apoios” facilitam a realização de técnicas de proteção perineal para evitar lacerações e contribuem para reduzir a perda sanguínea.

Recomendação 36. Recomenda-se que as mulheres sejam incentivadas e apoiadas a seguir seu próprio desejo de empurrar durante o segundo estágio do parto. Evidências qualitativas sobre o que é importante para as mulheres durante o parto mostram que as mulheres querem sentir-se no controle de seu processo de parturição, com o apoio de uma equipe gentil e tranquilizadora, sensível às suas necessidades. Os prestadores de cuidados de saúde devem

evitar impor puxos direcionados às mulheres no segundo estágio do parto, pois não há evidência de qualquer benefício com esta técnica – recomendado.

Recomendação 37. Para as mulheres com analgesia epidural no segundo estágio do parto, os puxos podem iniciar até 02 horas após a dilatação completa ou até que a mulher recupere o desejo sensorial de empurrar. Os profissionais de saúde devem evitar a imposição imediata de puxos às mulheres no segundo estágio do parto, pois não há evidência de qualquer benefício com estímulo imediato e a prática pode levar a mais intervenção médica – recomendado no contexto onde os recursos estão disponíveis para tempos mais longos do segundo estágio e a hipóxia perinatal pode ser adequadamente avaliada e gerenciada - recomendação específica do contexto.

Recomendação 38. Técnicas para reduzir o trauma perineal e facilitar o nascimento espontâneo, incluindo massagem perineal, compressas mornas perineais e proteção de mãos no períneo são recomendadas, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis. Evidências sugerem que a massagem perineal pode aumentar a chance de manter o períneo íntegro e reduzir lacerações perineais graves, que as compressas mornas reduzem as lacerações de quarto grau, e que a proteção com as mãos provavelmente reduz lacerações de primeiro grau. A maioria das mulheres aceita essas técnicas preventivas perineais de baixo custo e valoriza seus resultados benéficos – recomendado.

Recomendação 39. O uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres que evoluem para parto vaginal espontâneo. Não há evidências que corroborem a necessidade de episiotomia nos cuidados de rotina, e uma taxa “aceitável” de episiotomia é difícil de determinar. O papel da episiotomia em emergências obstétricas, como asfixia fetal que requer o parto vaginal instrumental, continua a ser estabelecido. Se uma episiotomia for realizada, a anestesia local efetiva e o consentimento informado da mulher são essenciais. A técnica preferida é uma incisão médio-lateral, com técnica contínua de sutura - não recomendado.

Recomendação 40. A aplicação de pressão manual no fundo do útero para facilitar o parto durante o segundo estágio não é recomendado. Há preocupações com os danos potenciais à mãe e ao bebê que esse procedimento pode causar - não recomendado. Observação referente à recomendação 40 - Estudo denominado *Gentle Assisted Pushing* (GAP) poderá ajudar a fornecer evidências importantes sobre os efeitos da aplicação de pressão do fundo de acordo com um protocolo específico.

Recomendação 41. O uso de uterotônicos para a prevenção da hemorragia pós-parto

(HPP) durante o terceiro estágio é recomendado em todos os partos – recomendado.

Recomendação 42. A ocitocina (10 UI - IM ou IV) é a droga uterotônica recomendada para a prevenção da HPP – recomendado.

Recomendação 43. Em locais onde a ocitocina não está disponível, o uso de outros uterotônicos injetáveis (ergometrina / metilergometrina, ou a combinação de ocitocina e ergometrina) ou o misoprostol oral (600 µg) é recomendado - recomendado. Observações referentes à recomendação 43 – O uso de ergometrina / metilergometrina (derivados do ergot) é contraindicado em mulheres com distúrbios hipertensivos. A eficácia de diferentes doses de misoprostol para prevenção da HPP não foi avaliada suficientemente.

Recomendação 44. Recomenda-se retardar o clampeamento do cordão umbilical (não antes de 1 minuto após o nascimento) para melhores resultados na saúde e nutrição materna e infantil. O clampeamento tardio é recomendado mesmo entre as mulheres vivendo com HIV ou mulheres com status de HIV desconhecido – recomendado.

Recomendação 45. Em locais onde há assistentes especializados em parto, a tração controlada do cordão (TCC) é recomendada para partos vaginais se o prestador de cuidados e a parturiente considerarem uma pequena redução na perda de sangue e uma pequena redução na duração da terceira fase do trabalho de parto como importante. O prestador de cuidados deve discutir essa decisão com a mulher, associada ao uso de uma droga uterotônica profilática. Se a droga uterotônica utilizada for ergometrina/metilergometrina, a TCC é essencial para evitar a retenção placentária – recomendado.

Recomendação 46. A massagem uterina sustentada não é recomendada como uma intervenção para prevenir a HPP em mulheres que receberam ocitocina profilática. Há uma falta de evidências sobre o papel da massagem uterina na prevenção da HPP quando drogas uterotônicas não são utilizadas, ou se uma droga uterotônica diferente da ocitocina é utilizada. Já a avaliação do tônus uterino continua a ser uma parte crucial dos cuidados imediatos pós-parto, particularmente, para a otimização do diagnóstico precoce da HPP. Observações referentes às recomendações 41 a 46 - A compreensão sobre a contribuição de cada componente do manejo ativo do terceiro estágio do parto, segundo as evidências científicas recentes aponta que: a intervenção primária é o uso de um uterotônico. No contexto do uso de ocitocina, a TCC pode adicionar um pequeno benefício, enquanto a massagem uterina parece não acrescentar benefício para a prevenção da HPP. O clampeamento precoce de cordão não é indicado.

Cuidados com o recém-nascido.

Recomendação 47. Não se deve aspirar boca e nariz de neonatos que tem líquido

amniótico claro e que começam a respirar espontaneamente após o nascimento - não recomendado.

Recomendação 48. Recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele com suas mães, durante a primeira hora após o nascimento, para prevenir hipotermia e promover a amamentação – recomendado.

Recomendação 49. Todos os recém-nascidos, incluindo bebês com baixo peso ao nascer (BPN) que são capazes de amamentar, devem ser colocados no peito o mais rápido possível após o nascimento, quando estão clinicamente estáveis e a mãe e o bebê estão prontos – recomendado.

Recomendação 50. Todos os recém-nascidos devem receber 01 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento (ou seja, após a primeira hora em que o bebê deve estar em contato pele a pele). O contato com a mãe e a amamentação devem ser iniciados o mais breve possível – recomendado.

Recomendação 51. O banho do recém-nascido deve ser retardado até 24 horas após o nascimento. Se isto não for possível devido a razões culturais, o banho deve ser atrasado por, pelo menos, seis horas. Roupas apropriadas para a temperatura ambiente são recomendadas. Isso significa de uma a duas camadas de roupas no bebê a mais do que os adultos, e o uso de chapéus / bonés. A mãe e o bebê não devem ficar separados e devem permanecer no mesmo quarto 24 horas por dia – recomendado.

Recomendação 52. A avaliação do tônus uterino abdominal pós-parto para identificação precoce da atonia uterina é recomendada para todas as mulheres – recomendado.

Recomendação 53. A profilaxia antibiótica de rotina não é recomendada para mulheres com parto vaginal não complicado – não recomendado.

Recomendação 54. A profilaxia antibiótica de rotina não é recomendada para mulheres com episiotomia. Antibióticos só devem ser administrados quando houver sinais clínicos de infecção de uma episiorrafia. Em uma situação de lesão perineal de terceiro ou quarto grau, os antibióticos profiláticos devem ser administrados conforme recomendação específica – não recomendado.

Recomendação 55. Pós-parto. Todas as puérperas devem ter avaliação regular do sangramento vaginal, contração uterina, altura do fundo do útero, temperatura e frequência cardíaca (pulso) rotineiramente durante as primeiras 24 horas a partir da primeira hora após o nascimento. A pressão arterial deve ser medida logo após o nascimento. E se normal, a segunda aferição da pressão arterial deve ser feita dentro de seis horas. A presença de micção deve ser

documentada dentro de seis horas – recomendado.

Recomendação 56. Após um parto vaginal descomplicado em uma Unidade de Saúde, mães e recém-nascidos saudáveis devem receber cuidados nas instalações por pelo menos 24 horas após o nascimento. Antes da alta, o sangramento da mãe deve estar controlado, a mãe e o bebê não devem ter sinais de infecção e o bebê deve estar mamando bem recomendado.

