



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

**ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA MENSURAÇÃO DA
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA AMOSTRA DE MULHERES DE
MATERNIDADES DE PORTO ALEGRE-RS E ASSOCIAÇÃO COM
SINTOMAS SUGESTIVOS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

JANINI CRISTINA PAIZ

Orientador: Profa. Dra. Camila Giugliani

Porto Alegre, março de 2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

**ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA MENSURAÇÃO DA
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA AMOSTRA DE MULHERES DE
MATERNIDADES DE PORTO ALEGRE-RS E ASSOCIAÇÃO COM
SINTOMAS SUGESTIVOS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

JANINI CRISTINA PAIZ

Orientador: Profa. Dra. Camila Giugliani

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Paiz, Janini Cristina

ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA MENSURAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM UMA AMOSTRA DE MULHERES DE MATERNIDADES DE PORTO ALEGRE-RS E ASSOCIAÇÃO COM SINTOMAS SUGESTIVOS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO / Janini Cristina Paiz. -- 2023.

160 f.

Orientador: Camila Giugliani.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. violência obstétrica. 2. depressão pós-parto. 3. saúde da mulher. 4. mulheres vítimas de maus-tratos.
I. Giugliani, Camila, orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Tatiana Henriques Leite, Instituto de Medicina Social,
Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Profa. Dra. Emanuele Souza Marques, Instituto de Medicina Social,
Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Profa. Dra. Vanessa Bielefeldt Leotti, Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DEDICATÓRIA

Dedico essa tese a todas as mulheres que foram expostas a práticas violentas em seus partos, para que saibam que o sofrimento delas ressoa em outras mulheres e as motiva na luta por uma assistência ao parto livre de violência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as mulheres do meu grupo de pesquisa, em especial à Sarah, que sempre foi muito solícita e responsável, e à minha orientadora Camila, mulher e profissional que admiro muito.

Agradeço à professora Stela, que além de muito competente e divertida, trouxe grandes contribuições para a tese e leveza à estatística.

Agradeço às professoras Betine e Daniela, que fizeram parte do aprimoramento desta tese ao aceitarem participar do exame de qualificação.

Agradeço à minha família, minha mãe Delci, meus irmãos Sandi e Dhian e meu pai, Adelir (em lembrança), que sempre me apoiaram no meu crescimento profissional e pessoal.

Agradeço ao Vitor, meu companheiro, que esteve ao meu lado nos dias de luta, diminuindo o peso de “dar conta” do trabalho e da tese, com uma música, um lanchinho, um abraço.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	10
2	INTRODUÇÃO	11
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1	TRANSIÇÃO OBSTÉTRICA E HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA NO PARTO..	14
3.2	FISIOLOGIA DO PARTO E PRÁTICAS RECOMENDADAS	15
3.2.1	O papel da doula e da enfermeira obstétrica na assistência ao parto	18
3.3	DEFINIÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, MAUS-TRATOS, DESRESPEITO E ABUSO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO	19
3.4	PREVALÊNCIA E MENSURAÇÃO DA VO	26
3.5	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NAS MATERNIDADES.....	32
3.6	DIREITOS RELACIONADOS AO GÊNERO E O PARTO LIVRE DE VIOLÊNCIA	34
3.6.1	Cenário internacional e regional.....	34
3.6.2	Políticas públicas de assistência materna no Brasil	37
3.7	FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM OBSTETRÍCIA	40
3.8	CONSEQUÊNCIAS DAS PRÁTICAS VIOLENTAS NO PARTO.....	42
3.8.1	Morbimortalidade associada aos maus-tratos no parto	42
3.8.2	Experiência de parto e satisfação com a assistência	44
3.8.3	Depressão pós-parto (DPP)	45
3.9	DEPRESSÃO PÓS-PARTO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	46
4	OBJETIVOS.....	63
4.1	OBJETIVO GERAL	63
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	63
5	ARTIGO 2: DEVELOPMENT OF AN INSTRUMENT TO MEASURE MISTREATMENT OF WOMEN DURING CHILDBIRTH THROUGH ITEM RESPONSE THEORY.....	66
6	ARTIGO 3: ASSOCIATION BETWEEN MISTREATMENT OF WOMEN DURING CHILDBIRTH AND SYMPTOMS SUGGESTIVE OF POSTPARTUM DEPRESSION.....	96
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
8	ANEXOS.....	118
8.1	APROVAÇÃO DO CEP DA MATERNIDADE PÚBLICA.....	118
8.2	APROVAÇÃO DO CEP DA MATERNIDADE PRIVADA	121
8.3	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	125
8.4	QUESTIONÁRIO APLICADO NAS ENTREVISTAS	127

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BH	Belo Horizonte
DPP	Depressão Pós-Parto
EUA	Estados Unidos da América
FEBRASGO	Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia
IFMSA	Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RAMI	Rede de Atenção Materno Infantil
RN	Recém-nascido
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TMM	Taxa de Mortalidade Materna
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VO	Violência Obstétrica

RESUMO

A violência obstétrica (VO) é um problema mundial de saúde pública e uma violação aos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas que gestam. A prevalência desse fenômeno no Brasil é bastante variável (5% a 98%) em decorrência da heterogeneidade nas formas de medi-la e, muitas vezes, pelo não reconhecimento, pela mulher, de ter sofrido uma violência. Dentre os impactos negativos para as mulheres que sofreram violência obstétrica está a sua maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de quadros de estresse pós-traumático e depressão. Os objetivos desta Tese foram: 1) identificar a prevalência de práticas recomendadas e não recomendadas na assistência ao parto, bem como a percepção das mulheres sobre terem sofrido violência obstétrica 2) propor um instrumento para mensurar a VO, construído a partir da Teoria de Resposta ao Item, e 3) avaliar a associação de VO com a presença de sintomas sugestivos de depressão pós-parto. Fizeram parte deste estudo 287 mulheres, selecionadas aleatoriamente, que tiveram parto em maternidades pública e privada de Porto Alegre-RS, e que não apresentaram desfechos negativos relacionados ao parto. As mulheres foram entrevistadas face-a-face, geralmente nos seus domicílios, 30 a 37 dias após o parto. Elas responderam a questões relacionadas a sua situação sociodemográfica, antecedentes obstétricos e de saúde, assistência pré-natal, assistência ao parto (práticas e intervenções aplicadas) e percepção de ter sofrido VO (“você se sentiu desrespeitada, humilhada ou maltratada durante o parto?”). As participantes também preencheram uma escala de *screening* para depressão pós-parto – escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS). As boas práticas na assistência ao parto foram mais frequentes na maternidade pública. A percepção de ter sofrido VO ocorreu para 12,5% das mulheres (14,9% na maternidade pública e 7,5% na maternidade privada). As práticas não recomendadas foram frequentes tanto na maternidade pública como na privada. A partir das práticas não recomendadas, foram construídos dois instrumentos para mensurar a VO: um para todas as mulheres (composto por 09 itens); e outro para aquelas que entraram em trabalho de parto (composto por 11 itens). A prevalência geral de VO por meio da aplicação dos instrumentos foi de 23,7% para todas as mulheres e de 22% para as que entraram em trabalho de parto. Os itens: não ter tido acompanhante durante o parto, não se sentir acolhida e não se sentir segura na maternidade, foram os que apresentaram maior discriminação no instrumento que incluiu todas as mulheres. Quando avaliadas apenas as que entraram em trabalho de parto, não ter tido acompanhante durante o pré-parto e não ter se sentido à vontade para perguntar e participar das decisões sobre seu cuidado também apresentaram elevada discriminação. Foi identificado que mulheres que sofreram VO tiveram maior prevalência de sintomas sugestivos de depressão pós-parto (RP:1,55 IC95%:1,07–2,25), utilizando-se como ponto de corte do EPDS a pontuação ≥ 8 . Condição socioeconômica desfavorável e histórico de problemas de saúde mental pregressos também estiveram associados à presença de sintomas sugestivos de depressão pós-parto. Este estudo apresenta uma proposta inicial de instrumento, que necessita de avaliação mais aprofundada de suas propriedades psicométricas. Os achados preliminares aqui descritos sugerem que a aplicação de um instrumento padronizado para mensurar a VO possibilitará produzir estimativas mais precisas da magnitude do problema, subsidiando assim a proposição de ações para a sua eliminação. Dessa forma, almeja-se que cada vez mais mulheres tenham experiências obstétricas positivas, evitando-se que o parto se torne um gatilho para o desenvolvimento de quadros depressivos.

Palavras-chave: violência obstétrica, depressão pós-parto, saúde da mulher, mulheres vítimas de maus-tratos.

ABSTRACT

Obstetric violence is a worldwide public health problem and a violation of sexual and reproductive rights. The prevalence of this phenomenon in Brazil is quite variable (5% to 98%) due to the heterogeneity in how it is measured and often the non-recognition, by women themselves, of having suffered violence. Among the negative impacts for women who have suffered mistreatment during childbirth is their greater vulnerability to the development of post-traumatic stress and depression. The objectives of this doctoral thesis were to: 1) identify the prevalence of recommended and non-recommended practices during childbirth, as well as the women's perceptions about having suffered mistreatment, 2) propose an instrument to measure obstetric violence, built from the Item Response Theory, and 3) evaluate its association with the presence of symptoms suggestive of postpartum depression. The study included 287 women, randomly selected, who gave birth in public and private maternity hospitals in Porto Alegre-RS, and who did not have negative outcomes related to childbirth. Face-to-face interviews were conducted with the women, usually at their homes, 30 days after delivery (30 to 37 days). They answered questions related to their sociodemographic situation, obstetric and health history, prenatal care, childbirth care (practices and interventions applied) and perception of having suffered obstetric violence ("did you feel disrespected, humiliated or mistreated during childbirth?"). Participants also completed a screening scale for postpartum depression, known as Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Good practices in childbirth care were more frequent in the public maternity. The perception of having suffered obstetric violence occurred for 12.5% of women (14.9% in the public maternity versus 7.5% in the private one). Non-recommended practices were frequent in both public and private hospitals. The perception of having suffered obstetric violence occurred for 12.5% of women (14.9% in the public maternity versus 7.5% in the private one). When measured through the application of the instruments this prevalence reached 23.7% for all women and 22% for those who went into labor. The items: not having a companion during childbirth, not feeling welcome and not feeling safe in the maternity ward, were the ones that showed the greatest discrimination in the instrument that included all women. When only those who went into labor were evaluated, not having a companion during the prepartum period and not having felt comfortable to ask and participate in decisions about their care also showed high discrimination. It was identified that women who suffered obstetric violence had a higher prevalence of symptoms suggestive of postpartum depression (PR 1.55, 95%CI 1.07–2.25), using the EPDS cut-off point ≥ 8 . Unfavorable socioeconomic status and a history of previous mental health problems were also associated with the presence of symptoms suggestive of postpartum depression. This study presents an initial proposal of an instrument, which requires more in-depth evaluation of its psychometric properties. The preliminary findings shown here suggest that the application of a standardized instrument to measure obstetric violence will make it possible to produce more accurate estimates of the magnitude of the problem, thus supporting actions to eliminate mistreatment in obstetric care and to promote positive childbirth experiences for all women, preventing childbirth from becoming a trigger for the development of depressive conditions.

Keywords: Obstetric violence, postpartum depression, women's health, childbirth, mistreatment of women during childbirth.

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na Tese de Doutorado intitulada “Elaboração de um instrumento para mensuração da violência obstétrica em uma amostra de mulheres de maternidades de Porto Alegre-RS e associação com sintomas sugestivos de depressão pós-parto”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 07 de dezembro de 2022.

O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigos
3. Considerações Finais

2 INTRODUÇÃO

O parto, evento essencialmente fisiológico, tornou-se ao longo das décadas um procedimento hospitalar (1). Se, por um lado, a ampliação do acesso aos serviços de saúde no nível populacional proporcionou maior segurança ao nascimento, que passou a ser supervisionado por profissionais de saúde capacitados, em um ambiente com recursos tecnológicos e com possibilidade de encaminhamento para serviços de maior complexidade em tempo oportuno (2,3), por outro, essa transição acarretou no uso indiscriminado de intervenções, muitas vezes desnecessárias, sem evidência científica quanto a seus benefícios e até potencialmente danosas para a parturiente e para o recém-nascido – RN (4).

No Brasil, em 2019, 99,1% dos nascimentos foram realizados em serviços de saúde, e apenas 43,6% foram por via vaginal (5). A realização do parto em ambiente hospitalar, frequentemente caracterizado por rotinas rígidas e por um processo de trabalho desgastante, com carência de recursos humanos e infraestrutura, resulta, muitas vezes, em assistência precária e pouco humanizada. Como reflexo, observam-se taxas de indução medicamentosa do parto, episiotomia, amniotomia, entre outras intervenções realizadas com a justificativa de acelerar o trabalho de parto, muito superiores ao que costuma ser recomendado (6,7).

Inquéritos internacionais indicam que é variável, porém frequente, a prevalência de mulheres que têm experiências negativas no parto, como abuso, negligência e desrespeito, essa variação é de 15% a mais de 90% (8–15). No Brasil, a variabilidade na prevalência de violência obstétrica também é alta, de 5% a 98% (16–19). De acordo com pesquisa representativa de puérperas (n: 54.926) atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 2011 a 2012, em relação à percepção acerca do atendimento recebido no parto, 51,5% disseram terem sido mal atendidas, 25,3% não tiveram suas necessidades atendidas, 12,1% se sentiram agredidas verbalmente e 2,4% se sentiram agredidas fisicamente (18). Enquanto que a pesquisa Nacer no Brasil, realizada no período de 2011 a 2013, envolvendo mais de 16 mil puérperas, identificou prevalência de 5,1% de maltrato, abuso ou violência por parte dos profissionais de saúde, percebidos pelas parturientes (20).

A exposição da gestante e parturiente a situações de desrespeito, humilhação e maus-tratos é considerada violência obstétrica (VO) e reconhecida como problema de saúde pública (21). A VO pode ser definida como uma violação dos direitos

humanos em um período de vulnerabilidade da mulher (21). A Lei orgânica venezuelana sobre os direitos das mulheres a uma vida livre de violência é pioneira na conceituação da VO; essa lei define como VO toda apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, que pode ser expressa no cuidado desumanizado, na medicalização e patologização do parto, na redução da autonomia e capacidade das mulheres de decidirem sobre seus corpos e sexualidade e que impacta na sua qualidade de vida (22). De acordo com a OMS, os maus-tratos no parto não apenas violam o direito ao cuidado respeitoso, mas também, ameaçam o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação (23).

Dentre as lacunas no conhecimento acerca da VO, que limitam a sua superação, está a variabilidade na sua mensuração, fator que interfere no conhecimento da magnitude do problema e na comparabilidade entre estudos, regiões e estabelecimentos (24). A heterogeneidade na maneira de mensurar esse fenômeno dificulta a sua identificação e a avaliação de seus impactos na saúde física e psicológica das vítimas (20,25). Outro aspecto que interfere na mensuração da VO é o não reconhecimento, pela mulher, de práticas abusivas e desrespeitosas como uma violência, por não ter recebido orientações oportunas no pré-natal, pelo desconhecimento de seus direitos, entre outros fatores que restringem a ampla divulgação dos direitos de gênero nas escolas, serviços de saúde e demais espaços educativos. Nesse contexto, muitas vezes, a pessoa vítima de VO, quando questionada sobre sua percepção de ter sido submetida a essa situação, responde negativamente (26). Esse aspecto sugere que instrumentos que identifiquem práticas desrespeitosas na assistência ao parto tenham maior sensibilidade para detectar maus-tratos em comparação com uma pergunta direta.