**ANEXO B -Critérios consolidados para relatar estudos qualitativos (COREQ).**

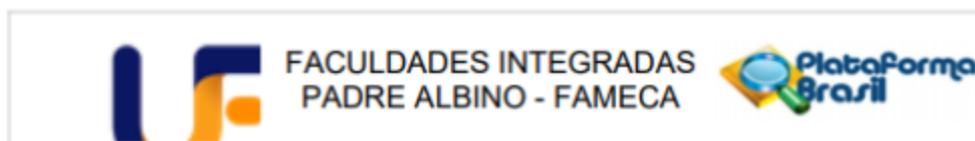
Item	Guia de perguntas / descrição	Estratégias desta pesquisa
<b>Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade</b>		
Pesquisador	Qual(is) autor (es) conduziu (m) a entrevista ou grupo focal?	O pesquisador responsável pela pesquisa.
Credenciais	Quais foram as credenciais do pesquisador? Ex: PhD, MD	Mestre, doutoranda.
Ocupação	Qual era a ocupação deles na época do estudo?	Doutoranda.
Gênero	O pesquisador era homem ou mulher?	Mulher.
Experiência e treinamento	Que experiência ou treinamento o pesquisador teve?	Realização de disciplina Treinamento com orientador Leituras de referências que tratem de entrevistas em pesquisas qualitativas.
<b>Relacionamento com os participantes</b>		
Relacionamento anterior	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?	Sim, as mulheres entrevistadas tiveram contato prévio com a pesquisadora quando aplicado o T-IHAMC na coleta dos dados quantitativos.
Conhecimento do participante do entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por ex. Objetivos pessoais, motivos para fazer a pesquisa	Para todas as mulheres foi aplicado o T-IHAMC para coleta dos dados quantitativos, foram explicitados os objetivos pessoais, os motivos para fazer a pesquisa, entre outras informações que foram solicitadas, bem como foram convidadas para uma possível entrevista posterior.
Relacionamento estabelecido	Quais características foram relatadas sobre o Entrevistador / facilitador? Por exemplo, preconceito, suposições, razões e interesses no tópico de pesquisa	Durante as entrevistas as mulheres falaram livremente sobre suas experiências de parto, sem julgamentos morais ou preconceitos de qualquer natureza.
<b>Domínio 2: desenho do estudo</b>		

Orientação Metodológica e Teoria	Que orientação metodológica foi dada para sustentar o estudo? Por exemplo, teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia, análise de conteúdo?	Análise de conteúdo.
Amostragem exemplo	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo, objetivo, conveniência, consecutivo, bola de neve	As participantes foram incluídas quando: participado da 1ª etapa do estudo e que se mostrarem dispostas a contar sua experiência de parto e terem uma narrativa compreensível.
Método de Abordagem	Como os participantes foram abordados? Por ex. cara a cara, telefone, correio, e-mail	As entrevistas foram realizadas através de ferramentas para videoconferências de acessibilidade das mulheres, em horário agendado previamente por telefone ou <i>whatsapp</i> .
Tamanho da amostragem	Quantos participantes estavam no estudo?	O número de participantes foi determinado a partir do critério de saturação da amostra, quando as perguntas os objetivos da pesquisa foram respondidos.
Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Razões?	Foram descritas as perdas no estudo.
Configurações		
Coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por ex. casa, clínica, local de trabalho	Através de ferramenta para videoconferência da preferência da mulher.
Presença de não participantes	Mais alguém estava presente além dos participantes e pesquisadores?	A entrevista foi individual
Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo, dados demográficos, data	Puérperas assistidas no parto/cesariana no SUS de uma maternidade do interior Paulista.
Coleta de dados		
Guia de entrevista	As perguntas, instruções e guias foram fornecidos pelos autores? Foi testado no piloto?	O guia de entrevista foi fornecido pelos autores e foi realizado estudo piloto.
Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas	Não serão realizadas

	repetidas? Se sim, quantos?	entrevistas repetidas, os dados qualitativos foram coletados num só momento.
Gravação audiovisual	A pesquisa utilizou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?	As entrevistas foram gravadas em áudio, em dois equipamentos para garantia de não haver perdas.
Notas de Campos	As notas de campo foram feitas durante e / ou após a entrevista ou grupo de foco?	Foram realizadas notas de campo após a coleta de dados, que forneceram detalhes contextuais e expressões verbais para a análise e interpretação dos dados.
Duração	Qual foi a duração das entrevistas ou grupo de foco?	A entrevista teve em média tempo de duração de 30 a 40 minutos.
Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?	A saturação dos dados foi discutida com a orientadora de tese.
Transcrições devolvidas	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e / ou correção?	As transcrições não foram devolvidas aos participantes.
Domínio 3: Análise e descobertas		
Análise de dados		
Número de codificadores de dados	Quantos codificadores de dados codificaram os dados?	Foram utilizados como codificadores palavras ou frases que expressem as experiências de parto positivas ou negativas, e foi realizada de forma manual.
Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	A partir das frases e palavras destacadas no texto transcrito, foram selecionados trechos das entrevistas. Estas frases ou palavras foram reagrupadas quantas vezes foram necessárias até culminar nas categorias e subcategorias temáticas.
Derivação de temas	Os temas foram identificados com antecedência ou	Os temas foram derivados dos dados, portanto serão

	derivados dos dados?	categorias empíricas.
Programas	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?	Não foi utilizado software.
Verificação de participante	Os participantes forneceram <i>feedback</i> sobre as descobertas?	As participantes não receberam o <i>feedback</i> sobre as descobertas. Os resultados foram apresentados a equipe da maternidade com o intuito de qualificar a assistência ao parto prestada nesta instituição.
<b>Comunicado</b>		
Cotações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas / descobertas? Cada citação foi identificada? por ex. número de participante	As citações das participantes foram apresentadas para ilustrar os temas / descobertas.
Dados e descobertas consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?	Buscou no decorrer da análise dos dados, consistência entre os dados apresentados e os resultados.
Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nas descobertas?	Foram apresentados os temas e subtemas gerados da análise dos dados.
Clareza de temas menores	Existe uma descrição de diversos casos ou discussão de temas menores?	Os subtemas foram descritos e organizados de forma a ter congruência com a categoria escolhida.

## ANEXO C -Parecer Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO: articulando indicadores de boas práticas de atenção ao parto, segurança e satisfação das mulheres com a experiência vivida

**Pesquisador:** LUCIANA BRAZ DE OLIVEIRA PAES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 09359119.8.0000.5430

**Instituição Proponente:** FUNDACAO PADRE ALBINO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.238.079

#### Apresentação do Projeto:

No modelo atual a atenção ao parto e nascimento ocorre através de procedimentos obstétricos de rotina com pouca ou nenhuma evidência científica para justificá-los, bem como prevalecem relações abusivas entre profissionais e parturientes no qual predomina as intervenções de rotina como a amniotomia, posição litotômica e uso de ocitocina, que deveriam ser utilizadas com critério (BRASIL, 2016). Essas intervenções muitas vezes não são adequadas às necessidades pessoais, valores e preferências da mulher e de sua família e pode enfraquecer sua própria capacidade durante o parto e afetar negativamente sua experiência de parto. As intervenções sem critério colaboram com indicadores de má qualidade nos cuidados intraparto, como taxas de morbimortalidade materna elevadas, tanto no Brasil quanto em outros países (CARVALHO; GÖTTEMS; PIRES, 2015). Neste contexto, há uma desarticulação entre as recomendações das Boas práticas de atenção ao parto e a satisfação da mulher vivenciada no parto. Faz-se necessário compreender a satisfação da mulher que vivenciou este momento, para gerar conhecimentos os quais se concretizam como evidências científicas em relação a atenção ao parto e nascimento.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

**Endereço:** Rua dos Estudantes, 225  
**Bairro:** Parque Itacema **CEP:** 15.809-144  
**UF:** SP **Município:** CATANDUVA  
**Telefone:** (17)3311-3229 **Fax:** (17)3311-3225 **E-mail:** cep@unifpa.com.br



Continuação do Parecer: 3.238.079

• Articular os indicadores de boas práticas de atenção ao parto e nascimento com a segurança e a satisfação das mulheres com o parto.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os nascimentos de um hospital escola em relação aos indicadores de atenção ao parto e nascimento. Avaliar a satisfação da parturiente com a atenção recebida no parto e a prevalência de danos por meio do instrumento "Termômetro de Segurança em Maternidade". Compreender a satisfação de mulheres com a atenção recebida no parto.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Trata-se de pesquisa de Risco Mínimo, pois os pesquisadores não realizarão nenhum contato físico com as pacientes, nem tampouco realizarão intervenções de quaisquer tipo; apenas farão a abordagem através de diálogo, fazendo as perguntas e anotando as respostas, de forma educada e respeitosa, sempre com o cuidado de não induzir ou coagir a escolhas específicas. O risco fica por conta da divulgação da individualidade das pacientes, porém a equipe será treinada nos aspectos bioéticos, minimizando ao máximo a exposição do prontuário da paciente. Deixamos claro que os resultados do estudo serão divulgados apenas no meio científico e que será mantido o sigilo e o anonimato das informações, podendo as participantes desistir de participar da pesquisa a qualquer momento que desejarem.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa serão para os gestores, funcionários e clientes, pois com os resultados poderemos sugerir implementações de melhorias relativas à temática do estudo. Embora a mulher não tenha benefícios de forma direta e em curto prazo, ao participar deste estudo, contribuirá para que para a elaboração e oferta de uma assistência de qualidade e segura. Além de contribuir para o desenvolvimento da ciência e com a melhoria da qualidade da assistência à saúde de mulheres e recém-nascidos, nesta instituição e em outras.

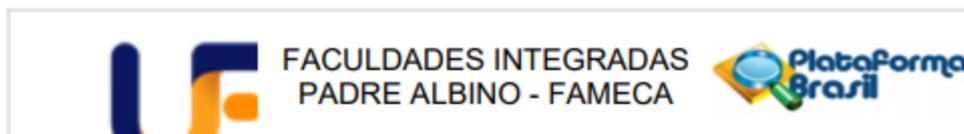
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Considera-se a pesquisa satisfatória

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

Satisfatório

<b>Endereço:</b> Rua dos Estudantes, 225	<b>CEP:</b> 15.809-144
<b>Bairro:</b> Parque Iracema	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> CATANDUVA
<b>Telefone:</b> (17)3311-3229	<b>Fax:</b> (17)3311-3225 <b>E-mail:</b> cep@unifpa.com.br



Continuação do Parecer: 3.238.079

**Recomendações:**

Nenhuma

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

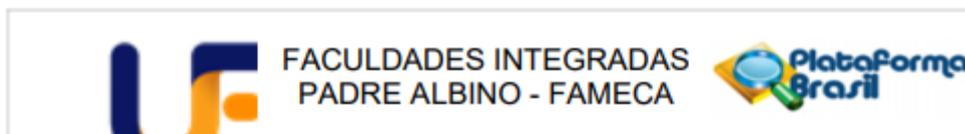
Nenhuma

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, e acatando o relator, o parecer deste colegiado é pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa titulado ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO: articulando indicadores de boas práticas de atenção ao parto, segurança e satisfação das mulheres com a experiência vivida, de autoria de LUCIANA BRAZ DE OLIVEIRA PAES com registro CAAER 09359119.8.0000.5430 pelo CEP-FIPA. Por outro lado, ressalta-se que o pesquisador deve estar atento às solicitações do CEP e ao cumprimento dos prazos estabelecidos. Lembramos ainda que, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos e suas complementares ( Resolução nº 301 do CNS, de 16 de março de 2000 - que modifica a Declaração de Helsique; Resolução nº 510 do CNS, de 07 de abril de 2016 - que dispõem das normas aplicáveis a pesquisa em ciências humanas e sociais; Resolução nº 441/2011 do CNS que dispõem sobre material biológico humano; Resolução 346/2005 do CNS, que dispõem dos projetos multicêntricos; Resolução nº 304/2000 do CNS, que disciplina projetos com povos indígenas; Resolução nº 340/2000 do CNS, que normaliza a temática especial em genética humana; Resolução 292/21996 do CNS, que dispõem sobre a cooperação estrangeira e a Resolução 251/1997 do CNS que disciplina pesquisa com novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos), o pesquisador deve encaminhar ao CEP , através da Plataforma Brasil, a informação de início e termino da pesquisa, assim como os relatórios parciais sobre o andamento da pesquisa, além de relatório final.

Cumpramos ressaltarmos que, os dados do prontuário são de propriedade única e exclusiva do próprio sujeito, que forneceu tais informações em uma relação de confidencialidade entre médico e paciente, para realização do seu tratamento e cuidado médicos, e não para utilização de tais dados em pesquisas. Dessa forma, no que se refere ao uso e acesso aos prontuários, o CEP-FIPA alerta no sentido de obediência às disposições éticas e legais brasileiras, a saber: a. Constituição Federal Brasileira (1988), art.5º, incisos X e XIV; b. Novo Código Civil, artigos 20 e 21; c.Código Penal, artigos 153 e 154; d.Código de Processo Civil, artigos 347, 363, 406; e. Código de Defesa do Consumidor, artigos 43 e 44; f. Código de Ética Médica - CFM, artigos. 11, 70, 102, 103, 105, 106, 108; g. Medida Provisória nº 2.200, de 24 agosto de 2001; h. Normas da Instituição quanto

<b>Endereço:</b> Rua dos Estudantes, 225	<b>CEP:</b> 15.809-144
<b>Bairro:</b> Parque Iracema	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> CATANDUVA
<b>Telefone:</b> (17)3311-3229	<b>Fax:</b> (17)3311-3225
	<b>E-mail:</b> cep@unifpa.com.br



Continuação do Parecer: 3.238.079

ao acesso prontuário. i. Parecer CFM nº 08/2005; j. Parecer CFM nº 06/2010; l. Padrões de creditações hospitalares do Consórcio Brasileiro de Acreditação, em particular Gl.2 , Gl 1.12; m. Resoluções da ANS. (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21; n. Resoluções do CFM nº 1605/2000, 1638/2002, 1639/2002 e 1642/2002.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1297967.pdf	11/03/2019 06:55:07		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestrutura.pdf	11/03/2019 06:53:30	LUCIANA BRAZ DE OLIVEIRA PAES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	10/03/2019 11:43:29	LUCIANA BRAZ DE OLIVEIRA PAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO.pdf	06/03/2019 10:32:05	LUCIANA BRAZ DE OLIVEIRA PAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisaCEP.pdf	06/03/2019 10:30:28	LUCIANA BRAZ DE OLIVEIRA PAES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CATANDUVA, 01 de Abril de 2019

Assinado por:  
Izídio Pimenta de Moraes  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua dos Estudantes, 225  
Bairro: Parque Iracema CEP: 15.809-144  
UF: SP Município: CATANDUVA  
Telefone: (17)3311-3229 Fax: (17)3311-3225 E-mail: cep@unifpa.com.br

## ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

#### RESOLUÇÃO 466/2012

##### *Esclarecimentos*

Este é um convite para você participar da pesquisa de doutorado intitulada: Experiência Positiva de Parto: Fatores Determinantes e Influenciadores na Perspectiva das Mulheres, que tem como pesquisadoras responsáveis a Enfermeira Luciana Braz de Oliveira Paes, e a Professora Doutora Márcia Regina Cangiani Fabbro da Universidade Federal de São Carlos.

Esta pesquisa pretende: Analisar os fatores que contextualizam e influenciam na experiência positiva de parto em mulheres de um município paulista.

Durante a realização da entrevista a previsão de riscos é mínima, nós pesquisadoras responsáveis, assumimos o compromisso de manter em ABSOLUTO SIGILO os seus dados e os do seu filho, bem como suas respostas. Quando este estudo for apresentado e/ou publicado seu nome e quaisquer outras informações que possam identificá-lo (a) não serão usados, portanto o risco na execução desta pesquisa é mínimo no que se refere a confidencialidade de informações.

Os benefícios da pesquisa serão para os gestores, funcionários e clientes, pois com os resultados poderemos sugerir implementações de melhorias relativas à temática do estudo. Embora você não tenha benefícios de forma direta e em curto prazo, você, ao participar deste estudo, contribuirá para que para a elaboração e oferta de uma assistência de qualidade e segura. Além de contribuir para o desenvolvimento da ciência e com a melhoria da qualidade da assistência à saúde de mulheres e recém-nascidos, nesta instituição e em outras.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Este termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias de igual teor, qual uma via será entregue a você devidamente rubricada, e outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de cinco anos após o término da pesquisa.