Estudos recentes investigaram os impactos da VO na saúde mental de puérperas e sugerem associação entre ter sofrido maus-tratos, desrespeito e abuso na assistência ao parto com o desenvolvimento de sintomas de depressão pós-parto (DPP) (16,17,27). No contexto internacional, pesquisas demonstram a existência de associação entre experiências negativas de parto e maior incidência de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão no pós-parto precoce (uma semana após o nascimento) e tardio (04, 06, 12 e 24 semanas pós-parto) (28–31). Nessa mesma direção, encontram-se os resultados de pesquisas realizadas no Brasil, as quais demonstraram associação entre ter sofrido desrespeito, abuso ou violência no parto e

apresentar quadro de DPP (16,17,32–34). Dado esse contexto, a presente Tese apresenta três artigos que abordam a violência na assistência ao parto. O primeiro artigo traz uma visão geral da prevalência de práticas não recomendadas na assistência obstétrica das maternidades estudadas, por tipo de serviço (público e privado) contrapondo a elevada magnitude de práticas não indicadas com a percepção das mulheres de terem sofrido desrespeito, humilhação ou maus-tratos no parto. O segundo artigo apresenta uma proposta de instrumento para medir a violência sofrida pelas mulheres durante o nascimento dos seus filhos, utilizando a Teoria de Resposta ao Item (TRI), uma metodologia que permite identificar a gravidade e a discriminação das diferentes práticas assistenciais para o desfecho VO. O terceiro artigo, utilizando-se do instrumento construído, classifica as mulheres em ter ou não sofrido VO e investiga sua associação com o desenvolvimento de sintomas sugestivos de DPP.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TRANSIÇÃO OBSTÉTRICA E HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA NO PARTO

Recentes evidências e preocupações para um problema crônico, talvez tão antigo quanto a própria história do parto, têm ganhado espaço nas mídias, instituições de saúde e documentos orientadores da assistência ao parto e nascimento. A violência obstétrica, algumas vezes mais sutil, desenvolvida por práticas aceleradoras do trabalho de parto, por repetidos procedimentos de toque, por restrições no leito, utilização de intervenções rotineiras sem indicação baseada em evidências; outras vezes mais explícita, caracterizada por xingamentos, recusas a pedidos de ajuda e utilização de força física, ganhou maior relevância a partir da década de 1950 (14,35).

A medicalização do parto tem início no século XVII em países europeus, mas é no final do século XIX que o parto se torna um procedimento predominantemente hospitalar, com a criação de maternidades na Inglaterra, França, Alemanha e EUA. Nesse período, a prática da medicina era prioritariamente masculina. A assistência ao nascimento, antes centrada no cuidado com a mulher em seu domicílio e realizada por outras mulheres (parteiras), tornou-se um procedimento hospitalar, médico, realizado por homens (36).

Dentre os principais registros de VO no mundo, têm destaque as narrações de “Crueldade nas Maternidades”, em 1950, nos EUA, publicado no *Ladies’ Home Journal* (35). O texto descrevia os diversos maus-tratos a que as mulheres eram submetidas, dentre os quais a sedação com um composto de opioide e escopolamina, as ameaças de que o feto nasceria morto ou com lesão cerebral, por estarem chorando de dor, e a realização de episiotomia e episiorrafia sem uso de anestesia. Muitas mulheres eram amarradas e algemadas nos seus partos e acordavam com hematomas, provenientes de quedas, uso de força física e fórceps. Os maus-tratos ocorriam em diferentes locais do mundo e atingiam classes sociais diversas, incluindo as mulheres de alta renda, que pariam em serviços de saúde. Rotinas duras, tratamento grosseiro, afastamento da mãe do seu recém-nascido, solidão e falta de privacidade estão presentes nos relatos da época (35).

A medicalização do parto no Brasil inicia em estratos definidos de mulheres - escravas, mães solteiras, prostitutas e mulheres pobres - que por suas condições de

vulnerabilidade são objetificadas em cursos de medicina para fins didáticos. Com o passar das décadas, o reforço das mídias pelo parto realizado por profissional médico, em ambiente hospitalar, associado à desqualificação do papel das parteiras (pelos próprios médicos), mulheres provenientes de famílias mais abastadas começam a utilizar serviços de saúde para parir. A partir de 1960, a medicalização do parto está fortemente consolidada no Brasil (36).

Registros da sociedade médica obstétrica no período de 1930 a 1970 revelam as concepções de homens médicos acerca do corpo da mulher, equiparando-as aos animais, que se isolam para parir sozinhos, ou ainda comparando etnias, como as europeias e africanas, utilizando-se de racismo científico e de pressupostos de civilizações para definir um “perfil frágil para parir naturalmente”. Nesses textos, discutem a “inferioridade partal” humana, em que o papel do médico deveria ser prevenir, antever e corrigir as anormalidades do parto (37). A medicalização do parto, associada à crença de fragilidade da mulher para parir, ganha espaço no contexto mundial, tornando-o um procedimento hospitalar, modelo ainda vigente nos dias atuais.

É de consenso global que as tecnologias em saúde, como a cesariana, são fundamentais na redução da morbimortalidade materna e infantil, entretanto o que se observa no cenário contemporâneo é o uso indiscriminado desses recursos. Alguns autores caracterizam esse fenômeno de “transição obstétrica”, o qual está associado a menores taxas de fertilidade, ao envelhecimento da população obstétrica, às mudanças no padrão de causas de morbimortalidade e à crescente institucionalização da assistência ao parto (1,4).

3.2 FISILOGIA DO PARTO E PRÁTICAS RECOMENDADAS

O trabalho de parto é um processo dinâmico, caracterizado por contrações uterinas rítmicas e regulares, apagamento (afinamento e encurtamento do colo) e dilatação cervical progressiva (38). A OMS orienta a divisão do primeiro estágio de trabalho de parto em latente, onde a dilatação é de até cinco centímetros, as alterações no colo uterino são variáveis e não há uma regularidade nas contrações e; ativa, período caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, apagamento cervical e rápida progressão da dilatação, de cinco centímetros a dilatação total (39).

No período latente, as mulheres devem ser tranquilizadas e informadas que o tempo de evolução desse período pode variar. De maneira geral, após a dilatação de cinco centímetros, nulíparas terão um tempo médio de 12 horas para alcançarem a dilatação completa, enquanto multíparas costumam obter a dilatação completa em cerca de 10 horas. Na admissão, para avaliar o bem-estar fetal, é recomendada a monitorização intermitente dos batimentos cardíacos fetais, em intervalos de 15-30 minutos na fase ativa do primeiro estágio de parto. Também é recomendada, em mulheres de risco habitual, a realização de exame vaginal digital em intervalos de quatro horas para avaliação da primeira fase do trabalho de parto. Se a mulher desejar, pode ser realizada analgesia peridural ou administrados opioides para alívio da dor. Técnicas e práticas não farmacológicas podem ser utilizadas, como massagem, espaldar e banho quente, se for de preferência da mulher. Gestantes de baixo risco devem ser encorajadas a ingerir líquidos e alimentos leves, bem como a se movimentarem e deambularem (39).

No contexto brasileiro, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, considera-se como fase latente o período onde a dilatação é menor ou igual a três centímetros e como fase ativa do trabalho de parto quando a dilatação for maior ou igual a quatro centímetros (40). Quanto ao manejo da dor, o Ministério da Saúde sugere dar preferência ao uso de métodos não farmacológicos, entretanto, se for desejo da parturiente, o uso de estratégias farmacológicas é recomendado. A anestesia peridural, quando desejada pela parturiente, deve ser realizada, esclarecendo-se todos os riscos e benefícios. O uso do plano de parto é incentivado, quando disponível, devendo ser lido e discutido de forma a conduzir a assistência dentro das expectativas da mulher (40).

No terceiro estágio do parto, caracterizado pela eliminação da placenta e anexos, o uso de ocitocina tem recomendação, por ser um uterotônico e atuar na prevenção de hemorragia pós-parto. O clampeamento retardado do cordão (após o primeiro minuto de nascimento) é recomendado, pois permite a passagem de sangue materno para o recém-nascido por mais tempo, proporcionando adequado volume de sangue e aporte de ferro para o recém-nascido, melhorando a oxigenação cerebral e reduzindo o risco de ventilação mecânica, transfusão sanguínea e uso de surfactante (41). Para a mulher, estudos sugerem que o clampeamento retardado do cordão reduz o tempo do terceiro período de trabalho de parto e diminui a incidência de retenção de placenta (41). A tração controlada do cordão é recomendada quando realizada por

profissional qualificado, se o profissional e a mulher considerarem importante a redução do sangramento e da duração do terceiro estágio de trabalho de parto (mesmo que sutil). O contato pele a pele do recém-nascido com a mãe, imediatamente após o parto, além de prevenir a hipotermia, também promove o aleitamento, nesse sentido, a amamentação deve ser encorajada assim que mãe e bebê estejam estáveis (39).

Estudo desenvolvido com uma amostra de 62.415 parturientes de 12 centros clínicos (com 19 hospitais) vinculados a instituições de ensino em ginecologia e obstetrícia dos Estados Unidos, no período de 2002-2008, observou que a dilatação cervical mediana na admissão foi de quatro centímetros, quatro centímetros e meio e cinco centímetros para a paridade zero (nulíparas), um e, dois ou mais partos, respectivamente, enquanto o apagamento foi 90%, 90% e 80%, respectivamente. A mediana do número de exames vaginais desde a admissão até os 10 centímetros de dilatação foi de cinco para nulíparas e quatro para múltíparas (42).

Os autores também observaram com esse estudo que o trabalho de parto pode levar mais de seis horas para progredir de quatro para cinco centímetros e mais de três horas para progredir de cinco para seis centímetros de dilatação. Após seis centímetros de dilatação, não há diferença na progressão entre primíparas e múltíparas. O segundo estágio de trabalho de parto, considerando o percentil 95, em nulíparas com e sem anestesia peridural, foi de 3,6 e 2,8 horas, respectivamente. Ainda mais relevante que os registros de tempo de progressão é a consideração dos autores de que há um número substancial de mulheres que não apresenta um padrão consistente de fase ativa de trabalho de parto, principalmente as nulíparas, e que o trabalho de parto pode progredir mais gradualmente, mas ainda assim ser por via vaginal (42).

No que se refere à relação profissional-parturiente, alguns cuidados são fortemente recomendados por demonstrarem associação com maior satisfação com o atendimento ao parto e melhores desfechos em saúde (39,43). A mulher deve ser assistida com humanização e proteção de sua privacidade. O respeito às suas crenças, escolhas e preferências deve permear o atendimento. É fundamental que a mulher esteja à vontade para perguntar e participar das decisões sobre seu cuidado, para escolher a posição que deseja parir, para utilizar analgesia e que seja consultada quanto ao consentimento para realizar os procedimentos indicados. O profissional deve certificar-se de que todas as informações fornecidas sejam compreendidas pela

mulher. A parturiente tem direito, assegurado por lei, de ter um acompanhante de escolha durante todos os estágios do parto, que a auxilie e apoie nesse momento (39,43). As práticas citadas acima são determinantes para a qualidade da assistência ao parto, além de serem de baixo ou de nenhum custo para o estabelecimento de saúde.

3.2.1 O papel da doula e da enfermeira obstétrica na assistência ao parto

Enfermeiras obstétricas e doulas desempenham papéis complementares na assistência à parturiente. Enquanto o trabalho desenvolvido pela enfermeira tem como objetivo garantir a segurança no parto para a mãe e para o bebê, a doula tem como objetivo garantir que a mulher se sinta segura e confiante (44). Mulheres com suporte contínuo no parto costumam necessitar menos de analgesia ou cesárea e reportar maior satisfação com a assistência. Assim, partos assistidos por enfermeiras e doulas podem proporcionar, mais frequentemente, uma experiência segura e positiva de nascimento (44,45).

As doulas são mulheres com mais de 18 anos, com ensino médio completo e que recebem uma formação para atuar no pré-natal, parto e pós-parto, trazendo conforto físico e psicológico para as mulheres, proporcionando constante encorajamento, redução da ansiedade, facilitação da comunicação com os profissionais de saúde, oferecendo à parturiente massagens, bebidas e alimentos leves, acompanhando-as no banho, na mobilidade e na aquisição de posições de conforto (44,46). Enquanto as enfermeiras monitoram o bem-estar fetal e materno, acompanham o padrão das contrações, realizam exames vaginais e identificam possíveis complicações no parto. Enfermeiras proporcionam suporte às parturientes de maneira intermitente, compartilhando os cuidados com mais pacientes, realizando ações de conforto pontuais, relatando possíveis distocias à equipe médica. Por outro lado, o acompanhamento da doula é contínuo e exclusivo, são profissões que se mostram complementares na busca de uma excelente experiência de parto (44).

O processo de inclusão das doulas na assistência à parturiente no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido gradual e lento, sendo parte da política nacional de práticas integrativas e complementares (PICs) (46). As PICs são aplicadas com frequência na gestação, para redução de desconfortos comuns, como hiperêmese e lombalgia. No parto, as PICs ganharam importante espaço e legitimação, sendo

realizadas prioritariamente por doulas e enfermeiras para proporcionar bem estar, relaxamento e alívio da dor (46).

A maioria das maternidades públicas brasileiras permite que a mulher tenha apenas um acompanhante durante o parto. Assim sendo, se optar pelo acompanhamento da doula, a mulher não terá o parceiro do seu lado. Limitar a presença de um acompanhante e não ter a doula vinculada à instituição pode fragilizar o cuidado da parturiente, privando-a do acompanhamento ideal por figuras que são complementares. Autores sugerem que o apoio contínuo durante o parto pode reduzir a exposição da parturiente a maus-tratos e promover o cuidado materno respeitoso, uma vez que a mulher poderia contar com a defesa de seu acompanhante e estar potencialmente protegida, além de contar com todas as práticas e cuidados proporcionados pela doula e o carinho do segundo acompanhante (45).

Outra ação desenvolvida pela doula, que afeta na experiência positiva de parto, é a construção das melhores memórias referentes ao nascimento, registros de momentos especiais, escuta e suporte para as situações que não ocorreram como planejado e auxílio na elaboração de sentimentos e pensamentos positivos no pós-parto. Essas ações de ressignificação das emoções podem atuar na redução do estresse pós-parto (47).

3.3 DEFINIÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, MAUS-TRATOS, DESRESPEITO E ABUSO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

No Brasil, assim como em outros países da América Latina, o termo “violência obstétrica” é utilizado para descrever as diferentes formas de violação aos direitos da mulher ocorridas na atenção ao pré-natal, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento. Inclui maus-tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos (21,48). O uso do termo violência obstétrica para definir desrespeito, abuso, humilhação e aplicação de práticas não recomendadas na assistência ao parto divide opiniões no cenário nacional. O posicionamento do Ministério da Saúde é de que a terminologia tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca pelo cuidado humanizado (49). Esse posicionamento é compartilhado por uma parcela de profissionais e pela Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo (50,51). Por outro lado, manifestações de comunidades científicas brasileiras discordam desse posicionamento, como é o caso da Associação Brasileira de Saúde

Coletiva (Abrasco), que considera adequado o uso do termo violência obstétrica, acrescentando que se refere à uma forma de violência de gênero e evidencia que muitas práticas ensinadas em escolas de formação de profissionais assistentes no parto como adequadas, podem não ser nem seguras, nem efetivas (52).

Ao contrário do Brasil, alguns países, com destaque para os da América Latina, dão visibilidade ao termo Violência Obstétrica, como é o caso da Venezuela, local de criação do termo, que em lei orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência, define a VO como condutas e omissões, expressada em tratamento desumano, abuso da medicalização e patologização de processos naturais, práticas que violam a autonomia e capacidade da mulher de decidir sobre sua sexualidade e seu corpo (22,51).