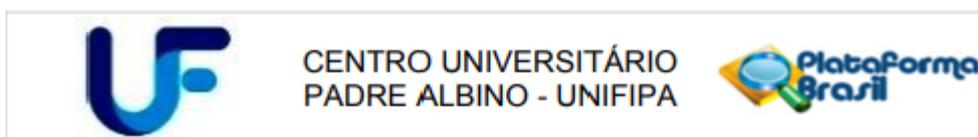
Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa através do telefone (17) 35313229, que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00h às 12:00h e das 14:00h às 17:00h, na Rua dos Estudantes, nº 225, Catanduva – São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

Catanduva, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

## ANEXO E -Parecer de adendo ao CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO: articulando indicadores de boas práticas de atenção ao parto, segurança e satisfação das mulheres com a experiência vivida

**Pesquisador:** LUCIANA BRAZ DE OLIVEIRA PAES

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 09359119.8.0000.5430

**Instituição Proponente:** FUNDACAO PADRE ALBINO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.678.206

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de ementa por mudança no procedimento de entrevista, que foi adequada, seguindo as normas das autoridades sanitárias, de presencial para virtual. O autor relata que "As modificações no projeto originalmente aprovado serão em relação ao formato de entrevista na 2ª etapa da pesquisa, que foi descrita presencial e a alteração se refere a realização online. Utilizaremos para a entrevista neste momento as plataformas online, meet, zoom ou chamada de whatsapp, o critério de escolha será a escolha da participante. Esta alteração ocorreu devido a pandemia do coronavirus e a recomendação da puerpera como grupo de risco. Para tanto, altero o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), incluindo neste as "Orientações para procedimentos em pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual de 24 de fevereiro de 2021".

Tem parecer consubstanciado registrado sob número 3.238.079.

**Objetivo da Pesquisa:**

Readequação de metodologia da modalidade de entrevista, sem modificar o desenho da pesquisa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Risco mínimo é definido como aquele geralmente encontrado na vida cotidiana ou durante a realização de avaliações físicas ou psicológicas de rotina. Os pesquisadores devem maximizar os benefícios e minimizar os riscos de projetos de pesquisa. Eles devem antecipar os riscos que

**Endereço:** Rua dos Estudantes, 225  
**Bairro:** Parque Iracema **CEP:** 15.809-144  
**UF:** SP **Município:** CATANDUVA  
**Telefone:** (17)3311-3331 **Fax:** (17)3311-3225 **E-mail:** cep@unifpa.com.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PADRE ALBINO - UNIFIPA



Continuação do Parecer: 4.678.206

poderão ocorrer no estudo e modificar o protocolo para reduzir esses riscos a um nível aceitável. As medidas que podem ser adotadas incluem identificar e excluir pessoas mais suscetíveis a efeitos adversos, monitorar esses eventos adversos e treinar a equipe do estudo sobre como identificar e responder aos eventos adversos graves. Um aspecto importante dessa minimização do risco é a manutenção da confidencialidade dos participantes.

Alguns participantes de pesquisas necessitam de proteções adicionais (vulnerabilidade), tais como: limitação cognitiva ou comunicativa (indivíduos com limitação da função cognitiva podem ter dificuldade para compreender as informações sobre um estudo e para deliberar sobre os seus riscos e benefícios), diferenças de poder (indivíduos institucionalizados, como presidiários ou idosos que moram em asilos, podem se sentir pressionados a praticar de pesquisa; nessas instituições, aqueles que detem a autoridade controlam a rotina diária dos internos, assim os sujeitos podem concluir que a recusa em participar da pesquisa poderá levar a retaliações ou comprometer outros aspectos de sua rotina diária; este raciocínio também emprega-se a estudos médicos, da qual o profissional elege um grupo de estudo da qual o indivíduo pode achar que caso não participe terá dificuldades no acompanhamento de sua doença), desvantagens econômicas e sociais (pessoas com menor acesso a cuidados de saúde e baixo nível socioeconômico podem ingressar em um estudo para obter pagamento, avaliação física de rotina ou testes de rastreamentos, mesmo que considerassem os riscos como inaceitáveis se tivesse maior renda, escolaridade ou conhecimento médico).

As pesquisas com grupos de crianças devem ter autorização dos pais ou responsáveis e da própria criança (caso seja capaz de manifestar seu consentimento); as pesquisas com presidiários necessitam de aprovação das comissões internas (pois estes podem ser influenciados por dinheiro ou promessas de melhorias das condições de vida e ou de liberdade); as pesquisas que envolvem fetos, gestantes e embriões exigem cuidados e restrições adicionais (Lo B. in: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.)

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A ementa trás ofício explicando a modificação de método de pesquisa, sua mudança no projeto principal (brochura) e carta-resposta das dúvidas anteriores.

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

Todos os termos estão de acordo com a legislação.

**Endereço:** Rua dos Estudantes, 225

**Bairro:** Parque Iracema

**CEP:** 15.809-144

**UF:** SP

**Município:** CATANDUVA

**Telefone:** (17)3311-3331

**Fax:** (17)3311-3225

**E-mail:** cep@unifipa.com.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PADRE ALBINO - UNIFIPA



Continuação do Parecer: 4.678.206

**Recomendações:**

Manter o CEP atualizado do andamento da pesquisa e inserção dos relatórios parciais a cada 6 meses e o final.

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

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado. Diante do exposto, e acatando o relator, o parecer deste colegiado é pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa titulado ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO: articulando indicadores de boas práticas de atenção ao parto, segurança e satisfação das mulheres com a experiência vivida, de autoria de LUCIANA BRAZ DE OLIVEIRA PAES com registro CAAER 09359119.8.0000.5430 pelo CEP-UNIFIPA. Por outro lado, ressalta-se que o pesquisador deve estar atento às solicitações do CEP e ao cumprimento dos prazos estabelecidos. Lembramos ainda que, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos e suas complementares ( Resolução nº 301 do CNS, de 16 de março de 2000 - que modifica a Declaração de Helsique; Resolução nº 510 do CNS, de 07 de abril de 2016 - que dispõem das normas aplicáveis a pesquisa em ciências humanas e sociais; Resolução nº 441/2011 do CNS que dispõem sobre material biológico humano; Resolução 346/2005 do CNS, que dispões dos projetos multicentricis; Resolução nº 304/2000 do CNS, que disciplina projetos com povos indígenas; Resolução nº 340/2000 do CNS, que normatiza a temática especial em genética humana; Resolução 292/21996 do CNS, que dispõem sobre a cooperação estrangeira e a Resolução 251/1997 do CNS que disciplina pesquisa com novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos), o pesquisador deve encaminhar ao CEP , através da Plataforma Brasil, a informação de início e termino da pesquisa, assim como os relatórios parciais sobre o andamento da pesquisa, além de relatório final.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1736170_E1.pdf	16/04/2021 15:29:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_V2_16abr.docx	16/04/2021 15:28:39	LUCIANA BRAZ DE OLIVEIRA PAES	Aceito

**Endereço:** Rua dos Estudantes, 225

**Bairro:** Parque Iracema

**CEP:** 15.809-144

**UF:** SP

**Município:** CATANDUVA

**Telefone:** (17)3311-3331

**Fax:** (17)3311-3225

**E-mail:** cep@unifipa.com.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PADRE ALBINO - UNIFIPA



Continuação do Parecer: 4.678.206

Outros	Oficio_v2_16abr.pdf	16/04/2021 15:27:24	LUCIANA BRAZ DE OLIVEIRA PAES	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	16/04/2021 15:21:46	LUCIANA BRAZ DE OLIVEIRA PAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_v2_16abr.pdf	16/04/2021 15:21:02	LUCIANA BRAZ DE OLIVEIRA PAES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestrutura.pdf	11/03/2019 06:53:30	LUCIANA BRAZ DE OLIVEIRA PAES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	10/03/2019 11:43:29	LUCIANA BRAZ DE OLIVEIRA PAES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CATANDUVA, 28 de Abril de 2021

---

**Assinado por:**  
Izidio Pimenta de Moraes  
(Coordenador(a))

**ANEXO F:** Respostas das variáveis do questionário T-IHAM.**Tabela 21.** Percentual referente às variáveis do T-IHAM. Catanduva, S.P. 2021.

Variável	Total de	
	casos	Percentual
02.Qual é a sua cor da pele?		
Amarela	1	0,38
Branca	135	50,94
Indígena	1	0,38
Parda	89	33,58
Preta	39	14,72
04.Em algum momento, você ou seu/sua acompanhante entregou o plano de parto?		
Não	7	2,64
Não tinha	258	97,36
05.Por que você procurou por atendimento no hospital?		
Controle de diabetes	1	0,38
Placenta prévia	1	0,38
Pré-eclâmpsia	2	0,75
Descolamento de placenta	1	0,38
Eclampsia	1	0,38
A sua cesárea estava marcada	43	16,23
Estava na data provável do parto e ficou com medo de “passar da hora”	17	6,42
Marcaram para induzir o parto	10	3,77
Percebeu algum sinal de alerta	61	23,02
Sentiu que estava em trabalho de parto	103	38,87
Tinha uma cardiotocografia marcada	12	4,53
Pico hipertensivo	13	4,91
22.Você teve acompanhante durante toda a sua internação?		
Não	264	99,62
Sim	1	0,38
23.O/a acompanhante foi de sua escolha?		
Não	12	4,53
Sim	253	95,47
24.Tipo de parto		
Cesárea	164	61,89
Parto normal	101	38,11
25.O profissional pediu sua permissão/autorização para fazer um fórceps, um vácuo extrator ou uma cesárea?		
Não	71	43,29

Sim	93	56,71
26.Você entendeu por que foi feito um fórceps, um vácuo extrator ou uma cesárea?		
Não porque não foi explicado	17	10,37
Não, mesmo tendo sido explicado	9	5,49
Sim, eu entendi	138	84,15
27.O profissional que atendeu seu parto/sua cesárea se apresentou?		
Não	183	69,06
Sim	82	30,94
28.Que tipo de profissional atendeu seu parto/sua cesárea?		
Estudante	20	24,39
Médico	51	62,2
Não me lembro	10	12,2
Professor	1	1,22
29.O seu trabalho de parto precisou ser induzido?		
Não, eu entrei em trabalho de parto espontaneamente	93	35,09
Não, minha cesárea estava agendada	139	52,45
Sim, meu trabalho de parto precisou ser induzido	33	12,45
30.Para induzir o seu trabalho de parto, utilizaram alguma dessas medidas?		
Misoprostol	29	87,88
Ocitocina	4	12,12
31.O profissional pediu sua permissão/autorização para induzir seu trabalho de parto?		
Não	15	45,45
Sim	18	54,55
32.Você entendeu por que o seu trabalho de parto precisou ser induzido?		
Não porque não foi explicado	2	6,06
Não, mesmo tendo sido explicado	4	12,12
Sim, eu entendi e concordei	19	57,58
Sim, eu entendi, mas não concordei	8	24,24
33.Você ficou com um acesso venoso no seu braço durante o trabalho de parto?		
Não	48	41,74
Sim, o tempo todo	31	26,96
Sim, uma parte do tempo	36	31,3
34.Você pôde beber e comer durante todo o trabalho de parto?		

Não	11	10
Sim, eu pude apenas beber	15	13,64
Sim, eu pude beber e comer	84	76,36
35.Você foi estimulada a se movimentar, mudar de posição e/ou andar durante o trabalho de parto?		
Não	16	14,68
Sim, o tempo todo	49	44,95
Sim, uma parte do tempo	44	40,37
36.Você teve uma doula, uma pessoa que oferece suporte físico e emocional durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?		
Não	108	99,08
Sim	1	0,92
37.Você usou algum dos seguintes métodos para aliviar sua dor durante o trabalho de parto: chuveiro, banheira, bola, cavalinho, massagem, respiração, barra, etc.?		
Não	18	16,51
Sim, mas pude apenas uma parte do tempo	5	4,59
Sim, pude usar sempre que quis	86	78,9
38.Foi feita anestesia/analgesia para aliviar a sua dor durante o trabalho de parto?		
Não porque eu não pedi	96	88,07
Não, mesmo eu pedindo	10	9,17
Sim, porque eu pedi	3	2,75
39.Você considera que fizeram muitos exames de toque vaginal em você durante a internação?		
Não	47	43,12
Sim	62	56,88
40.Todos os profissionais pediram sua permissão/autorização antes para fazer os exames de toque vaginal?		
Não	24	22,02
Sim	85	77,98
41.Após o exame de toque vaginal, todos os profissionais que te examinaram contaram o que estava acontecendo com você ou como estava a evolução do trabalho de parto?		
Não	19	17,59
Sim	89	82,41
42.Algum profissional rompeu/estourou a sua bolsa?		
Não	65	60,75
Sim	42	39,25

43.O profissional pediu sua permissão para romper/estourar sua bolsa?		
Não	27	64,29
Sim	15	35,71
44.Você entendeu por que a sua bolsa precisou ser rompida/estourada?		
Não porque não foi explicado	25	59,52
Não, mesmo tendo sido explicado	2	4,76
Sim, eu entendi	15	35,71
45.O profissional que atendeu seu trabalho de parto se apresentou?		
Não	75	71,43
Sim	30	28,57
46.Que tipo de profissional atendeu seu trabalho de parto?		
Estudante	11	36,67
Médico	15	50
Não me lembro	4	13,33
47.Foi oferecida ou permitida alternativas de posição para o parto, ou seja, você pôde ficar na posição que quis no momento do nascimento do seu/sua filho/a?		
Não	91	90,1
Sim	10	9,9
48.Quando o/a bebê estava para nascer, pediram para você fazer força para baixo sem que você tivesse vontade?		
Não	6	5,94
Sim	95	94,06
49.No parto, alguém apertou, empurrou ou subiu na sua barriga para o/a bebê nascer?		
Não	87	86,14
Sim	14	13,86
50.Você sabe como ficou a sua vagina depois do parto?		
Cortaram e deram pontos	2	1,98
Não rompeu, não cortou e não deu pontos	44	43,56
Rompeu e deram pontos	54	53,47
Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos	1	0,99
51.Logo após o nascimento, seu/sua bebê foi direto para o seu colo?		
Não, porque não foi possível ou os profissionais não permitiram	145	54,72
Não, porque não quis	1	0,38
Sim	119	44,91

52. Após o parto ou a cesárea, de tempo em tempo, algum profissional mediu o seu sangramento, apertou sua barriga para sentir se o útero estava contraído e monitorou sua pressão?		
Não	58	21,89
Sim	207	78,11
53. Você teve hemorragia pós-parto ou pós-cesárea?		
Não	252	95,09
Sim	13	4,91
54. Após o parto ou a cesárea, você teve algum desses sinais/sintomas que eu vou te falar		
Nenhuma das alternativas	186	70,19
Recebeu ferro intravenoso	1	0,38
Recebeu transfusão de sangue	1	0,38
Sentiu tontura ou desmaiou	74	27,92
Teve que ir para cirurgia	3	1,13
61. Você foi orientada para voltar ao hospital caso tivesse alguns desses sinais de perigo: sangramento, dor abdominal intensa, dor de cabeça, ver pontinhos pretos ou brilhantes, dor de estômago, dificuldade para respirar, febre ou calafrios, cicatriz da cesárea ou dos pontos na vagina com secreção purulenta e/ou dificuldade para esvaziar a bexiga?		
Não	106	44,92
Sim	130	55,08
62. Você teve algum dos seguintes problemas entre o momento da alta e hoje?		
Infecção nas mamas	12	5,08
Infecção nos pontos da cesariana	19	8,05
Infecção urinária	7	2,97
Não tive infecção	198	83,9
63. Em relação à sua experiência, você foi deixada sozinha pelos profissionais em algum momento em que estava se sentindo preocupada, angustiada ou com medo?		
Não	194	82,2
Sim	42	17,8
64. Alguma vez, durante a internação, você foi separada do/da seu/sua bebê?		
Sim, foi levado ao berçário	84	35,59
Sim, meu/minha bebê foi internado/a na UCI ou UTI Neonatal	14	5,93
Sim, para fazer algum procedimento em mim	2	0,85
Sim, para pesar, dar banho ou fazer algum outro procedimento	136	57,63