Os maus-tratos podem se manifestar de diferentes maneiras na assistência à mulher no período gravídico-puerperal. Baseada em uma extensa revisão da literatura, Bowser e Hill (14) sintetizaram o desrespeito e o abuso no parto em sete categorias:

- **Abuso físico**, uma das formas mais exacerbadas de violência, caracterizado por uso de força física para intimidar a mulher, ou forçá-la a seguir os comandos na fase expulsiva. São exemplos: tapas e beliscões, manobras para empurrar o fundo uterino, também chamada de Kristeller e realização de episiotomia ou sutura de laceração vaginal sem uso de anestesia. Ainda nessa categoria, os autores incluem o abuso sexual, realizado no momento do toque vaginal, com aplicação de força excessiva. Intervenções realizadas sem justificativa clínica, por questões didáticas, em hospitais de ensino também são exemplos desse tipo de violação (48).

Diferente de Bowser e Hill, alguns autores sugerem que o abuso sexual tenha uma categoria própria, não pertencente à categoria abuso físico (53).

- **Procedimentos não consentidos**, refere-se à aplicação de procedimentos sem informar e obter o consentimento verbal da mulher, pode ocorrer em diversos cenários, como na realização de cesariana, episiotomia, histerectomia, esterilização, entre outras práticas. A superestimação de riscos para o bebê é um fator importante na indução da escolha da mulher pelo parto cirúrgico. A não aceitação do plano de parto também corresponde a uma violação nas escolhas da mulheres (48).

- ***Cuidado não confidencial***, prática recorrente nos serviços de assistência ao parto, as mulheres não têm a devida privacidade e confidencialidade em relação às suas condições, a exemplo da soropositividade para HIV, estado civil entre outras questões que podem aumentar o risco de sofrerem discriminação ou serem detidas no serviço. As maternidades com salas de trabalho de parto coletivas violam a privacidade e ainda ameaçam o direito a ter um acompanhante de escolha (48).
- ***Cuidado indigno***, refere-se à humilhação intencional, tratamento rude, grosserias, repreensão e abandono sofrido pelas mulheres. A subestimação e ridicularização da dor e do pedido de ajuda são atitudes de cuidado indigno.
- ***Discriminação***, baseada em atributos específicos da mulher, tais como a raça, etnia, idade, linguagem, crenças, condição socioeconômica, escolaridade ou ainda relacionadas a condições de saúde, como HIV e uso de drogas.
- ***Abandono***, refere-se a deixar a mulher sozinha durante o trabalho de parto, não monitorá-la, auxiliá-la ou ainda encorajá-la durante o processo. Esse comportamento é mais comum em mulheres percebidas como “muito queixosas”, “descompensadas” ou “demandantes”, e nos casos de assistência ao aborto incompleto (48).
- ***Detenção nos serviços de saúde***, ocorre quando a mulher não tem condições de pagar pela assistência recebida. Essa violência é menos frequente no Brasil, por contar com um sistema público de saúde.

Em revisão sistemática sobre o tema, Bohren et al (53) incluem a ***relação deficiente entre o profissional de saúde e a gestante***, como uma tipologia de maus-tratos no parto. Essa categoria refere-se à comunicação ineficaz, aos problemas em relação à linguagem e à interpretação durante o atendimento, a despreocupação em relação à mulher por parte dos profissionais, a aplicação de práticas não recomendadas e a deficiência nos cuidados de suporte, como negação do direito ao acompanhante de escolha. Além disso, submeter a mulher a situações em que ocorra perda da sua autonomia, desconsiderando as suas posições de preferência para parir, negando o uso de práticas tradicionais seguras baseadas em aspectos culturais, não oferecendo bebidas e alimentos, não incentivando a mobilidade, entre outras práticas desumanizadoras.

Na mesma direção dessa categoria, a OMS, em um documento denominado *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* (39) publicado em 2018, descreve práticas recomendadas e não recomendadas na assistência, nos diferentes estágios de trabalho de parto. Abaixo, são listadas algumas das práticas frequentemente utilizadas nas maternidades, que não são recomendadas pela OMS, com base em evidências científicas:

- Tricotomia dos pelos pubianos/perineais: contraindicada com a finalidade de prevenir infecções maternas perinatais (54).
- Administração de enema: não há evidências de qualidade que comprovem a redução no tempo de trabalho de parto, além de ser um procedimento desconfortável (55).
- Higiene vaginal com clorexidina: contraindicada com a finalidade de prevenir infecções maternas perinatais (54).
- Amniotomia e ocitocina precoce para acelerar o trabalho de parto: não há evidências de qualidade que comprovem associação na redução de desfechos adversos ou necessidade de cesariana (55).
- Realização de episiotomia: o uso desse procedimento não é recomendado de rotina, não há evidências claras quanto ao percentual médio adequado de necessidade desse procedimento, entretanto é perceptível o excesso (39)
- Aplicação de pressão manual no fundo uterino (manobra de Kristeller): essa manobra pode causar danos à mãe e ao bebê, sendo caracterizada como violência obstétrica (56).
- Massagem uterina sustentada para redução do risco de hemorragia pós-parto: a falta de evidência científica dos benefícios contraindica sua aplicação (57).

Algumas práticas não têm recomendação em nenhum momento do trabalho de parto, tais como a tricotomia, o enema e a higiene vaginal com clorexidina, enquanto outras podem apresentar benefícios quando aplicadas no estágio adequado do trabalho de parto, a exemplo da ocitocina, que consiste em um uterotônico de escolha no terceiro estágio do trabalho de parto, para prevenção de hemorragias.

A VO, mesmo reconhecida como problema de saúde pública, ainda é tratada quase que exclusivamente de maneira individualizada e restrita às condutas profissionais. Como forma de ampliar a discussão, alguns autores propõem modelos conceituais para ilustrar que esta pode adquirir diferentes definições no âmbito

individual, estrutural e político (58,59). Isso porque, refere-se a uma experiência subjetiva, ainda um tanto negligenciada pelas instituições de saúde e pelas políticas públicas.

Freedman et al (59) desenvolveram um sistema de categorização do abuso e desrespeito na assistência ao parto baseado na experimentação individual de cada um dos agentes envolvidos – direta ou indiretamente. Esse sistema envolve, além do comportamento individual do profissional assistente, o âmbito estrutural da violência, decorrente dos déficits dos serviços de saúde em oferecer um ambiente de parto acolhedor, privativo e humanizado, seja pela falta de profissionais capacitados para o atendimento, superlotação das maternidades ou estrutura física deficiente. Os autores propõem um modelo para compreensão da problemática que considera:

- O comportamento que, por consenso local, é permeado por desrespeito e/ou abuso: atitudes que independem dos padrões normativos, mas que se sustentam nas regras que não estão escritas. Logo, a fim de melhor se definir o que vem a ser desrespeito ou abuso, há a necessidade de elaboração de um consenso sobre o que são comportamentos considerados danosos às mulheres por meio de todas as partes envolvidas.

- A experiência subjetiva: aqui são inseridos aqueles comportamentos, que, apesar de não estarem na definição de comportamentos desrespeitosos anteriormente citados, são percebidos pela mulher ou seus familiares como tais.

- Intencionalidade: diz respeito às práticas assistenciais com ou sem intenção de causar desrespeitoso ou maltrato e que não são vistas pelas mulheres como violentas. A institucionalização da VO nos serviços de saúde é discutida com maior profundidade na sessão 3.3.1.

A **Tabela 1** mostra os principais fatores associados à VO de acordo com a literatura.

Tabela 1: Fatores associados à violência obstétrica de acordo com a literatura.

Fatores	Categoria de risco para sofrer VO	Estudos
Sociodemográficos		
Idade	Mulheres adolescentes	Bowser <i>et al</i> (2010) (14); Bohren <i>et al</i> (2019) (60)
Estado civil	Mães solteiras	Bowser <i>et al</i> (2010) (14)
Área de residência	Residir em zona urbana	Mihret <i>et al</i> (2019) (61)
Escolaridade	Maior nível educacional	Leite <i>et al</i> (2020) (16) ; Mihret <i>et al</i> (2019) (61)
	Ensino médio ou superior completo	Siraj <i>et al</i> (2019) (62)
	Ensino médio incompleto	Andrade <i>et al</i> (2016) (63)
Renda	Classes socioeconômicas altas	Shrivastava <i>et al</i> (2019) (64)
	Classes socioeconômicas baixas	Bowser <i>et al</i> (2010) (14) ; Shrivastava <i>et al</i> (2019) (64)
Cor/Etnia	Mulheres autodeclaradas pretas e pardas	Leite <i>et al</i> (2020) (16)
	Pertencentes a minorias étnicas	Bowser <i>et al</i> (2010) (14)
	Migrantes	Bowser <i>et al</i> (2010) (14)
Doenças pregressas à gestação		
Infecção para HIV	Mulheres que vivem com HIV	Bowser <i>et al</i> (2010) (14)
Relacionados ao pré-natal		
Orientações no pré-natal	Participação em curso/grupo de gestante*	Galiano <i>et al</i> (2020) (65)
Associados ao parto		
Aceleração do trabalho de parto	Parto induzido	Galiano <i>et al</i> (2020) (65)
Manejo da dor	Realização de analgesia regional	Galiano <i>et al</i> (2020) (65)
Autonomia, protagonismo e respeito às escolhas	Não participar das decisões	Dornelas <i>et al</i> (2022) (26)
	Não cumprimento do plano de parto	Galiano <i>et al</i> (2020) (65)

Fatores	Categoria de risco para sofrer VO	Estudos
	Parto vaginal indesejado	Leite <i>et al</i> (2020) (16) ; Dornelas <i>et al</i> (2022) (26)
	Cesariana indesejada	Leite <i>et al</i> (2020) (16)
Presença de acompanhante	Não ter acompanhante	Dornelas <i>et al</i> (2022) (26)
Características do profissional	Ausência de qualificação para assistir o parto	Shrivastava <i>et al</i> (2019) (64)
	Assistência prestada por médico	Andrade <i>et al</i> (2016) (63)
Aplicação de procedimentos dolorosos e/ou desnecessários	Realização de episiotomia	Galiano <i>et al</i> (2020) (65)
	Parto instrumentado	Galiano <i>et al</i> (2020) (65)
Intercorrências no parto	Cesariana de urgência	Galiano <i>et al</i> (2020) (65)
Contato com o bebê	Demora para ver o bebê	Dornelas <i>et al</i> (2022) (26)
Intercorrências no pós-parto	Maior tempo de internação materna	Leite <i>et al</i> (2020) (16)
	Complicações da saúde materna	Shrivastava <i>et al</i> (2019) (64)
	Necessidade de internação em UTI neonatal	Galiano <i>et al</i> (2020) (65)

* Em cinco ou mais encontros

Fonte: elaborada pela autora, 2022

Muitos autores têm se dedicado a investigar a associação da VO com fatores sociodemográficos e práticas vivenciadas nas maternidades para compreender a origem da percepção das mulheres de ter sofrido VO. A Tabela 1 demonstra que fatores sociodemográficos podem influenciar de diferentes maneiras nessa percepção. Se por um lado, mulheres de baixa renda e escolaridade constituem um perfil vulnerável a práticas e atitudes violentas, por outro, mulheres de maior renda, escolaridade, residentes em zona urbana e que participam de grupos ou cursos de gestante possuem maior acesso a informações e, por consequência, reconhecem atitudes que violam seus direitos e estão em desacordo com a maneira como deveriam ser tratadas. O reconhecimento de práticas como violentas predispõe a atitude de reportar os abusos e maus-tratos ocorridos no parto, logo a maior escolaridade pode estar associada a menor ou maior prevalência de VO, a depender do público-alvo (61–63).

A falta de autonomia nas escolhas referentes ao parto é frequente e constitui como importante fator associado à percepção de VO pelas mulheres. Mulheres são submetidas a uma lógica padronizada e rotineira de parir, que não considera suas preferências e as restringem ao leito, que ainda as submete a práticas dolorosas e sem consentimento. Esses fatores mostram-se fortemente associados à percepção de VO, como apresentado na Tabela 1 (26).

3.4 PREVALÊNCIA E MENSURAÇÃO DA VO

A elevada heterogeneidade nos instrumentos de medida da VO impacta na estimativa de prevalência deste fenômeno e, por consequência, limita a comparação da frequência de sua ocorrência nas diferentes regiões e serviços de saúde (16,25). A maioria dos estudos que tratam dessa temática apresenta instrumentos construídos com a finalidade de medir a prevalência de maus-tratos, desrespeito e abuso de acordo com a definição de Bowser and Hill (14) ou com as recomendações da OMS (39), conforme Tabelas 2 e 3.

Estudo realizado entre os anos 2008 a 2010, desenvolvido em seis diferentes países europeus, com uso do mesmo instrumento para medir o desfecho – Norvold Abuse Questionnaire (NorAQ), identificou as seguintes prevalências de maus-tratos no parto: 13,5% na Bélgica; 23,5% na Islândia; 25,4% na Dinamarca; 30,2% na Estônia; 15,4% na Noruega e 22,8% na Suécia (66). Mesmo com importante variação na prevalência de VO nos diferentes países europeus, essa oscilação é muito inferior à

identificada em revisão sistemática que incluiu cinco artigos provenientes de países africanos, publicados até o ano de 2016, cada qual utilizando diferentes instrumentos para medir o desfecho VO, em que as prevalências variaram de 15 a 98% (25).

A Tabela 2 mostra alguns dos estudos realizados para identificar a VO em diferentes regiões do mundo. Fica evidente a grande heterogeneidade quanto ao instrumento utilizado para medir o desfecho (diferentes instrumentos e enfoques utilizados) e ao período de aplicação da entrevista (que variou das primeiras 48 horas pós-parto até 9 semanas após o parto). As prevalências de VO obtidas a partir dos instrumentos elaborados e aplicados no cenário internacional, listados na Tabela 2, variaram de 15% a 20% (67–70), quando destinados a avaliar a percepção das mulheres acerca da violência sofrida no parto, enquanto que a variabilidade foi de 78% a 98% quando o instrumento mensurava a VO a partir das práticas aplicadas no parto (68,71).

A Tabela 3 mostra alguns dos instrumentos utilizados no Brasil para estimar a prevalência de VO. Pode-se observar que o período de aplicação destes tem uma amplitude superior aos instrumentos internacionais, com variação de logo após o parto (ainda na maternidade) para até seis meses após o parto. A prevalência de VO obtida a partir da aplicação do instrumento variou de 5,1% a 18,3%. O artigo de Mesenburg et al. (2018) (17), realizado a partir da coorte de Pelotas-RS, encontrou a maior prevalência de VO dentre estudos nacionais avaliados, 18,3%; quando estratificada por tipologia, a prevalência foi de 9,3% de abuso verbal, 5,9% de negação de cuidados, 4,5% de abuso psicológico e 5,8% de procedimentos invasivos e/ou inadequados. O instrumento utilizado para avaliar VO foi composto de 4 itens, com perguntas diretas, como a seguir, “algum profissional foi rude, xingou ou gritou com você, a humilhou ou ameaçou não a atender?”

O trabalho de Costa et al. (2019) (20) apresentou a menor prevalência de VO daqueles citados na Tabela 3 (5,1%). O instrumento utilizado pelos autores, cujo objetivo principal foi avaliar a satisfação das mulheres provenientes do estudo – *Nascer no Brasil*, com a assistência ao parto, foi composto por 11 itens. As questões avaliaram o cuidado respeitoso, a privacidade, a clareza nas orientações, e uma questão avaliou VO, de maneira direta, com a pergunta – “você acha que foi vítima de maus-tratos ou algum tipo de violência ou abuso pelos profissionais de saúde?”

A pesquisa realizada por Silva et al. (2017) (72) incluiu 8 maternidades públicas de Recife – PE e identificou uma prevalência de VO similar à pesquisa *Nascer no Brasil*, 5,3%. O instrumento utilizado para avaliar o atendimento recebido na

maternidade incluiu o tempo de espera para atendimento na recepção e pela equipe de saúde, o profissional que realizou o parto, se foi permitido ter acompanhante, ter tido contato pele a pele e amamentação na sala de parto, estímulo ao aleitamento materno, cuidados puerperais e com o RN e ter sofrido violência durante o atendimento.

O instrumento utilizado por Dornelas et al. (2022) (26) foi elaborado a partir das boas práticas e das práticas não recomendadas ou não recomendadas de rotina na assistência ao parto pela OMS. Os autores não especificam o período pós-parto em que esse questionário autoaplicado, acessado via aplicativo, foi realizado. Trata-se de uma amostra selecionada por conveniência, a partir de duas coortes populacionais, e para esse estudo foram incluídas as mulheres que já tiveram filhos. Os autores utilizaram um instrumento com 13 itens para avaliar a percepção de maus-tratos sofridos no parto, entre eles, permissão para se alimentar, beber líquidos e caminhar, permissão para ter acompanhante, uso de manobra de pressão no fundo uterino, consentimento para realização de episiotomia e exames vaginais, uso de anestesia para realização de episiotomia, profissional ter gritado, ameaçado negar assistência, forçado ter parto normal ou cesariana contra sua vontade.

A pesquisa de Lansky et al. (2019) (56) também utiliza um instrumento que avalia práticas assistenciais para definição de VO, são elas, posição no parto, realização da manobra de Kristeller durante o parto, episiotomia e episiotomia informada, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, acompanhante em todo o período de internação, contato pele a pele com o bebê imediatamente após o nascimento e contato pele a pele com o bebê durante a 1ª hora após o nascimento. Essa pesquisa identificou prevalência de 12,6% de VO a partir da percepção das mulheres.

Tabela 2: Características dos estudos que mensuram violência obstétrica no cenário internacional.

Autores (ano)	País	N de mulheres entrevistadas	Momento de mensuração	Local de entrevista	Dimensões da VO e/ou instrumento utilizado	Domínios ou práticas assistenciais avaliadas
Quality of measures on respectful and disrespectful maternity care: a systematic review (73)						
Sheferaw et al. (2016) (74)	Etiópia	509	06 h a 07 semanas	Maternidade	RMC	Cuidado amigável, oportuno, livre de discriminação e de abuso
Ayoubi et al. (2020) (75)	Irã	400	Não especifica	Maternidade	WP – RMC	Conforto no parto, participação nas decisões e maus-tratos
Taavoni et al. (2018) (76)	Irã	453	Até 30 dias	Maternidade	QRMCQI Baseado em Bowser and Hill (2010)	Assistência oportuna, livre de danos, discriminações e maus-tratos, direito à informações, consentimento, autonomia, confidencialidade e privacidade
Afulani et al. (2017) (77)	Quênia	1387 (857 meio rural; 530 meio urbano)	Até 07 dias (urbano); até 09 semanas (rural)	Maternidade e Domicílio	PCMC-30	Dignidade, respeito, autonomia, comunicação e cuidados de apoio
Afulani et al. (2018) (78)	Índia	2018	Até 48 horas	Maternidade	PCMC-27	Dignidade, respeito, comunicação, autonomia e cuidados de apoio
Afulani et al. (2019) (79)	Quênia, Índia e Gana	3663 (rural + urbano)	Quênia: até 09 semanas (rural) e até 07 dias (urbana); Índia: até 48h; Gana: até 8 semanas	Maternidade e Domicílio	Short PCMC	Dignidade, respeito, comunicação, autonomia e cuidados de apoio
Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth - lessons learned (25)						
Abuya et al. (2015) (67)	Quênia	641	Após alta da enfermagem pós-natal	Unidades de saúde	Baseado em Bowser e Hill	Abuso físico; consentimento para realização de exames, confidencialidade, preservação da dignidade; negligência ou abandono; detenção no serviço de saúde

Asefa et al. (2015) (68)	Etiópia	173	Imediatamente pré-alta hospitalar	Maternidade	Baseado em Bowser e Hill	Proteção contra danos físicos e maus-tratos; direito à informação, consentimento informado, escolhas e preferências; confidencialidade e privacidade; tratamento com respeito/dignidade; assistência em tempo integral, livre de discriminação e; preservação dos direitos
Kruk et al. (2014) (69)	Tanzânia	1.779	5 – 10 semanas após o parto	Domicílio	Baseado em Bowser e Hill	Abuso físico; cuidados não consentidos; cuidados não confidenciais; cuidados não dignos; negligência; detenção no serviço de saúde
Okafor et al. (2014) (71)	Nigéria	446	Até 06 semanas após o parto	Maternidade	Baseado em Bowser e Hill	Abuso físico; cuidados não consentidos; cuidados não confidenciais; cuidados não dignos; discriminação; abandono e negligência; detenção no serviço de saúde
Sando et al. (2016) (70)	Tanzânia	1.914	Antes da alta hospitalar e 4-6 semanas pós-parto	Maternidade e <i>follow up</i> no domicílio	Baseado em Bowser e Hill	Abuso físico; cuidados não consentidos; cuidados não confidenciais; cuidados não dignos; abandono e; detenção
Women's report of mistreatment during facility-based childbirth: validity and reliability of community survey measures (80)						
Leslie et al. (2021) (80)	Gana, Guiné, Mianmar e Nigéria	2.672	2-8 semanas após o parto	Locais privados	Baseado nas recomendações da OMS	Abuso físico; abuso verbal; falha em atender aos padrões profissionais de atendimento; relação entre mulher-profissionais de saúde prejudicada; detenção nos serviços de saúde
Development of measures for assessing mistreatment of women during facilitybased childbirth based on labour observations (81)						
Berger et al. (2021) (81)	Nigéria, Gana e Guiné	1974 Nigéria (407) Gana (912) Guiné (655)	Observação intraparto	Maternidade	Baseado nas recomendações da OMS	Abuso verbal; abuso físico; suporte e privacidade no ambiente de parto; consentimento para realização de exames e procedimentos.

Fonte: elaborada pela autora, 2022.

Tabela 3: Características dos estudos que mensuram violência obstétrica no Brasil.

Autores (ano)	N de mulheres entrevistadas	Momento da mensuração	Local de entrevista	Dimensões da VO e/ou instrumento utilizado	Domínios ou práticas assistenciais avaliadas	Prevalência de VO (%)
Costa et al. (2019) (20)	16.109	Até 6 meses após a alta hospitalar	Via telefone	WHS	Comunicação, confidencialidade e privacidade, consentimento e autonomia, discriminações e maus-tratos	5,1
Mesenburg et al. (2018) (17)	4087	3 meses \pm 7 dias após o parto	Domicílio e centro de pesquisa	Utilizou 04 questões diretas	As questões buscaram identificar se a mulher foi vítima de abuso verbal, psicológico, procedimentos invasivos/não consentidos e negação de cuidados	18,3
Silva et al.(2017) (72)	1000	Durante permanência no serviço de saúde	Maternidade	Elaborado pelos autores	Presença de acompanhante, contato pele a pele, estímulo ao aleitamento materno, cuidados puerperais e com o bebê, e pergunta direta sobre ter sofrido violência	5,3
Dornelas et al. (2022) (26)	745	Informação não consta no artigo	Questionário autoaplicado, acessado por um aplicativo	Elaborado pelos autores	Assistência oportuna e livre de danos, direito a informações, comunicação, direito à companhia, consentimento e autonomia, discriminação e maus-tratos O instrumento parece ser construído a partir das recomendações da OMS em relação às boas práticas e práticas não recomendadas ou não recomendadas de rotina na assistência ao parto	8,3
Lansky et al. (2019) (56)	555	Não especifica	Via telefone ou meio eletrônico	Elaborado pelos autores	Assistência oportuna e livre de danos, direito a acompanhante, consentimento na realização de procedimentos, manejo da dor, contato pele a pele	12,6

Elaborado por autora, 2023.

3.5 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NAS MATERNIDADES

No Brasil, o ambiente hospitalar é o cenário prioritário de realização do parto, seja pela via natural, seja por cesariana. O parto realizado em ambiente hospitalar tem como objetivo a redução da morbimortalidade materna e infantil por complicações. Se por um lado essa transição do domicílio para o hospital trouxe maior segurança para situações de risco, por outro, descaracterizou o cuidado centrado na mulher, com respeito aos processos individuais, considerando o tempo de evolução do trabalho de parto sem uso de intervenções (82). O ambiente do parto se tornou estéril, frio, controlado, mecanizado e por vezes, cirúrgico.

Condutas para acelerar o trabalho de parto, cesarianas programadas, hegemonia na posição para parir, que não leva em consideração o desejo da mulher, mas sim a fácil visualização da genitália feminina, são exemplos de rotinas instituídas em serviços de saúde. As práticas de violência institucional são reflexo de uma cultura socialmente enraizada de violência interpessoal para com as mulheres, baseada nos abusos emocional, físico e sexual e de apropriação de seus corpos e processos reprodutivos (82).

Estudo realizado no estado de São Paulo, acerca da percepção de profissionais de saúde que atuam em maternidades em relação às violências obstétrica e institucional, mostrou que pacientes ditas “difíceis” pelos profissionais – mulheres que não se submetem à obediência esperada pela equipe – são tratadas com maior rispidez, ameaças, exaltação da voz e negligência (83). Muitos profissionais que fizeram parte desse estudo demonstraram preconceito com as usuárias do sistema público de saúde, chamando-as de ignorantes, com dificuldades de compreensão, com uma “sexualidade difícil de ser controlada”, agressivas e grosseiras. Os profissionais acreditam que utilizar de ameaças e rispidez é necessário para “controlar a mulher” e, conseqüentemente, essas ações foram tidas como essenciais para o desempenho do trabalho técnico durante o parto, não sendo consideradas, como uma forma de VO (83).

Pesquisa realizada com puérperas de duas maternidades públicas de referência, em Maringá-PR (84), identificou que as informações frequentemente recebidas pelas mulheres durante o parto diziam respeito à sua progressão, à indicação de parto cesáreo e aos procedimentos de rotina que seriam aplicados. Em contrapartida, informações a respeito do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, aleitamento materno, liberdade para mobilidade, estímulo ao parto vaginal, participação do acompanhante,

ingestão de líquidos e via de parto que a mulher desejava, foram menos frequentes. A comunicação durante o parto centrada em intervenções demonstra a falta de humanização na assistência e a limitação na autonomia da mulher em decidir sobre aspectos importantes para sua experiência de parto (84).

Esse mesmo estudo identificou que embora a ausência de dor não esteja diretamente relacionada com a satisfação das mulheres com o seu parto, o suporte recebido pelos profissionais e acompanhantes, bem como o uso de métodos não farmacológicos, parece ter influência sobre a percepção de dor (84). Das parturientes entrevistadas, 63,7% receberam pelo menos um método analgésico não farmacológico, aproximadamente 50% das mulheres receberam banho de chuveiro e realizaram exercícios respiratórios. A massagem foi utilizada por 20,9% das parturientes, e a musicoterapia por menos de 2,0%. Os métodos não farmacológicos foram mais utilizados pela equipe de enfermagem em comparação com a equipe médica, e cerca de 15,0% dos acompanhantes auxiliaram na sua aplicação (84).

A preocupação das instituições de saúde em proporcionar uma ambiência adequada, acolhedora, com disponibilidade de chuveiro, banheira, espaldar, música, entre outros métodos não farmacológicos e de contratar perfis profissionais com experiência e em defesa do parto natural, dos direitos reprodutivos e de proporcionar formação permanente de pessoal, demonstra atitude de enfrentamento à VO. Em contrapartida, serviços de saúde que dispõem prioritariamente de macas obstétricas e que estimulam a mulher a adquirir uma posição passiva, com estímulo ao parto em posição de litotomia, que a restringem no leito, que a privam de ter acompanhante de sua escolha em tempo integral, que não acolhem o plano de parto e não buscam o seu cumprimento, que não proporcionam formação em humanização da assistência aos profissionais e não disponibilizam canais de escuta para que a mulher faça considerações a respeito da sua experiência de parto, permitem indiretamente a ocorrência de violência (39).

A presença de acompanhante de escolha da mulher, em tempo integral, garantido por lei, ainda permanece como um desafio nas maternidades do país, por resistência da equipe e falta de informação da mulher. Mais de um quarto das mulheres que tiveram a presença do acompanhante negada durante o trabalho de parto, além de não saberem justificar o motivo pelo qual não lhes foi permitido, também não sabiam que é um direito garantido desde 2005, por meio da Lei 11.108 (85), evidenciando, dessa forma,

um processo ineficaz de comunicação, orientação e empoderamento da mulher ainda no pré-natal (84).

A VO por vezes se dissipa nas orientações não fundadas em evidência científica e no bem-estar da mulher, orientações rotineiras para “padronizar” a assistência. Aspecto que pode ser visto em inquérito realizado em maternidades da zona Oeste de São Paulo, em 2008 (86), por meio da percepção das puérperas acerca da violência institucional em hospitais públicos. Esse inquérito identificou indecisão das mulheres em relação a terem seus filhos em ambiente hospitalar: acreditavam que esse era o local mais seguro para terem o bebê, ao mesmo tempo em que tinham medo de serem maltratadas pelos profissionais da equipe de saúde.

A maioria das mulheres que participou desse inquérito (86) relatou ter conhecimento de que poderiam ser punidas por manifestarem sua dor, por meio de maus-tratos no parto, situação que evidencia a naturalização e normatização do processo de desrespeito, abuso e violência do sistema de saúde em relação à parturiente. Logo, a não manifestação de dor durante o trabalho de parto, na tentativa de evitar serem violentadas, foi uma situação comum.

3.6 DIREITOS RELACIONADOS AO GÊNERO E O PARTO LIVRE DE VIOLÊNCIA

3.6.1 Cenário internacional e regional

A Organização das Nações Unidas (ONU) publicou em 2010 os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (87), a fim de minimizar o impacto social gerado pelas desigualdades existentes. O terceiro objetivo – promoção da igualdade de gênero e empoderamento das mulheres – tem como meta a erradicação da disparidade de gênero em todos os níveis educacionais até 2015. Em países em desenvolvimento, mulheres têm até 30% menos chance de serem alfabetizadas ao longo da vida em comparação com os homens (87).

A igualdade de gênero influencia na redução da pobreza, combate à fome, aumento do acesso à educação, redução da mortalidade materno-infantil, diminuição da transmissão de HIV, malária e outras doenças infectocontagiosas, maior qualidade de vida e maior sustentabilidade do planeta (87). A igualdade de gênero empodera a mulher para o reconhecimento dos seus direitos e impacta diretamente na redução da violência sofrida pelo gênero.

Ainda no contexto internacional, com maior enfoque na saúde e direitos da mulher em seu período reprodutivo, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), destacam a importância da assistência à saúde materna baseada em evidências. Tendo como objetivos a redução da mortalidade e uma experiência positiva de parto (39,88), a OMS desenvolveu 56 recomendações, que podem ser adaptadas de acordo com as características regionais, as condições locais e as preferências da mulher. Em linhas gerais, a assistência à saúde da mulher deve estar pautada em:

- cuidados maternos respeitosos, mantendo a dignidade, privacidade e confidencialidade das informações;
- comunicação eficaz entre a equipe de saúde da maternidade e as mulheres em trabalho de parto;
- presença de um acompanhante de livre escolha durante trabalho de parto e parto;
- presença de enfermeiras obstetras (ou parteiras) na assistência ao pré-natal, trabalho de parto e parto;
- não realização de intervenções antes dos cinco centímetros de dilatação do colo uterino;
- oferta de analgesia peridural às gestantes saudáveis que solicitam manejo da dor durante o trabalho de parto;
- oferta de analgésicos opioides às gestantes saudáveis que os desejam para alívio da dor no trabalho de parto;
- uso de técnicas relaxantes, desde que a gestante seja saudável, para alívio da dor de acordo com a preferência da mulher (músicas, medicação, métodos de relaxamento muscular, massagem e aplicação de compressas quentes);
- ingestão de fluidos e alimentos, bem como o incentivo à mobilidade e postura ereta durante o trabalho de parto para mulheres de baixo risco;
- encorajamento da adoção de uma posição de parto de acordo com a escolha individual da gestante;
- uso de medicações uterotônicas, durante o terceiro estágio do trabalho de parto, a fim de prevenir hemorragia pós-parto;
- promoção do contato pele a pele entre a dupla mãe-bebê, em neonatos sem complicações, durante a primeira hora após o nascimento com o intuito de promover a amamentação e reduzir o risco de hipotermia na criança;

- promoção da amamentação, logo após o nascimento, para todos os recém nascidos, assim que a dupla mãe-bebê estiver clinicamente estável;
- adiamento do banho do neonato por, pelo menos, seis horas após o nascimento.