65. Durante a internação, você passou por alguma dessas situações?		
Falaram de modo ríspido, grosseiro ou gritaram com você	7	2,97
Fizeram algum procedimento em você ou no/na seu/sua bebê sem pedir sua autorização/permissão	43	18,22
Fizeram coisas com você, como beliscar, empurrar, segurar com força ou bater	1	0,42
Nenhuma das situações descritas anteriormente	72	30,51
Pediu algum tipo de informação sobre sua saúde ou sobre seu/sua bebê e não obteve resposta	35	14,83
Se sentiu desrespeitada, discriminada, constrangida, envergonhada ou assustada	78	33,05
66. Você teve privacidade durante a internação? Por exemplo, recebeu uma camisola que te cobria e você não se sentia exposta; as portas, do ambiente em que você estava, permaneceram encostadas; o número de pessoas na sala de parto não era exagerado?		
Mais ou menos	105	44,49
Não	93	39,41
Sim	38	16,1
67. As suas escolhas foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade?		
Algumas escolhas foram levadas a sério, outras não	65	27,54
Não	1	0,42
Não tinha escolhas	119	50,42
Todas as escolhas foram levadas a sério	51	21,61
68. Em sua opinião, o atendimento que você e seu/sua bebê receberam na maternidade foi seguro? Ou seja, tudo o que deveria ter sido feito com você e seu/sua bebê foi feito da melhor forma, sem oferecer risco a vocês?		
Foi mais ou menos seguro	64	27,12
Foi seguro	146	61,86
Não foi seguro	26	11,02
69. Você indicaria/recomendaria esta maternidade para alguma outra mulher?		
Não	52	22,03
Sim	178	75,42
Sim, mas com alerta ou que a mulher tenha um plano de parto	6	2,54
06. IMC		
18,6 a 24,9	63	23,77
25 a 29,9	119	44,91
30 a 34,9	62	23,4
35 a 39,9	14	5,28

40 ou mais	7	2,64
07.A classificação de risco foi:		
Amarela	187	70,57
Azul	9	3,4
Verde	55	20,75
Vermelha	14	5,28
08.Número de gestações anteriores:		
0	73	27,55
1	73	27,55
2	63	23,77
3	29	10,94
4	19	7,17
5	4	1,51
6	3	1,13
7	1	0,38
09.Número de partos normais anteriores:		
0	188	70,94
1	33	12,45
2	29	10,94
3	7	2,64
4	7	2,64
5	1	0,38
10.Número de cesáreas anteriores:		
0	146	55,09
1	67	25,28
2	37	13,96
3	12	4,53
4	3	1,13
11.Número de abortos:		
0	223	84,15
1	33	12,45
2	6	2,26
3	2	0,75
4	1	0,38
12.Tipo de gestação:		
Múltipla	2	0,75
Única	263	99,25
13.Idade gestacional		
32	1	0,38
34	2	0,76

35	5	1,9
36	17	6,46
37	23	8,75
38	57	21,67
39	90	34,22
40	56	21,29
41	12	4,56
Casos sem informação = 2		

14.Apresentação fetal:		
Cefálica	248	97,25
Córmica ou de ombros	1	0,39
Pélvica ou podálica	6	2,35
Casos sem informação = 10		

15.Presença de movimentos fetais:		
Não	4	1,55
Sim	254	98,45
Casos sem informação = 7		

16.Dinâmica uterina:		
1 contração em 10 minutos	19	7,95
2 ou 3 contrações em 10 minutos	91	38,08
4 ou mais contrações em 10 minutos	5	2,09
Ausência de contrações	124	51,88
Casos sem informação = 26		

17.Dilatação cervical:		
1 a 3 cm	81	34,18
4 a 7 cm	52	21,94
8 a 10 cm	19	8,02
Nenhuma/impérvio	85	35,86
Casos sem informação = 28		

18.Consistência/esvaecimento cervical:		
Fino	52	21,76
Grosso	133	55,65
Médio	54	22,59
Casos sem informação = 26		

19.Posição cervical:		
Anterior	57	23,85
Centralizado	4	1,67
Posterior	178	74,48
Casos sem informação = 26		

20.Condição da bolsa:

Rota	59	23,51
Íntegra	192	76,49
Casos sem informação = 14		
21.Motivo da internação:		
Alteração na condição clínica materna	28	10,77
Alteração na vitalidade fetal	10	3,85
Amniorrexe prematura	30	11,54
Eminência de eclampsia	1	0,38
Iteratividade	38	14,62
Macrossomia	1	0,38
Oligoâmnio absoluto	2	0,77
Placenta prévia	2	0,77
Pós-datismo	9	3,46
Restrição de Crescimento Intra Uterino	1	0,38
Resolução da gestação	1	0,38
Restrição e crescimento Intra uterino	1	0,38
Trabalho de parto espontâneo	110	42,31
Cesárea a pedido	13	5
Cesárea menor que 1 ano	1	0,38
Deslocamento de placenta	3	1,15
Feto pélvico	1	0,38
Gestação a termo	5	1,92
Indução de Trabalho de Parto	1	0,38
Macrossomia	1	0,38
Pico hipertensivo	1	0,38
Casos sem informação = 5		
55.O trabalho de parto foi induzido?		
Não	232	87,88
Sim	32	12,12
Caso sem informação = 1		
56.Motivo da indução do trabalho de parto:		
Gestação a termo	1	3,57
Gestação prolongada	10	35,71
Intercorrência fetal	2	7,14
Intercorrência materna	6	21,43
Ruptura prematura de membrana	9	32,14
Casos sem informação = 4		
57.Para a indução do trabalho de parto, foi utilizado:		
Misoprostol	27	84,38
Ocitocina	5	15,63
58.A mulher teve trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal?		

Não	41	15,59
Sim	222	84,41
Casos sem informação = 2		

59. Trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal:

Cesariana	128	57,92
Episiotomia médio lateral	1	0,45
Incisão cirúrgica abdominal	36	16,29
Laceração de 1º grau	28	12,67
Laceração de 2º grau	28	12,67
Caso sem informação = 1		

60. O bebê teve escore de Apgar menor ou igual 7 no 5º minuto após o nascimento?

Não	252	96,92
Sim	8	3,08

## APÊNDICE A <sup>7</sup>

### Termômetro da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (T-IHAMC)

Nº:
-----

ADMISSÃO (Entrevista face a face no hospital - Q.01 a Q.05)	
NOME E CONTATO(S):	
01. Você fala português?	<input checked="" type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Não, mas tenho interlocutor <input type="checkbox"/> 2. Sim
02. Qual é a sua cor da pele?	<input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta/negra <input type="checkbox"/> 3. Parda/morena/mulata <input type="checkbox"/> 4. Amarela/oriental <input type="checkbox"/> 5. Indígena <input type="checkbox"/> 6. Não quis informar
03. Qual é a sua idade?	____ anos completos
04. Em algum momento, você ou seu/sua acompanhante entregou o plano de parto, um documento elaborado durante a gestação, no qual você descreveu os procedimentos que recusava e os que aceitava? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não fiz um plano de parto <input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Sim
05. Por que você procurou por atendimento no hospital? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Estava na data provável do parto e ficou com medo de "passar da hora" <input type="checkbox"/> 2. Tinha uma cardiocardiografia marcada, <i>aquele exame do coração do bebê</i> <input type="checkbox"/> 3. Marcaram para induzir o parto <input type="checkbox"/> 4. A sua cesárea estava marcada <input type="checkbox"/> 5. Senti que estava em trabalho de parto, ou seja, tinha contrações uterinas regulares <input type="checkbox"/> 6. Percebeu algum sinal de alerta, como: a bolsa rompeu, o bebê não se movimentava ou teve sangramento <input type="checkbox"/> 7. Nenhuma das opções anteriores ou outro motivo. Qual? _____
INTERNAÇÃO (Entrevista face a face no hospital - Q.22 a Q.54)	
22. Você teve acompanhante durante <u>toda</u> a sua internação? <i>(Caso a mulher não tenha tido acompanhante em nenhum momento da internação, pular para a questão 24.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
23. O/a acompanhante foi de sua escolha?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
24. Você teve, me diga qual a opção: <i>(Ler as opções à mulher.) (Caso a resposta seja "1. Parto normal", pular para questão 27.)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Parto normal <input type="checkbox"/> 2. Parto à fórceps ou vácuo extrator <input type="checkbox"/> 3. Cesárea
25. O profissional pediu sua permissão/autorização para fazer um fórceps, um vácuo extrator ou uma cesárea?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
26. Você entendeu por que foi feito um fórceps, um vácuo extrator ou uma cesárea? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não entendi porque não foi explicado <input type="checkbox"/> 1. Não entendi, mesmo tendo sido explicado <input type="checkbox"/> 2. Sim, eu entendi e concordei <input type="checkbox"/> 3. Sim, eu entendi, mas não concordei
27. O profissional que atendeu seu parto/sua cesárea se apresentou? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.) (Caso a resposta seja "0. Não" ou "2. Eu tive meu bebê sem a presença de um profissional", pular para a questão 29.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Eu tive meu bebê sem a presença de um profissional
28. Que tipo de profissional atendeu seu parto/sua cesárea? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Médico/a <input type="checkbox"/> 2. Enfermeiro/a obstetra <input type="checkbox"/> 3. Obstetiz <input type="checkbox"/> 4. Parteira tradicional <input type="checkbox"/> 5. Professor/a <input type="checkbox"/> 6. Estudante <input type="checkbox"/> 7. Não me lembro
29. O seu trabalho de parto precisou ser induzido? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.) (Caso a resposta seja "0. Não, eu entrei em trabalho de parto espontaneamente" ou "3. Não sei se precisou ser induzido", pular para a questão 33. Caso a resposta seja "1. Não, minha cesárea estava agendada ou fui direto para a cesárea", pular para a questão 51.)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> 0. Não, eu entrei em trabalho de parto espontaneamente <input type="checkbox"/> 1. Não, minha cesárea estava agendada ou fui direto para a cesárea <input type="checkbox"/> 2. Sim, meu trabalho de parto precisou ser induzido <input checked="" type="checkbox"/> 3. Não sei se precisou ser induzido
30. Para induzir o seu trabalho de parto, utilizaram alguma dessas medidas? Me diga se sim ou não para cada opção: <i>(Ler as opções à mulher e marcar todas que a resposta for "Sim".)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Misoprostol, um comprimido colocado na sua vagina <input type="checkbox"/> 2. Ocitocina, um remédio colocado no soro <input type="checkbox"/> 3. Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 4. Não sei
31. O profissional pediu sua permissão/autorização para induzir seu trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
32. Você entendeu por que o seu trabalho de parto precisou ser induzido? <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não entendi porque não foi explicado <input type="checkbox"/> 1. Não entendi, mesmo tendo sido explicado <input type="checkbox"/> 2. Sim, eu entendi e concordei <input type="checkbox"/> 3. Sim, eu entendi, mas não concordei
33. Você ficou com um acesso venoso no seu braço durante o trabalho de parto? Ou seja, você ficou com alguma veia pega durante o trabalho de parto? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim, uma parte do tempo <input type="checkbox"/> 2. Sim, o tempo todo