Essas orientações foram elaboradas em resposta à elevada frequência de maus-tratos às mulheres no parto, mundialmente, com maior magnitude nos países em desenvolvimento. Em países da América Latina, a prevalência de VO é de cerca de 40%. Até o ano de 2018, apenas seis países latino-americanos tinham leis específicas em relação à violência obstétrica ou incluíam esse tipo de violência em leis de direitos relacionados ao gênero. No entanto, não há nenhuma convenção entre esses para o combate da VO, embora haja uma série de movimentos sociais na luta por essa causa (89).

A Argentina (90) é uma das nações pioneiras quando se trata do tema violência obstétrica, em 2004, publicou a Lei 25.929 - conhecida como lei do parto humanizado - que garante às mulheres direitos no parto (pré-parto, parto e pós-parto). A Venezuela (22), por meio da lei orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência – lei 38.668/2007 – foi o primeiro país latino-americano a tipificar a VO como uma violência de gênero. Além disso, o estado venezuelano também foi o primeiro que conceituou o termo violência obstétrica, constituindo até os dias atuais uma das mais completas formas de descrição desse crime.

Seguindo o exemplo da Venezuela, a Argentina, por meio da lei 26.485/2009 (91), conhecida como lei de proteção integral para prevenir, sancionar e erradicar a violência contra a mulher, também passou a considerar a VO como uma forma de violência contra a mulher. Esses países foram inspiração para os demais da região latino-americana, como a Bolívia (92) e o Panamá (93), em 2013, o México (94), em 2014, e o Uruguai (95), em 2017, que em suas legislações incorporaram leis que classificam e conceituam a VO como uma forma de violência contra a mulher.

No Brasil, em termos legais, não há menção à VO como uma forma de violência de gênero no nível nacional, apenas no nível estadual. Há, entretanto, uma série de projetos de lei e de instauração de audiências públicas sobre esse tema tramitando no poder legislativo, ainda que nenhum tenha sido, até o presente momento, aprovado (96).

Por não existir uma lei específica de proteção à mulher vítima de VO no nível nacional, crimes cometidos nesse contexto são julgados com base nas normativas da Lei Maria da Penha, da Constituição Federal, dos Códigos Civil e Penal e dos Códigos de

Ética Profissionais. Essa lacuna jurídica pode comprometer a tipificação do crime e a conclusão do caso, fazendo com que tais práticas continuem a ocorrer com elevada prevalência (97).

3.6.2 Políticas públicas de assistência materna no Brasil

Instituída em 2004, com forte influência dos movimentos sociais, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) propôs um novo olhar para as mulheres e seus direitos. Até então, as políticas eram direcionadas para a maternidade, assim o cuidado em saúde estava centrado em questões reprodutivas, com ênfase no ciclo gravídico-puerperal. A proposta da nova política era pensar em uma atenção integral e humanizada à saúde das mulheres em todos os períodos da vida, para reduzir a morbidade e mortalidade feminina no Brasil (98).

A partir da PAISM, outras políticas e estratégias foram publicadas pelo Ministério da Saúde para estabelecer ações e cuidados voltados à saúde das mulheres, planejamento familiar e saúde reprodutiva. A política nacional de direitos sexuais e reprodutivos, publicada em 2005, por exemplo, que pela sua denominação, sugere uma discussão dos direitos reprodutivos que traga o contexto das desigualdades de gênero e problematize a responsabilização excessiva da mulher pelo uso de métodos contraceptivos, acaba sendo uma extensão da política de planejamento reprodutivo. Esses documentos se limitam a apresentar métodos contraceptivos disponíveis no sistema público de saúde para prevenir gestações indesejadas e orientam a atenção pré-natal quanto a número de consultas e exames indicados, são escritas pragmáticas, com pouco diálogo sobre gênero e atenção integral à saúde da mulher (99,100).

Nesse contexto, políticas públicas brasileiras se assemelham a de outros países de baixa renda, apresentando diretrizes centradas na redução da mortalidade materna e infantil, uma agenda ainda vigente no contexto brasileiro e de outros países em desenvolvimento (101). Buscando estabelecer estratégias para reduzir mortes evitáveis, foi criado, em 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. O intuito do pacto era qualificar a atenção, contando com o apoio do controle social e de atores das diferentes esferas do governo (101).

Uma das principais ações de qualificação da assistência obstétrica, neste período, foi a criação da popularmente conhecida “lei do acompanhante”, a lei nº 11.108/2005, que garante à parturiente a presença de um acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (85). Ainda em 2005, a portaria nº 1.067

instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, dando destaque para a atenção humanizada e de qualidade como um direito da mulher e do recém-nascido. Destacava-se ainda a importância da captação das mulheres com até 120 dias de gestação e a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal (102).

Para proporcionar maior segurança e melhores práticas na atenção ao parto e nascimento, no ano de 2011, por meio da portaria nº 1.459 foi instituída em todo o território nacional a Rede Cegonha, a qual era organizada em quatro componentes (103):

- **Pré-natal:** com captação precoce da gestante e realização de acompanhamento em unidade de atenção primária, encaminhamento ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno (quando necessário), prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), vinculação à maternidade de referência, em que ocorrerá o parto, apoio para deslocamento das gestantes a consultas de pré-natal e ao local em que ocorrerá o parto;
- **Parto e nascimento:** com disponibilidade de leitos obstétricos e neonatais, melhora da ambiência nas maternidades, implementação de “boas práticas na assistência ao parto e nascimento”, instituição de acolhimento e classificação de risco obstétrico, garantia da presença do acompanhante desde o acolhimento até o pós-parto imediato;
- **Puerpério e atenção integral à saúde da criança:** com preconização, nesse componente, da realização de visita domiciliar à puérpera e neonato ainda na primeira semana após o parto, e promoção do aleitamento materno, assim como estímulo à alimentação complementar saudável. Se necessário, realização de busca ativa de crianças vulneráveis. Fornecimento de informações sobre saúde sexual e reprodutiva, incluindo oferta de métodos contraceptivos e prevenção e tratamento de ISTs;
- **Sistema logístico:** nesse componente, era preconizado o transporte sanitário e regulação, nas situações de urgência, promoção de acesso seguro através do serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU Cegonha e criação de serviços de regulação de leitos obstétricos e neonatais, bem como estabelecimento de plano para vincular a gestante ao local de ocorrência do parto.

A Rede Cegonha por mais de uma década reformulou a assistência obstétrica no Brasil, ganhou nova redação em 2022, pela portaria de nº 715, além de perder seu conhecido nome, também perde parte importante da sua configuração. Por meio da portaria 715/2022, a Rede Cegonha é substituída pela RAMI, Rede de Atenção Materna e Infantil, a qual tem como objetivo assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério e, ao recém-nascido e à criança, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (103,104).

Diferentemente da Rede Cegonha (103), a RAMI (104) não inclui em seus princípios o respeito à diversidade cultural, étnica e racial, o enfoque de gênero e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. A RAMI inclui assistência ao pré-natal, ao parto, ao puerpério, ao RN, a criança e às mulheres na perda gestacional, termo relativamente novo para as portarias do Ministério da Saúde e mais ameno, quando comparado ao termo aborto. O uso dessa nova terminologia para os documentos que orientam a assistência à saúde traz o seguinte questionamento: estão incluídas nesse escopo de cuidados e direitos, mulheres com complicações decorrentes do aborto provocado?

Cabe destacar que nem a portaria 1.459/2011 (103) nem a portaria 715/2022 (104) fazem menção à assistência prestada por enfermeiros de saúde da família e/ou obstétricas, obstetrizas e doulas no pré-natal, parto, puerpério e na puericultura, mesmo sendo conhecida a importância desses profissionais para melhores desfechos na saúde e satisfação materna e infantil. A portaria 1.459/2011 faz menção ao financiamento de parteiras tradicionais, enquanto a nova portaria não as inclui no seu escopo.

É notória a ênfase na média e alta complexidade na assistência à gestante, expressa pela portaria 715/2022 (104), enquanto a Rede Cegonha colocava maior ênfase na atenção primária e na assistência ao pré-natal de risco habitual. Como aspecto positivo da nova portaria (104) está uma importante perspectiva para a execução de práticas de gestão e de atenção baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis.

Como forma de criar uma parceria entre o Ministério da Saúde e os hospitais de ensino, foi desenvolvido em 2017 o Projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Fazem parte deste projeto hospitais de ensino de todos os estados da federação. Nessas instituições, propõe-se a qualificação

do cuidado ao parto e nascimento, atenção às mulheres em situação de violência sexual com garantia de aborto legal e planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto (105).

No Rio Grande do Sul, estado de realização desse estudo, a comissão intergestores bipartite (CIB-RS) estabeleceu por meio da resolução 206/2017 diretrizes estratégicas para a qualificação da atenção à gestante e ao recém-nascido, por meio da organização da rede de atenção ao parto e nascimento de maneira regionalizada. A resolução estabelece que municípios com ocorrência de nascimentos inferior a 365 partos anuais passariam a referenciar suas gestantes para municípios com maior ocorrência (106). Essa proposta tem como objetivo direcionar as mulheres para maternidades com maior tecnologia e recursos humanos (106).

3.7 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM OBSTETRÍCIA

A formação de recursos humanos para atuação na assistência ao parto é uma estratégia essencial para redução de desfechos negativos relacionados à saúde e bem-estar da mãe e do recém-nascido. É fundamental ainda a permanente capacitação dos profissionais para que olhem a mulher e seus acompanhantes de maneira humanizada, considerando suas crenças e preferências. Nesse sentido, instituições de saúde que prestam assistência ao parto desempenham importante papel no incentivo aos seus colaboradores a buscarem constantemente por atualizações e práticas baseadas em evidência (107,108).

A configuração atual de atenção ao parto em instituições de saúde é centrada nos profissionais médicos e enfermeiros, o que acarreta limitações para a integralidade do cuidado, uma vez que a inclusão de outras categorias profissionais poderia agregar maior qualidade no cuidado e satisfação com a assistência, como demonstrado em estudo que investiga a satisfação com o pré-natal em puérperas de Porto Alegre-RS (109). Fisioterapeutas, por exemplo, podem atuar no estímulo à deambulação da parturiente, adoção de posições verticais para o nascimento, uso de bola suíça para relaxamento pélvico, exercícios respiratórios e de relaxamento, banhos quentes, entre outras boas práticas (110). Já psicólogos poderiam atuar na recepção da mulher e seu acompanhante, na escuta, orientação e preparação para a evolução do parto, trazendo tranquilidade e autoestima as mulheres (111). A equipe multiprofissional traria muitos benefícios para os cuidados das mulheres e dos recém-nascidos, porém essa configuração ainda é pouco consolidada nas maternidades brasileiras, por esse motivo

será discutida nos próximos parágrafos a formação de enfermeiros e médicos, profissões com maior atuação no atual contexto de assistência ao parto no Brasil.

A formação do enfermeiro para atuar na assistência à parturiente ocorre num processo de fusão entre a enfermagem e o trabalho desenvolvido pelas parteiras. No século XX, ocorre a extinção da formação de parteira (retomada algumas décadas depois), que é substituída pelos cursos de “enfermeiras de maternidade”. Em 1939, foi criado o primeiro curso de enfermagem obstétrica em São Paulo. Dez anos depois, a formação em enfermagem obstétrica poderia ser realizada como uma pós-graduação, com duração de um ano após conclusão do curso de enfermagem. Atualmente, no Brasil, a obstetrícia é uma área de especialização para a enfermagem, em modalidade teórico-prática (112).

Quanto aos aspectos operacionais, a formação de enfermeiros e médicos permanece com algumas lacunas em relação ao contato com temas como humanização da assistência ao parto, como sugere revisão integrativa de estudos nacionais realizada com o objetivo de discutir a formação e educação permanente de profissionais que atuam em maternidades. As instituições de ensino parecem estar mais preocupadas em instrumentalizar os alunos para questões técnicas, intervenções e menos frequentemente para questões relativas ao cuidado humanizado e à supervisão do parto fisiológico (113).

A formação médica em obstetrícia carrega em sua essência traços fortes de um modelo curativista com foco na doença, o que impacta na assistência ao parto à medida que direciona a práticas de medicalização de processos fisiológicos (21). Esses aspectos carregam uma perspectiva de “poder simbólico” exercido pela equipe de saúde e em maior intensidade por médicos e enfermeiros quando prestam assistência a uma mulher em situação de fragilidade.

A atenção ao parto permeada por uma ótica de violação de direitos relacionados ao gênero, que percebe a mulher como objeto de atuação e intervenção, caracterizada por culpabilização da sua sexualidade, impacta de maneira significativa na formação de novos profissionais. É frequente a objetificação da mulher em prol do treinamento dos alunos, como em casos em que há negociação entre estudante e residente para a realização de uma episiotomia para fins de treino, sem o consentimento da paciente (21).

A criação de uma hierarquia sexual, baseada em questões sociais, torna a mulher mais vulnerável a sofrer procedimentos desnecessários com fins didáticos, ou ainda a ter

um tratamento mais rude e humilhante. Mulheres de baixa renda, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, prostitutas, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento estão mais sujeitas a sofrerem maus-tratos e procedimentos não consentidos (21).

A formação e constante capacitação dos profissionais da saúde é fundamental para um atendimento respeitoso e humanizado para as mulheres. Algumas estratégias, abaixo citadas, podem qualificar a instrumentalização de estudantes da área de saúde e obstetrícia (21):

- Incluir temas relacionados aos direitos das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos na matriz curricular.
- Investir na formação de profissionais que assistem ao parto fisiológico, como obstetizes e enfermeiros obstetras.
- Reorientar a formação profissional para o ensino do parto fisiológico, dos mecanismos neuroendócrinos, eliminando o excesso de intervenções no parto (indução, fórceps, episiotomia e cesarianas) para fins didáticos.

3.8 CONSEQUÊNCIAS DAS PRÁTICAS VIOLENTAS NO PARTO

3.8.1 Morbimortalidade associada aos maus-tratos no parto

O uso de tecnologias na assistência ao parto, quando bem indicado e aplicado, pode salvar vidas, como é o caso das cesarianas. Estima-se que mais de 2,5 milhões de mortes maternas foram evitadas no mundo, no período de 1990 a 2010 (114). A redução da mortalidade está associada aos avanços na assistência à saúde materna, entretanto, esse mesmo avanço pode ter efeito contrário, aumentando a morbimortalidade, devido aos riscos da aplicação de intervenções desnecessariamente (114,115).

No período de 1990-2010, globalmente, a Taxa de Mortalidade Materna (TMM) foi reduzida quase à metade (116), nesse mesmo período, no Brasil, a TMM passou de 120/100 mil nascidos vivos, para 56/100 mil nascidos vivos. Para cada mulher que morre devido a complicações da gestação ou do parto, cerca de 20 outras sofrem danos, infecções ou deficiências no seu atendimento (116). Atualmente, as principais causas de morte materna evitáveis são: infecção, hemorragia, hipertensão e complicações decorrentes do aborto inseguro (39,117).

Nesse cenário, a estruturação de uma rede de atenção à saúde deve prever o acolhimento à mulher desde o início do pré-natal, fornecendo os exames de rastreio para diagnóstico e manejo de condições de risco em tempo oportuno, realizando os devidos encaminhamentos para a atenção de alto risco, quando necessário. Quanto à atenção ao parto, o cuidado deve ser realizado de maneira individualizada, com aplicação de tecnologias assistenciais de acordo com indicações reais e desejos da paciente (103).

A peregrinação das gestantes por diferentes maternidades constitui um importante fator de risco para o parto potencialmente complicado (118). Mesmo com lei que garante o reconhecimento e vinculação prévia à maternidade de referência, muitas mulheres continuam a peregrinar na busca por atendimento durante o trabalho de parto (119,120). Isso ocorre por diversos fatores, entre eles, pela precarização da saúde no país, baixa oferta de leitos obstétricos, carência de investimentos no atendimento e na consolidação dos programas nacionais de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, atendimento sem acolhimento e humanização nas portas de entrada das maternidades e emergências (120).

Dentre as práticas assistenciais não recomendadas, que provocam danos à saúde materna e infantil estão a episiotomia de rotina, cuja incisão aumenta o risco de lacerações perineais de terceiro e quarto graus, de infecções e hemorragia (121); a posição de litotomia, que aumenta o tempo de duração do trabalho de parto por diminuir a força das contrações e, conseqüentemente, reduzir o limiar para intervenções desnecessárias (122) e a manobra de Kristeller (pressão no fundo do útero), uma forma de violência física contra a mulher que aumenta o risco de internações em UTI neonatal e de lacerações perineais (123). A cesariana mal indicada, prática frequente nos serviços de saúde, constitui-se em uma violência obstétrica, que pode trazer riscos a mulher e ao bebê (124).

De acordo com a pesquisa Nascir no Brasil (125), 27,6% das mulheres escolheram pela cesariana já no início do acompanhamento pré-natal. A taxa média de parto cirúrgico foi de 51,5%, sendo de 87,5% no setor de saúde suplementar (125). A discrepância entre as recomendações dos órgãos de saúde e a realidade brasileira se dá por uma ampla gama de fatores, pela construção social do parto como um período de dor, sofrimento, riscos e morte, pela venda da cesariana como um procedimento rápido, seguro e de baixo risco, fortemente marcado pela lógica capitalista de produção: nascimento em série e pragmatizado, com lucro e ganho de tempo (126).

A cesariana eletiva impacta na saúde da mulher e do recém-nascido à medida em que sua realização indiscriminada aumenta os riscos de mortalidade neonatal, admissão em UTI neonatal e uso de ventilação mecânica (124,127,128). Para a mulher, aumenta o risco de morte, de internação em UTI, de uso de antibióticos e do tempo de internação hospitalar (127). De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a cesariana, quando realizada sem indicação médica aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe (129). Cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados à prematuridade (130).

A insuficiente instrumentalização das mulheres e de seus parceiros sobre boas práticas no nascimento ao longo das consultas de pré-natal impacta na autonomia da mulher e, por consequência, na manifestação de seus desejos e escolhas referentes ao processo, tornando-a mais vulnerável à aplicação de práticas desnecessárias, danosas e violentas (109). O plano de parto, ferramenta de organização e sistematização das preferências das mulheres, ainda é pouco utilizado no pré-natal, assim como orientações sobre direitos no parto, aleitamento, direito ao acompanhante e analgesia (109,131).

3.8.2 Experiência de parto e satisfação com a assistência

De acordo com a OMS, uma experiência positiva de parto considera e incorpora as crenças socioculturais e preferências das mulheres. Inclui o nascimento de um bebê saudável em um ambiente seguro no que se refere a questões clínicas e psicológicas, com continuidade do cuidado por uma equipe técnica qualificada (55).

Em uma sub-amostra de 4102 puérperas, provenientes da pesquisa Nacer no Brasil, que apresentaram baixo risco durante a gestação e parto normal (com ou sem indução), os fatores associados a uma experiência positiva de assistência ao parto foram presença do parceiro, privacidade, liberdade para fazer questionamentos, clareza das informações e empatia no cuidado dos profissionais (132). A amostra total da pesquisa Nacer no Brasil (15.688 mulheres) foi questionada sobre a satisfação com a assistência ao parto e, como fatores associados à satisfação, foram identificados curto tempo de espera, respeito, privacidade, clareza nas explicações, possibilidade de fazer perguntas e participação nas decisões (133).

Estudo transversal realizado com puérperas da capital gaúcha demonstrou que o alto grau de satisfação com a assistência ao parto esteve associado com a compreensão das informações fornecida pelos profissionais durante o parto, a percepção da mulher de

não ter sofrido desrespeito ou abuso na assistência e com o bebê ter sido colocado para mamar na primeira hora de vida (43).

A relação de acolhimento, respeito e comunicação entre mulher e equipe de saúde está relacionada a uma experiência positiva de parto, maior satisfação com os cuidados recebidos e sentimento de segurança e apoio emocional pela mulher (132,134). Atitudes como orientar a mulher, responder às suas dúvidas e certificar-se da clareza das informações fornecidas são decisórias na satisfação, mas ainda insuficientemente difundidas nas maternidades (43,132,134).

3.8.3 Depressão pós-parto (DPP)

Sintomas depressivos femininos foram negligenciados por décadas, pela sociedade e pela medicina, tanto pela falta de conhecimento a respeito da etiologia de doenças de origem psicológica, quanto pelo interesse da sociedade em tratar como loucas as mulheres que se comportassem de maneira diferente dos padrões da época (135). Mulheres no pós-parto vivenciando mudanças hormonais bruscas que as tornavam vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas depressivos, com frequência recebiam diagnósticos depreciativos, sendo o mais comum, a histeria (136).

A histeria surge da palavra grega *hystero*, útero (135), termo popular durante o século XIX, utilizado para denominar formas de transtornos de sintomas somáticos (137), e principalmente para definir mulheres vistas como subversivas à época. Terminologia que contribuiu para a consolidação da desqualificação da saúde mental das mulheres na sociedade e censura da liberdade de expressão. A histeria era socialmente reconhecida como um comportamento, sobretudo feminino, que não deveria ser seguido, o oposto daquilo que se esperava da figura feminina (135): a loucura, a exibição e a liberdade. A rebeldia podia custar à mulher o isolamento do convívio social ou ainda internação compulsória em um hospital psiquiátrico (135).

A marginalização da saúde da mulher e o constante questionamento sobre sua sanidade, pela banalização de transtornos mentais com potencial morbimortalidade, como ansiedade e depressão, influenciam no correto diagnóstico e tratamento (136,138). Mulheres no puerpério são suscetíveis a não receberem um diagnóstico de depressão pós-parto, tendo seu sofrimento negligenciado (136), em decorrência de explicações simplistas a respeito do seu adoecimento mental (139), a exemplo do livro “A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX”. Na perspectiva do infanticídio, baseado no código penal de 1980, mulheres que

assassinavam seus recém-nascidos eram vistas sob o aspecto da “loucura puerperal”, uma condição que acreditavam causar perturbações mentais e desaparecimento temporário ou até mesmo permanente da razão e da consciência (140).

Com o desenvolvimento científico e o reconhecimento da influência das alterações hormonais na saúde psicológica, a histeria foi perdendo sentido e outros fatores foram sendo incluídos na cadeia causal da depressão pós-parto. Estudos realizados a partir dos anos 2000 já demonstram a existência de associação entre experiências traumáticas, desrespeito, abuso ou violência no parto e maior incidência de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão no pós-parto (16).

3.9 DEPRESSÃO PÓS-PARTO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A DPP afeta 11 a 18% das mulheres brasileiras, causando importante sofrimento psicológico devido à gravidade dos sintomas, dano social e prejuízos no relacionamento entre a mãe e o recém-nascido (16). Os sintomas podem surgir durante todo o período gestacional, logo após o nascimento ou em até um ano após o parto, sendo o último mês de gestação e o primeiro mês após o parto, os mais críticos para o seu surgimento (141–143). A DPP é caracterizada por predominância de humor deprimido, associado a distúrbios do sono, sentimento de inutilidade e de culpa, preocupação excessiva, dificuldade de concentração, alterações de peso, entre outros sintomas, que em quadros graves pode conduzir a mulher a ideação suicida e infanticídio (144).

Os danos da DPP não se restringem à puérpera. Estudos demonstram que filhos de mulheres com essa condição têm maior risco de hospitalizações (RR 1,93; IC 95% 1,02–3,64) e de mortalidade no primeiro ano de vida (RR 1,44; IC 95% 1,10–1,89) (145). Ao longo dos anos, essas crianças têm o dobro de chances de desenvolver distúrbios de comportamento, ansiedade, depressão, déficit de concentração e menor desempenho em disciplinas escolares, como matemática (146,147).

Pesquisa realizada na Suécia (148), com 2674 mulheres, identificou uma prevalência de DPP de 12,3%. Dessas mulheres, 6,5% apresentaram sintomas apenas no pós-parto e 5,8% precocemente, na gestação. O desenvolvimento da DPP é multifatorial. Como fatores associados estão os sociodemográficos como desemprego, falta de apoio, ausência de companheiro, baixa escolaridade, ter mais de 03 filhos e ter origem estrangeira (32,33,148). Quanto à história reprodutiva, ter tido aborto prévio,

experiência negativa de parto progressivo e parto atual por cesariana também apresentaram associação com DPP (148).

Outro estudo internacional identificou como fatores de risco associados a DPP, os conflitos no casamento, a falta de um confidente e condições psicossociais frágeis. Aspectos como situações de vida complicadas no ano anterior à gestação, principalmente financeiras e profissionais parecem desempenhar um importante papel de risco para o surgimento do quadro (141).

No contexto nacional, de acordo com a pesquisa Nascer no Brasil, a prevalência de casos prováveis de DPP foi de 26,3%, e os fatores associados a essa condição foram cor de pele parda (OR 1,15 IC95% 1,01–1,31), classe socioeconômica baixa (OR 1,70 IC95% 1,41–2,06), uso abusivo de álcool (OR 1,41 IC95% 1,09–1,84), histórico de transtorno mental (OR 3,13 IC95% 1,80–5,44), gestação não planejada (OR 1,22 IC95% 1,05–1,43), mais de três filhos (OR 1,97 IC95% 1,58–2,47) e cuidado precário à mulher no parto (OR 2,02 IC95% 1,28–3,20) ou ao recém-nascido (OR 2,16 IC95% 1,51–3,10) (24). Estudo realizado na região sudeste do Brasil, identificou que puérperas solteiras, que sofreram violência pelo parceiro ou que desejavam abortar apresentaram maior prevalência de sintomas de DPP (34).

A assistência recebida pela mulher durante o parto tem importante repercussão em desfechos pós-natais. Mulheres com uma experiência negativa de parto apresentaram maior chance de desenvolver DPP (148,149). Pesquisa realizada no extremo sul do Brasil (17) mostrou que ter sofrido violência verbal aumenta a chance de desenvolver DPP moderada em mais de 50% (OR 1,58; IC95% 1,06–2,33) e grave em quase 70% (OR 1,69; IC95% 1,06–2,70), enquanto ter sofrido violência física mais que dobra a chance de desenvolver DPP grave (OR 2,28; IC95% 1,26–4,12). Outro estudo realizado no Brasil identificou prevalência de depressão pós-parto superior a 50% em mulheres que sofreram violência física, verbal ou negligência no parto (27).

O rastreamento da DPP deve ser realizado, idealmente, com a aplicação da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) (150). Essa escala tem capacidade de identificar sintomas potenciais de depressão e é associada a uma avaliação médica posterior para definição do diagnóstico (151). O instrumento EPDS, consiste em um questionário autoaplicável, com 10 itens, que considera os sete dias que precedem a entrevista. Cada item tem quatro possibilidades de resposta, com pontuação associada à gravidade do sintoma. Esta pontuação varia de 0 a 3 (0: nenhuma alteração e; 3: alteração significativa do humor). Os aspectos avaliados por meio da EPDS são:

capacidade de rir, achar as coisas engraçadas, pensamentos em relação ao futuro, sentimentos (culpa, ansiedade, preocupação, pânico, sobrecarga e infelicidade), vontade de chorar e de se causar algum mal (151). A pontuação varia de 0 a 30, valores próximos a zero indicam risco baixo ou inexistente de DPP, enquanto valores próximos ou superiores a 10 indicam quadro sugestivo de DPP (151).

O ponto de corte utilizado para definição de DPP ou *screening* positivo para DPP varia nos diferentes estudos realizados mundialmente, de acordo com o objetivo da pesquisa, se identificar depressão severa, depressão maior ou puérperas em risco para desenvolvimento de DPP. O artigo clássico de validação do EPDS sugere os escores 9-10 para *screening* nos serviços de atenção primária (151) e 12-13 para diagnóstico de depressão (151). Uma coorte realizada com 378 puérperas da cidade de Pelotas-RS encontrou como ponto de corte com melhor desempenho em relação a sensibilidade e especificidade para *screening* o escore ≥ 10 e para diagnóstico de casos de depressão moderada a severa ≥ 11 (152). A pesquisa Nascir no Brasil, de representatividade nacional, utilizou o escore ≥ 13 para definição de caso provável de DPP (32). O EPDS também foi validado para a população geral, em um estudo (153) realizado na cidade de Pelotas-RS, o qual identificou como ponto de corte com melhor sensibilidade e especificidade o escore ≥ 8 para *screening* de transtorno depressivo maior.

REFERÊNCIAS

1. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*. 2014;11.
2. CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz nacional de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
3. Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol Soc*. 2017;29:e155043.
4. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Suppl 1):Sup:S17-S47.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus: informações em saúde. [cited 2021 Jun 3]. Available from: <https://datasus.saude.gov.br/>
6. Coulm B, Le Ray C, Lelong N, Drewniak N, Zeitlin J, Blondel B. Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France: do maternity unit characteristics make a difference? *Birth issues perinatal care*. 2012;39.
7. European Perinatal Health Report. European perinatal health report - Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. 2010. 252 p.
8. Chadwick RJ, Cooper D, Harries J. Narratives of distress about birth in South African public maternity settings: A qualitative study. *Midwifery*. 2014; doi: 10.1016/j.midw.2013.12.014
9. D'Ambruoso L, Abbey M, Hussein J. Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. *BMC Public Health*. 2005;5.
10. Janevic T, Sripad P, Bradley E, Dimitrievska V. "There's no kind of respect here" A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans." *Int J Equity Heal*. 2011;10.
11. McMahan SA, George AS, Chebet JJ, Mosha IH, Mpembeni RNM, Winch PJ. Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region,

- Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14.
12. Moyer CA, Adongo PB, Aborigo RA, Hodgson A, Engmann CM. “They treat you like you are not a human being”: maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. *Midwifery*. 2014;30:262–8.
 13. Turan JM, Miller S, Bukusi EA, Sande J, Cohen CR. HIV/AIDS and maternity care in Kenya: how fears of stigma and discrimination affect uptake and provision of labor and delivery services. *AIDS Care*. 2008;20(8):938–45.
 14. Bowser D, Hill K. *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth*. United States Agency for International Development; 2010.
 15. Human Rights Watch. *Stop making excuses: accountability for maternal health care in South Africa*. Nova Iorque; 2011. 66 p.
 16. Leite TH, Pereira APE, Leal MC, Silva AAM. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *J Affect Disord*. 2020;273:391–401.
 17. Mesenburg MA, Victora CG, Serruya SJ, León RP, Damaso AH, Domingues MR, et al. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reprod Health*. 2018;15(1):54.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. *Resultados preliminares da pesquisa de Satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde*. Brasília; 2012.
 19. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 2004;31(1):17–27.
 20. Costa DDO, Ribeiro VS, Ribeiro MRC, Esteves-Pereira AP, Sá LGC, Cruz JAS, et al. Psychometric properties of the hospital birth satisfaction scale: Birth in Brazil survey. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(8):e00154918.
 21. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Hum Growth Dev*. 2015;25(3):377–84.
 22. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley n° 38.668/2007 - Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Venezuela; 2007 p. 1–41.

23. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014.
24. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MDC. Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil. *Ciênc e Saúde Coletiva*. 2022;27(2):483–91.
25. Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S, et al. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: lessons learned. *Reprod Health*. 2017;14(1):127.
26. Dornelas ACVR, Rodrigues LDS, Penteado MP, Batista RFL, Bettiol H, Cavalli RC, et al. Abuse, disrespect and mistreatment during childbirth care: contribution of the Ribeirão Preto cohorts, Brazil. *Ciênc e Saúde Coletiva*. 2022;27(2):535–44.
27. Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:69.
28. Schepper S, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn Y, Raes F, Franck E. Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*. 2016;32:87–92.
29. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women’s descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:21.
30. Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Martínez-Galiano JM. Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study. *J Pers Med*. 2021;11(5):338.
31. Khsim IEF, Rodríguez MM, Gallego BR, Caparros-Gonzalez RA, Amezcua-Prieto C. Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review. *Diagnostics*. 2022;12(11):2598.
32. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN, Leal MDC. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord*. 2016;194:159–67.
33. Silveira MF, Mesenburg MA, Bertoldi AD, Mola CL, Bassani DG, Domingues MR, et al. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth

- cohort study. *J Affect Disord.* 2019;256:441–7.
34. Santos DF, Silva RP, Tavares FL, Primo CC, Maciel PMA, Souza RS, et al. Prevalência de sintomas depressivos pós-parto e sua associação com a violência: estudo transversal, Cariacica, Espírito Santo, 2017. *Epidemiol e Serv Saúde Rev do Sist Único Saúde do Bras.* 2021;30(4):e20201064.
 35. Goer H. Cruelty in maternity wards: fifty years later. *J Perinat Educ.* 2010;19(3):33–42.
 36. Palharini LA, Figueirôa SFM. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde.” *História, Ciências, Saúde-Manguinhos.* 2018;25(4):1039–61.
 37. Silva F, Nucci M, Nakano AR, Teixeira L. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saúde e Soc.* 2019;28(3):171–84.
 38. Hospital Sofia Feldman. Assistência ao parto e nascimento - celebrando a vida e o amor. 2007;1–68.
 39. World Health Organization. WHO recommendations - Intrapartum care for a positive childbirth experience. Department of Reproductive Health and Research, editor. Geneva; 2018. 200 p.
 40. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
 41. World Health Organization. Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. World Health Organization. 2014.
 42. Zhang J, Landy HJ, Ware Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010;116(6):1281–7.
 43. Martins ACM, Giugliani ERJ, Nunes LN, Bizon AMBL, Senna AFK de, Paiz JC, et al. Factors associated with a positive childbirth experience in Brazilian women: A cross-sectional study. *Women and Birth.* 2021;34(4):e337–45.
 44. Ballen LE, Fulcher AJ. Nurses and doulas: complementary roles to provide optimal maternity care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35(2):304–11.
 45. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth (Review). Vol. 7, *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017. 169 p.

46. Silva RM, Jorge HMF, Matsue RY, Junior ARF, Barros NF. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). *Saúde e Soc.* 2016;25(1):108–20.
47. Green J, Hotelling BA. Healthy Birth Practice #3: Bring a Loved One, Friend, or Doula for Continuous Support. *J Perinat Educ.* 2014;23(4):194–7.
48. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Família e Comunidade.* 2015;10(35):1–12.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Despacho DAPES/SAS/MS sobre o uso do termo "violência obstétrica". Brasília; 2019.
50. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Nota de apoio da FEBRASCO ao despacho do Ministério da Saúde sobre a utilização da expressão “Violência Obstétrica”. 2019.
51. Sens MM, Stamm AMNF. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2019;23.
52. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Nota ABRASCO: sobre a posição do Ministério da Saúde ao uso do termo Violência Obstétrica. 2019.
53. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med.* 2015;12(6):e1001847
54. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Department of Reproductive Health and Research, editor. Geneva; 2015. 70 p.
55. World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour. Department of Reproductive Health and Research, editor. Geneva; 2014. 57 p.
56. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciêns Saúde Colet.* 2019;24(8):2811–23.
57. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Department of Reproductive Health and Research, editor. WHO handbook for guideline development. Geneva; 2012. 41.
58. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth:

- challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*. 2014;384.
59. Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiga C, Warren CE, et al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Heal Organ*. 2014;92(12):915–7.
 60. Bohren MA, Mehtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet*. 2019;394(10210):1750–63.
 61. Mihret MS. Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2019;12(1):600.
 62. Siraj A, Teka W, Hebo H. Prevalence of disrespect and abuse during facility based child birth and associated factors, Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19:185.
 63. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2016;16(1):29–37.
 64. Shrivastava S, Sivakami M. Evidence of “obstetric violence” in India: an integrative review. *J Biosoc Sci*. 2020;52(4):610–28.
 65. Martínez-Galiano JM, Martínez-Vazquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: a cross-sectional study. *Women and Birth*. 2021;34(5):e526–36.
 66. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(5):508–17.
 67. Abuya T, Warren CE, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, et al. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PLoS One*. 2015;10(4):e0123606.
 68. Asefa A, Bekele D. Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centers in Addis Ababa, Ethiopia. *Reprod Health*. 2015;12:33.

69. Kruk ME, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman LP. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy Plan.* 2014;1–8.
70. Sando D, Ratcliffe H, McDonald K, Spiegelman D, Lyatuu G, Mwanyika-Sando M, et al. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16:236.
71. Okafor II, Ugwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *Int J Gynecol Obstet.* 2015;128(2):110–3.
72. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Souza WV. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(12):e00175116.
73. Dhakal P, Gamble J, Creedy DK, Newnham E. Quality of measures on respectful and disrespectful maternity care: A systematic review. *Nurs Heal Sci.* 2021;23(1):29–39.
74. Sheferaw ED, Mengesha TZ, Wase SB. Development of a tool to measure women's perception of respectful maternity care in public health facilities. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16:67.
75. Ayoubi S, Pazandeh F, Simbar M, Moridi M, Zare E, Potrata B. A questionnaire to assess women's perception of respectful maternity care (WP-RMC): Development and psychometric properties. *Midwifery.* 2020;80(102573).
76. Taavoni S, Goldani Z, Gooran NR, Haghani H. Development and assessment of respectful maternity care questionnaire in Iran. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2018;6(4):334–49.
77. Afulani PA, Diamond-Smith N, Golub G, Sudhinaraset M. Development of a tool to measure person-centered maternity care in developing settings: Validation in a rural and urban Kenyan population. *Reprod Health.* 2017;14:118.
78. Afulani PA, Diamond-Smith N, Phillips B, Singhal S, Sudhinaraset M. Validation of the person-centered maternity care scale in India. *Reprod Health.* 2018;15(1):147.
79. Afulani PA, Feeser K, Sudhinaraset M, Aborigo R, Montagu D, Chakraborty N. Toward the development of a short multi-country person-centered maternity care scale. *Int J Gynecol Obstet.* 2019;146(1):80–7.
80. Leslie HH, Sharma J, Mehrtash H, Berger BO, Irinyenikan TA, Balde MD, et al. Women's report of mistreatment during facility-based childbirth: Validity and

- reliability of community survey measures. *BMJ Glob Heal.* 2021;5(Suppl 2):e004822.
81. Berger BO, Strobino DM, Mehrdash H, Bohren MA, Adu-Bonsaffoh K, Leslie HH, et al. Development of measures for assessing mistreatment of women during facility-based childbirth based on labour observations. *BMJ Glob Heal.* 2021;5(Suppl 2):e004080.
 82. D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet.* 2002;360(9336):880.
 83. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(11):2287–96.
 84. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(8):1859–68.
 85. Brasil. Casa Civil. Lei nº 11.108/2005 para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2005.
 86. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2011;15(36):79–91.
 87. United Nations Organization. *Claiming the Millennium Development Goals: A human rights approach.* Geneva; 2008.
 88. Pan American Health Organization. *Neonatal IMCI evidence-based interventions.* 2011.
 89. Williams CR, Jerez C, Klein K, Correa M, Belizán JM, Cormick G. Obstetric violence: A Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2018;125(10):1208–11.
 90. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. *Ley nº 25.929/2015 - Parto Humanizado.* Argentina; 2015.
 91. Ministerio de Justiça y Derechos Humanos. *Ley 26.485/2009 - Ley de Protección Integral a las Mujeres.* Buenos Aires, Argentina; 2009.
 92. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. *Ley nº 348/2013: Para garantizar a las mujeres una Vida libre de Violencia.* La Paz, Bolívia; 2013.
 93. Instituto Nacional de la Mujer. *Ley 82/2013 - Tipifica el Femicidio y la*

- Violencia contra la Mujer. Panamá; 2013.
94. Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México; 2008 p. 1–32.
 95. Centro de Información Oficial - IMPO. Ley N° 19.580/2017. Uruguai; 2017. Available from: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>
 96. Câmara de Deputados. Projetos de Lei e Outras Proposições. REQ 131/2022 CSSF: Indica ao Ministro de Estado da Saúde a necessidade de assegurar Políticas contra a violência obstétrica e de combate ao abuso sexual nas unidades de saúde. Brasília; 2022.
 97. Spacov LV, Severino D. Violência Obstétrica: Um olhar jurídico desta problemática no Brasil. *Derecho y Cambio Soc.* 2019;55.
 98. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Secretária de atenção à saúde, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 82 p.
 99. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência em planejamento familiar - Manual técnico. 4 ed. Secretária de Política de Saúde, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 60 p.
 100. Brasil. Ministério da Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos - Uma prioridade do governo. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Normas e manuais técnicos - série direitos sexuais e direitos reprodutivos - caderno nº 1. Brasília; 2005. 24 p.
 101. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2004.
 102. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067/2005: Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outra providências. 2005.
 103. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459/2011: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS a Rede Cegonha. Brasília; 2011.
 104. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 715/2022: Institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Brasília; 2022.
 105. Brasil. Ministério da Saúde. Apice On - Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetria e neonatologia. 1 ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília; 2017. 49 p.
 106. Secretária da Saúde. Estado do Rio Grande do Sul. Resolução nº 206/17 -

- CIB/RS: Pactuar a organização da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento de forma regionalizada, no Estado do Rio Grande do Sul. 2017 p. 1–6.
107. World Health Organization. FNUAP. UNICEF. Banco Mundial. Reduccion de la Mortalidad Materna - declaracion Conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Geneva: WHO; 1999. p. 43.
 108. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: Uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):2012–20.
 109. Paiz JC, Ziegelmann PK, Martins ACM, Giugliani ERJ, Giugliani C. Fatores associados à satisfação das mulheres com a atenção pré-natal em Porto Alegre – RS. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;26(08): 3041-51.
 110. Bavaresco GZ, Souza RSO, Almeida B, Sabatino JH, Dias M. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(7):3259–66.
 111. Arrais AR, Mourão MA. Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio. *Rev Psicol e Saúde*. 2013;5(2):152–64.
 112. Riesco MLG, Tsunehiro MA. Formação profissional de obstetras e enfermeiras obstétricas: Velhos problemas ou novas possibilidades? *Rev Estud Fem*. 2002;10(2): 449-59.
 113. Busanello J, Kerber NPC, Fernandes GFM, Zacarias CC, Cappellaro J, Silva ME. Humanização do parto e a formação dos profissionais da saúde. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2011;10(1):169–75.
 114. Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: The pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG*. 2014;121:1–4.
 115. Souza JP, Pileggi-Castro C. Sobre o parto e o nascer: A importância da prevenção quaternária. *Cad Saúde Pública*. 2014;30:S11–3.
 116. Bryce J, Black RE, Victora CG. Millennium Development Goals 4 and 5: Progress and Challenges. *BMC Med*. 2013;11(1):13–31.
 117. Unicef. Relatório sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio. Unicef, editor. Nova Iorque: United Nations; 2015.
 118. Silva TJP, Queiroz MVO, Neto FHC, Pennafort VPS. Cuidado à adolescente em parturição: Acesso e acolhimento - estudo descritivo. *Online Brazilian J Nurs*.

- 2013;12(4):872–81.
119. Brasil. Casa Civil. Lei n 11.634/2007: Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2007.
 120. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: Uma violência no campo obstétrico. *Esc Anna Nery - Rev Enferm.* 2015;19(4):614–20.
 121. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gisler M, Heinonen S. A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. *Int J Gynecol Obstet.* 2011;115(1):26–30.
 122. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;CD003934(10).
 123. Moiety FMS, Azzam AZ. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014;40(4):946–53.
 124. Tita ATN, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. 2009;360(2):111–20.
 125. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D’Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública.* 2014;30:S101–16.
 126. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. *Hum Reprod Program.* 2015; Available from: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
 127. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: The 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet.* 2006;367:1819–29.
 128. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *Br Med J.* 2007;335(7628):1025.
 129. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Regras para estimular o parto normal entram em vigor. 2022. [cited 2022 Sep 10]. Available from:

- <https://bvsmms.saude.gov.br/regras-para-estimular-o-parto-normal-entram-em-vigor/>
130. Brasil. Ministério da Mulher da Família e dos Direitos Humanos. Novas regras de estímulo ao parto normal são anunciadas pelo Ministério da Saúde. 2015 [cited 2020 Nov 17]. Available from: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/noticias-spm/noticias/novas-regras-de-estimulo-ao-parto-normal-sao-anunciadas-pelo-ministerio-da-saude>
 131. Fox D, Sheehan A, Homer C. Experiences of women planning a home birth who require intrapartum transfer to a hospital: A metasynthesis of the qualitative literature. *Int J Childbirth*. 2014;4(2):103–19.
 132. Baldisserotto ML, Filha MMT, Gama SGN. Good practices according to WHO’s recommendation for normal labor and birth and women’s assessment of the care received: The “birth in Brazil” national research study, 2011/2012. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3):124.
 133. D’Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: Estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Suppl 1):S154–68.
 134. Brüggemann OM, Monticelli M, Furtado C, Fernandes CM, Lemos FN, Gayeski ME. Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: Fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. *Texto Context Enferm*. 2011;20(4):658–68.
 135. Rede Brasileiras de Mulheres Filósofas. Histeria, mulher e feminino. 2020. [cited 2022 Oct 10]. Available from: <https://www.filosofas.org/post/histeria-mulher-e-femenino>
 136. Faisal-Cury A, Rodrigues DMO, Matijasevich A. Are pregnant women at higher risk of depression underdiagnosis? *J Affect Disord*. 2021;283:192–7.
 137. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico de transtornos mentais: DSM-5. American Psychiatric Association. Vol. 5. Porto Alegre: Artmed; 2014. 948 p.
 138. Organização Pan-Americana da Saúde. Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo. 2022. [cited 2022 Ago 15]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>

139. AZ Mina. *Mulheres e depressão: Quando a loucura é filha do machismo*. 2018.
140. Rohden F. *Arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
141. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord*. 1998;49:167–80.
142. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: Summary. *Evid Rep Technol Assess*. 2005;(119):1–8.
143. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2016;375(22):2177–86.
144. Howard LM, Flach C, Mehay A, Sharp D, Tylee A. The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:57.
145. Jacques N. Prenatal and postnatal maternal depression and infant hospitalization and mortality in the first year of life: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;243:201–8.
146. Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A. Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(3):247–53.
147. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014;384(9956):1800–19.
148. Rubertsson C, Waldenström U, Wickberg B, Rådestad I, Hildingsson I. Depressive mood in early pregnancy and postpartum: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *J Reprod Infant Psychol*. 2005;23(2):155–66.
149. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(108):1–10.
150. Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, Gierisch JM, Kemper AR, Swamy GK, et al. Efficacy and safety of screening for postpartum depression. *Comparative Effectiveness Review*. 2013.
151. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*.