### 7 Legenda das cores utilizadas no T-IHAMC:

Trechos grifados em cinza = instruções para quem realiza as perguntas. Trechos grifados em amarelo = atenção para quem realiza as perguntas. Pergunta escrita em verde = fazer *apenas* por telefone.

**Observação:** As perguntas foram apresentadas de modo que as da entrevista com a puérpera antecedem as questões do prontuário

34. Você pôde beber e comer durante <b>todo</b> o trabalho de parto? <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim, eu pude <b>apenas</b> beber <input type="checkbox"/> 2. Sim, eu pude beber <b>e</b> comer
35. Você foi estimulada a se movimentar, mudar de posição e/ou andar durante o trabalho de parto? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim, uma parte do tempo <input type="checkbox"/> 2. Sim, o tempo todo
36. Você teve uma doula, <i>uma pessoa que oferece suporte físico e emocional durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
37. Você usou algum dos seguintes métodos para aliviar sua dor durante o trabalho de parto, por exemplo: chuveiro, banheira, bola, cavalinho, massagem, respiração, barra, etc.? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim, pude usar sempre que quis <input type="checkbox"/> 2. Sim, mas pude usar apenas uma parte do tempo
38. Foi feita anestesia/analgesia, isto é, <i>aquele injeção nas costas ou aquele gás que você respira</i> , para aliviar a sua dor durante o trabalho de parto? <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não porque eu não pedi <input type="checkbox"/> 1. Não, mesmo eu pedindo <input type="checkbox"/> 2. Sim, mas eu não pedi ou eu não queria <input type="checkbox"/> 3. Sim, porque eu pedi
39. Você considera que fizeram muitos exames de toque vaginal em você durante a internação?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
40. <b>Todos</b> os profissionais pediram sua permissão/autorização antes de fazer os exames de toque vaginal?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
41. Após o exame de toque vaginal, <b>todos</b> os profissionais que te examinaram contaram o que estava acontecendo com você ou como estava a evolução do trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
42. Algum profissional rompeu/estourou a sua bolsa? <i>(Ler as opções à mulher.) (Caso a resposta seja "0. Não" ou "2. Não sei", pular para a questão 45.)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não sei
43. O profissional pediu sua permissão para romper/estourar sua bolsa?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
44. Você entendeu por que a sua bolsa precisou ser rompida/estourada? <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não entendi porque não foi explicado <input type="checkbox"/> 1. Não entendi, mesmo tendo sido explicado <input type="checkbox"/> 2. Sim, eu entendi e concordei <input type="checkbox"/> 3. Sim, eu entendi, mas não concordei
45. O profissional que atendeu seu trabalho de parto se apresentou? <i>(Caso a resposta seja "0. Não", pular para a questão 47.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
46. Que tipo de profissional atendeu seu trabalho de parto? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Médico/a <input type="checkbox"/> 2. Enfermeiro/a obstetra <input type="checkbox"/> 3. Obstetrix <input type="checkbox"/> 4. Parteira tradicional <input type="checkbox"/> 5. Professor/a <input type="checkbox"/> 6. Estudante <input type="checkbox"/> 7. Não me lembro
47. Foram permitidas alternativas de posição para o parto, ou seja, você pôde ficar na posição que quis no momento do nascimento do seu/sua filho/a? <i>(Caso a mulher tenha tido uma cesárea intraparto, esta pergunta não se aplica, pular para a questão 51.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
48. Quando o/a bebê estava para nascer, pediram para você fazer força para baixo?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
49. No parto, alguém apertou, empurrou ou subiu na sua barriga para o/a bebê nascer?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
50. Você sabe como ficou a sua vagina depois do parto? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher e marque todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Não rompeu, não cortou e não deu pontos <input type="checkbox"/> 2. Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos <input type="checkbox"/> 3. Não levei pontos, mas não sei se rompeu <input type="checkbox"/> 4. Rompeu e deram pontos <input type="checkbox"/> 5. Cortaram e deram pontos <input type="checkbox"/> 6. Levei pontos, mas não sei se rompeu ou se o profissional cortou <input type="checkbox"/> 7. Não sei informar
51. Logo após o nascimento, seu/sua bebê foi direto para o seu colo? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não, porque não foi possível ou os profissionais não permitiram <input type="checkbox"/> 1. Não, porque não quis <input type="checkbox"/> 2. Sim
52. Após o parto ou a cesárea, de tempo em tempo, algum profissional: <i>(Ler as opções à mulher e marque todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Obsevou seu sangramento <input type="checkbox"/> 2. Apertou sua barriga para sentir se o útero estava contraído <input type="checkbox"/> 3. Monitorou sua pressão

53. Você teve hemorragia pós-parto ou pós-cesárea? <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não sei
54. Após o parto ou a cesárea, você teve algum desses sinais/sintomas que eu vou te falar: <i>(Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Sentiu tontura ou desmaiou <input type="checkbox"/> 2. Teve algum exame de sangue que mostrou que você estava com anemia <input type="checkbox"/> 3. Recebeu transfusão de sangue <input type="checkbox"/> 4. Recebeu ferro intravenoso, ou seja, na veia <input type="checkbox"/> 5. Teve que ir para cirurgia <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma das alternativas
<b>PÓS-ALTA (Entrevista face a face no hospital, exceto Q.62 + Telefonema em torno de 10 dias após o parto - Q.61 a Q.69)</b>	
61. Você foi orientada para voltar ao hospital caso tivesse alguns desses sinais de perigo: sangramento, dor abdominal intensa, dor de cabeça, ver pontinhos pretos ou brilhantes, dor de estômago, dificuldade para respirar, febre ou calafrios, cicatriz da cesárea ou dos pontos na vagina com secreção purulenta e/ou dificuldade para esvaziar a bexiga?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
62. Você teve algum dos seguintes problemas entre o momento da alta e hoje? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Infecção urinária <input type="checkbox"/> 2. Infecção nos pontos da cesariana <input type="checkbox"/> 3. Infecção nas mamas <input type="checkbox"/> 4. Infecção no útero <input type="checkbox"/> 5. Infecção nos pontos na vagina <input type="checkbox"/> 6. Outra infecção. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 7. Não tive infecção
63. Em relação à sua experiência, você foi deixada sozinha pelos profissionais em algum momento em que estava se sentindo preocupada, angustiada ou com medo?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim
64. Alguma vez, você foi separada do/da seu/sua bebê durante a primeira hora de vida dele/dela? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim, para pesar, dar banho ou fazer algum outro procedimento no/na bebê <input type="checkbox"/> 2. Sim, foi levado ao berçário <input type="checkbox"/> 3. Sim, meu/minha bebê foi internado/a na UCI ou UTI Neonatal <input type="checkbox"/> 4. Sim, para fazer algum procedimento em mim
65. Durante a internação, você passou por alguma dessas situações? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 1. Pedi algum tipo de informação sobre sua saúde ou sobre seu/sua bebê e não obtive resposta <input type="checkbox"/> 2. Fizeram algum procedimento em você ou no/na seu/sua bebê sem pedir sua autorização/permissão <input type="checkbox"/> 3. Se sentiu desrespeitada, discriminada, constrangida, envergonhada ou assustada <input type="checkbox"/> 4. Falaram de modo ríspido, grosseiro ou gritaram com você <input type="checkbox"/> 5. Fizeram coisas com você, como beliscar, empurrar, segurar com força ou bater <input type="checkbox"/> 6. Outra situação. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 7. Nenhuma das situações descritas anteriormente
66. Você teve privacidade durante a internação? Por exemplo, recebeu uma camisola que te cobria e você não se sentia exposta; as portas, do ambiente em que você estava, permaneceram encostadas; o número de pessoas na sala de parto não era exagerado? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Mais ou menos <input type="checkbox"/> 2. Sim
67. As suas escolhas foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não tinha escolhas <input type="checkbox"/> 1. Não <input type="checkbox"/> 2. Algumas escolhas foram levadas a sério, outras não <input type="checkbox"/> 3. Todas as escolhas foram levadas a sério
68. Em sua opinião, o atendimento que você e seu/sua bebê receberam na maternidade foi seguro? Ou seja, tudo o que deveria ter sido feito com você e seu/sua bebê foi feito da melhor forma, sem oferecer risco a vocês? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	<input type="checkbox"/> 0. Não foi seguro <input type="checkbox"/> 1. Foi mais ou menos seguro <input type="checkbox"/> 2. Foi seguro
69. Você indicaria/recomendaria esta maternidade para alguma outra mulher? Vou te falar as opções de resposta:	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Sim, mas com alerta ou que a mulher tenha um plano de parto

## PRONTUÁRIO

ADMISSÃO (Prontuário - Q.06 a Q.21)	
06. IMC: (Na admissão hospitalar ou na última consulta de pré-natal) (Caso tenha apenas o registro da altura e do peso, calcule o IMC por meio da fórmula: $IMC = \text{Peso, em Kg} \div (\text{Altura, em cm})^2$ . Se usar a informação do pré-natal, basear-se no último registro de peso.)	<input type="checkbox"/> 1. 18,5 ou menos <input type="checkbox"/> 2. 18,6 a 24,9 <input type="checkbox"/> 3. 25 a 29,9 <input type="checkbox"/> 4. 30 a 34,9 <input type="checkbox"/> 5. 35 a 39,9 <input type="checkbox"/> 6. 40 ou mais <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
07. A classificação de risco foi:	<input type="checkbox"/> 1. Azul <input type="checkbox"/> 2. Verde <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Vermelha <input type="checkbox"/> 5. Outra: _____ <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
08. Número de gestações anteriores:	___ gestações anteriores <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
09. Número de partos normais anteriores:	___ partos normais anteriores <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
10. Número de cesáreas anteriores:	___ cesáreas anteriores <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
11. Número de abortos:	___ abortos <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
12. Tipo de gestação:	<input type="checkbox"/> 1. Única <input type="checkbox"/> 2. Múltipla <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
13. Idade gestacional: (Caso existam dois registros de idade gestacional, priorizar o dado referente ao ultrassom.)	___ semanas ___ dias <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
14. Apresentação fetal:	<input type="checkbox"/> 1. Cefálica <input type="checkbox"/> 2. Pélvica ou podálica <input type="checkbox"/> 3. Córmica ou de ombros <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
15. Presença de movimentos fetais:	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
16. Dinâmica uterina:	<input type="checkbox"/> 0. Ausência de contrações <input type="checkbox"/> 1. 1 contração em 10 minutos <input type="checkbox"/> 2. 2 ou 3 contrações em 10 minutos <input type="checkbox"/> 3. 4 ou mais contrações em 10 minutos <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
17. Dilatação cervical:	<input type="checkbox"/> 0. Nenhuma/impervio <input type="checkbox"/> 1. 1 a 3 cm <input type="checkbox"/> 2. 4 a 7 cm <input type="checkbox"/> 3. 8 a 10 cm <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
18. Consistência/esvaziamento cervical:	<input type="checkbox"/> 1. Grosso <input type="checkbox"/> 2. Médio <input type="checkbox"/> 3. Fino <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
19. Posição cervical:	<input type="checkbox"/> 1. Posterior <input type="checkbox"/> 2. Centralizado/medianizado <input type="checkbox"/> 3. Anterior <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
20. Condição da bolsa:	<input type="checkbox"/> 1. Íntegra <input type="checkbox"/> 2. Rota <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
21. Motivo da internação:	<input type="checkbox"/> 1. Trabalho de parto espontâneo <input type="checkbox"/> 2. Amniorrexe prematura <input type="checkbox"/> 3. Alteração na vitalidade fetal <input type="checkbox"/> 4. Alteração na condição clínica materna <input type="checkbox"/> 5. Pós-datismo <input type="checkbox"/> 6. Iteratividade <input type="checkbox"/> 7. Outro: _____ <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
INTERNAÇÃO (Prontuário - Q.55 a Q.60)	
55. O trabalho de parto foi induzido? (Caso a resposta seja "0. Não" ou "99. Sem informação", pular para questão 58.)	<input checked="" type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
56. Motivo da indução do trabalho de parto: (Marque todas as opções que se aplicam.)	<input type="checkbox"/> 1. Gestação prolongada <input type="checkbox"/> 2. Ruptura prematura de membrana <input type="checkbox"/> 3. Intercorrência materna <input type="checkbox"/> 4. Intercorrência fetal <input type="checkbox"/> 5. Outra: _____ <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
57. Para a indução do trabalho de parto, foi utilizado: (Marque todas as opções que se aplicam.)	<input type="checkbox"/> 1. Métodos mecânicos, como descolamento de membranas e/ou Krause/sonda de Foley <input type="checkbox"/> 2. Misoprostol <input type="checkbox"/> 3. Ocitocina <input type="checkbox"/> 4. Outro método: _____ <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
58. A mulher teve trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal? (Caso a resposta seja "0. Não", pular para a questão 60.)	<input checked="" type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
59. Trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal: (Marque todas as opções que se aplicam.)	<input type="checkbox"/> 1. Laceração de 1º grau <input type="checkbox"/> 2. Laceração de 2º grau <input type="checkbox"/> 3. Laceração de 3º/4º grau <input type="checkbox"/> 4. Laceração sem grau especificado <input type="checkbox"/> 5. Episiotomia médio lateral <input type="checkbox"/> 6. Episiotomia mediana <input type="checkbox"/> 7. Cesariana <input type="checkbox"/> 8. Incisão cirúrgica abdominal (durante a internação para o parto, excetuando-se a cesariana) <input type="checkbox"/> 99. Sem informação
60. O bebê teve escore de Ápgar menor ou igual 7 no 5º minuto após o nascimento?	<input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 99. Sem informação

## APÊNDICE B

### Questionário sociodemográficos| complementares

#### Instrumento para coleta de dados

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

#### Dados de identificação:

- 1- Você tem companheiro (estado civil)?  sim ( ) não  
 2- Escolaridade de acordo com anos de estudo:  
 0 ( ) 1- 4 anos ( ) 5-8 anos ( ) 9-11 anos ( )  $\geq$  12 anos  
 3- Profissão materna: \_\_\_\_\_  
 4- Religião: \_\_\_\_\_

#### Dados Obstétricos complementares:

09- Você fez pré-natal?

Sim ( )

Não, porque?.....

Numero de consultas de pré-natal:.....

Classificação do pré-natal quanto ao risco:  risco habitual ( ) alto risco