- 1987;150:782–6.
152. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):2577–88.
 153. Matijasevich A, Munhoz TN, Tavares BF, Barbosa APPN, Silva DM, Abitante MS, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population. *BMC Psychiatry*. 2014;14:284.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Estruturar uma proposta de instrumento para mensuração da violência obstétrica, por meio da Teoria de Resposta ao Item (TRI), a partir de práticas de assistência ao parto em uma amostra de puérperas de Porto Alegre – RS em 2016.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a prevalência de práticas recomendadas, não recomendadas e não recomendadas de rotina pela Organização Mundial de Saúde na assistência ao parto.

Descrever o processo de elaboração do instrumento de aferição de violência obstétrica.

Comparar a prevalência de violência obstétrica obtida por meio do instrumento construído com a proveniente de uma questão direta.

Verificar a existência de associação entre violência obstétrica, identificada por meio do instrumento construído com sintomas sugestivos de depressão pós-parto.

- Artigo 1: será submetido à Rev Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Introdução: A assistência ao parto é composta por práticas que interferem diretamente no sentimento de segurança, bem-estar e satisfação das mulheres. Procedimentos aplicados sem indicação ou sem o consentimento das mulheres podem provocar danos à saúde da mulher e do recém-nascido e interferir na experiência de parto, configurando-se como violência obstétrica. Objetivo: Identificar a prevalência de práticas recomendadas e não recomendadas na assistência ao parto, segundo a Organização Mundial da Saúde, bem como a percepção das mulheres em terem vivenciado desrespeito, maus-tratos ou humilhação no parto. Métodos: Estudo transversal, com 287 mulheres selecionadas aleatoriamente em duas maternidades de Porto Alegre, uma pública e outra privada, em 2016. As puérperas responderam a um questionário estruturado, face a face, quatro semanas após o parto, sobre aspectos socioeconômicos, antecedentes obstétricos, histórico de saúde, experiência de parto (práticas e intervenções aplicadas) e percepção de ter sofrido desrespeito, maus-tratos ou humilhação pelos profissionais de saúde. Resultados: Dentre as intervenções não recomendadas de rotina, o uso de ocitocina foi a mais prevalente (56%), seguida da amniotomia (48,5%) e da episiotomia (37,1%). A manobra de pressão fúndica uterina foi realizada em 11,3% dos partos; quando estratificado por maternidade, a prevalência foi de 25,7% na privada e 8,2% na pública. A amniotomia ocorreu em 48,5% dos partos, sendo em 55,4% daqueles realizados na maternidade pública e em 14,7% da maternidade privada. A taxa geral de cesariana foi de 48,1%, sendo 31,4% na maternidade pública e 82,8% na maternidade privada. A percepção de ter sido desrespeitada, maltratada ou humilhada ocorreu para 12,5% das mulheres entrevistadas: 14,9% na maternidade pública e 7,5% na maternidade privada. Quanto às boas práticas de assistência, o incentivo a ter acompanhante, a oferta de líquidos e alimentos, o incentivo à movimentação durante o trabalho de parto, a percepção de ter sido acolhida na maternidade e o contato pele a pele foram mais frequentes na maternidade pública. Já o sentimento de estar à vontade para fazer perguntas e participar das decisões foi mais frequente na maternidade privada. Conclusões: É frequente a aplicação de práticas não recomendadas de rotina na assistência ao parto em ambas as maternidades. A prevalência de práticas não recomendadas na assistência ao parto é superior à prevalência de ter sofrido desrespeito, humilhação ou maus-tratos no parto, a partir da percepção das próprias mulheres. A maternidade pública apresentou maior prevalência de boas práticas em comparação com a privada.

Palavras-chave: violência obstétrica, atenção à saúde, satisfação do paciente.

- Artigo 2: publicado na revista Plos One.

Paiz JC, Jesus Castro SM, Giugliani ERJ, Santos Ahne SM, Aqua CBD, Souto AS, Giugliani C. Development of an instrument to measure mistreatment of women during childbirth through item response theory. PLoS One. 2022 Jul 12;17(7):e0271278. doi: 10.1371/journal.pone.0271278. PMID: 35819960; PMCID: PMC9275678.

O objetivo foi estruturar uma proposta de instrumento para mensuração do nível de violência obstétrica, por meio da teoria de resposta ao item, com base na experiência de parto de puérperas. Estudo transversal, com inclusão de 287 mulheres sem intercorrências no parto, selecionadas aleatoriamente em duas maternidades da capital do Rio Grande do Sul – Brasil, em 2016. Aproximadamente 30 dias após o parto, as puérperas responderam a uma entrevista face a face, sobre sua experiência de parto (práticas e intervenções aplicadas) e percepção de ter sofrido desrespeito, maus-tratos ou humilhação pelos profissionais de saúde. O conjunto de práticas foi incluído no modelo de teoria de resposta ao item para construção do instrumento. Dos 36 itens incluídos no modelo, 21 tratavam de práticas aplicadas exclusivamente às mulheres que entraram em trabalho de parto, assim foram construídos dois instrumentos. O instrumento incluindo todas as mulheres, contendo 09 itens, identificou prevalência de 23,7% de violência obstétrica, enquanto o instrumento para mulheres que entraram em trabalho de parto incluiu 11 itens e identificou 22% de prevalência. Os itens com maior discriminação foram: não ter tido acompanhante no pré-parto (2,05; e 1,26), não ter se sentido acolhida (1,81; e 1,58) e não ter se sentido segura (1,59; e 1,70), para o total de mulheres e para aquelas que entraram em trabalho de parto, respectivamente. Para aquelas que entraram em trabalho de parto, os itens, não teve acompanhante no parto (1,22; EP 0,88) e não se sentiu à vontade para perguntar e participar das decisões (1,20; EP 0,43) também apresentaram maior discriminação. Em contrapartida, quando questionadas, apenas 12,5% das mulheres disseram ter sofrido desrespeito ou mau-trato, demonstrando não reconhecimento de práticas danosas como violentas. Padronizar a mensuração da violência obstétrica pode gerar estimativas mais precisas de sua prevalência e auxiliar na proposição de estratégias para sua eliminação.

5 ARTIGO 2: DEVELOPMENT OF AN INSTRUMENT TO MEASURE MISTREATMENT OF WOMEN DURING CHILDBIRTH THROUGH ITEM RESPONSE THEORY

Measuring mistreatment during childbirth through Item Response Theory

Janini Cristina Paiz^{1*&}, Stela Maris de Jesus Castro^{1,2&}, Elsa Regina Justo Giugliani^{3&¶}, Sarah Maria dos Santos Ahne^{4&}, Camila Bonalume Dall' Aqua^{1&}, Alice Steglich Souto^{1&}, Camila Giugliani^{1¶}.

1. Graduate Program in Epidemiology, Faculty of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil
2. Department of Statistics, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil
3. Graduate Program in Child and Adolescent Health, Faculty of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil
4. Faculty of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil

* Corresponding author

E-mail: janinicpaiz@gmail.com (JCP)

¶ Conceptualization, Formal analysis, Methodology, Project administration, Writing – original draft, Writing – review & editing

& Conceptualization, Data curation, Formal analysis, Methodology, Writing – original draft, Writing – review & editing

Abstract

The objective of this study was to structure a proposal for an instrument to measure the mistreatment level of women during childbirth, through item response theory, based on the birth experience of postpartum women. A cross-sectional study was conducted, with the inclusion of 287 women who did not suffer complications during childbirth,

randomly selected from two maternity hospitals in the capital of Rio Grande do Sul - Brazil, in 2016. Approximately 30 days after delivery, the women answered questions in a face-to-face interview about their birth experience (practices and interventions applied) and were inquired about their perception of having suffered disrespect, mistreatment or humiliation by health professionals. The set of practices was included in the item response theory model to design the instrument. Of the 36 items included in the model, 21 dealt with practices applied exclusively to women who went into labor, therefore two instruments were developed. The instrument including all women, containing 09 items, identified 23.7% prevalence of mistreatment to women during childbirth, while the instrument for women going into labor included 11 items and identified 22% prevalence. The items with the highest discrimination were: not having had a companion during labor (2.05; and 1.26), not feeling welcome (1.81; and 1.58), and not feeling safe (1.59; and 1.70), for all women and for those who went into labor, respectively. For those who went into labor, the items, did not have a companion during labor (1.22; PE 0.88) and did not feel comfortable asking questions and participating in decisions (1.20; PE 0.43) also showed greater discrimination. In contrast, when directly questioned, only 12.5% of women said they had experienced disrespect or mistreatment, suggesting that harmful practices are often not recognized as violent. Standardizing the measurement of mistreatment of women during childbirth can create more accurate estimates of its prevalence and contribute to the proposal of strategies to eliminate obstetric violence.

Introduction

Childbirth, an essentially physiological event, has over the years become a hospital procedure, with frequent use of routine interventions, often unnecessary and not based on scientific evidence supporting its benefits [1]. Expansion of access to health services, at population level, has provided greater safety to childbirth, which is supervised by qualified health professionals in an environment with technological resources and with the possibility of timely referral, if necessary, to higher complexity services [2,3].

In 2019, in Brazil, 99.1% of births took place in health facilities and only 43.6% were vaginal [4]. The safety attributed to hospital childbirth care often contrasts with the risks of rigid routines and overburdened professionals in this setting, resulting in increased rates of induced labor, cesarean sections (c-sections), episiotomy, and other

interventions that are frequently unnecessary [1,5]. The combination of these factors impacts the quality of care, making it less compassionate, and hinders the women's experience, often generating the legitimate feeling of mistreatment during childbirth.

A positive birth experience considers and incorporates women's sociocultural beliefs and preferences. It includes the birth of a healthy baby in a safe environment with regard to clinical and psychological issues, with continuity of physical and emotional care, by a qualified technical team [5]. On the other hand, mistreatment refers to the different forms of violence that occur, whether physical, psychological, or verbal, or by unnecessary and harmful procedures, caused to women in prenatal care, childbirth, postpartum, and abortion [1,6,7]. The term obstetric violence is more commonly used in Latin America to refer to mistreatment during childbirth, and we agree with its use in the sense it poses a political stance, as it implies the recognition of structural problems that negatively affect women's experiences, jeopardizing the realization of their rights [8]. However, in this paper we opted to use the term mistreatment because of its prevailing use in international scientific literature and also because the actual question made to the women participating in this study (see Materials and methods) contains the term mistreatment, and not the term obstetric violence.

Mistreatment of women during childbirth is considered a global public health problem, and its elimination appears as a priority in women's health policies, drawn up by regulatory bodies, such as the World Health Organization (WHO) - Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience [5] - and the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) - International Childbirth Initiative [9]. In Brazil, over the last 20 years there have been important governmental efforts to improve prenatal, childbirth and postpartum care, such as *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento* (Prenatal and Childbirth Humanization Program), instituted in 2000, and *Rede Cegonha* (Stork Network), in 2011. The private sector, with impressively high c-section rates (reaching around 80%) [10], received special attention in 2014, when the *Projeto Parto Adequado* (Appropriate Delivery Project), also called *Nascer Saudável* (Healthy Birth), was launched [11]. These initiatives, led by the Ministry of Health and the National Supplementary Health Agency – ANS, have shown its positive impact on childbirth care in Brazil [6,11], however they have been weakened in recent years, especially since 2016, due to political changes in the country that have resulted in disinvestment as well as in clear disinterest in the continuity of the mentioned strategies. In this sense, the *Rede Cegonha* has recently lost its name and

shape with the official institution of the new *Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI)* – Maternal and Child Care Network [12]. Unlike the first, this new governmental initiative puts marked emphasis on specialized care and high risk situations, while not including traditional birth attendants in any context of childbirth care. In terms of context, it's important to note that the mentioned Childbirth Humanization Program was a governmental response not only to the epidemiological needs linked to avoidable maternal deaths but also to the demands of social and women's movements claiming for their sexual and reproductive rights. Currently, the new RAMI likely entails risks to the progress achieved in more than 20 years.

A study developed in Brazil, from 2010 to 2013, identified a 25% prevalence in mistreatment of women during childbirth. This prevalence was 50% for women who had abortions [13]. While the research *Nascer no Brasil* (Birth in Brazil), conducted in the same period (2011-2013) with national representation, involving more than 16,000 postpartum women, identified a lower prevalence (5.1%) of mistreatment, abuse or violence by health professionals, as perceived by the women [14].

More recent surveys, such as one conducted in 2019 involving postpartum women from the Brazilian public and private networks, showed reduction in the rates of several interventions considered harmful when performed without precise indication: elective c-sections, episiotomy, application of manual pressure on the uterine fundus, and lithotomy position in labor. At the same time, it highlighted the increase in the prevalence of good practices, such as having a companion chosen by the woman, receiving food during labor, and the use of non-pharmacological methods for pain relief [11].

Even with current awareness of the impacts of mistreatment on quality and satisfaction with care, damaging the health of women and children [15–19], there are gaps in the understanding of this problem. These gaps are due, in part, to the absence of an indicator (or instrument) that measures mistreatment of women during childbirth, built from the perception of those who experience it, as well as the variability in how it is measured, which interferes with the estimation of its prevalence and comparability between studies [14,18,20]. Therefore, the aim of this study was to structure a proposal for an instrument to measure the Mistreatment Level of Women during Childbirth (MLWC), through the Item Response Theory (IRT), based on the childbirth experience reported from a sample of postpartum women. The secondary objective was to compare

the prevalence of mistreatment achieved through the proposed instrument with the one measured through a specific and direct question applied to this sample of women.

Materials and methods

Study design and population

We conducted a cross-sectional study, including postpartum women who gave birth in two large maternity hospitals of Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS). One is a general university hospital, predominantly public, and the other is a private general hospital. Both are centers of excellence and referral institutions for both low and high-risk pregnancies, having performed, in the year 2016, 3725 and 4182 deliveries (26% of the city's total), respectively. Reflecting the national trend, the private hospital stands for a much higher c-section rate (81%, compared with 33% in the public hospital) [4,21]. In both facilities, deliveries are mainly assisted by obstetricians; the inclusion of midwives in childbirth care is recent and still incipient. Only the public facility, as a teaching hospital, includes medical and nursing students and residents in maternity care.

All women living in Porto Alegre who gave birth to full-term newborns in the two participating maternity hospitals without unfavorable outcomes at delivery (death or admission to intensive care) and with no formal contraindication for breastfeeding were considered eligible. These eligibility criteria were defined in order to avoid biases in the measure of the main outcomes of interest (satisfaction with childbirth and breastfeeding prevalence) in the research that originated this study [18,22]. Women living in areas considered dangerous for home visits had to be excluded to preserve the safety of the research team.

Sample and Data collection

The data used in this study derives from former research designed to identify the factors associated with women's satisfaction with childbirth. For this objective, the sample size calculation reached 276 women. More details on the methods and results of the former research have been published elsewhere [18].

Data collection occurred between January and August 2016. Every day, all eligible women who had given birth in the previous 24 hours received a number that was used for a draw. Each day, two women from the public maternity hospital and one

from the private hospital were randomly selected and included in the study until the intended sample was reached. This proportion aimed to ensure a reasonable representation in relation to the use of public and private services, described in the literature as being around 70% and 30%, respectively, at national level [23,24].

In the period from 31 to 37 days after delivery, an interview was conducted at the home or, rarely, in another place at the woman's preference, to apply a structured questionnaire, which was specifically designed for this study, based on the previous experience of the researchers and the guiding documents of childbirth care in Brazil [6,25]. The questionnaire had an average application time of 55 minutes and included items related to sociodemographic characteristics, women's health and obstetric history, prenatal and childbirth care received. The socioeconomic level was assessed according to the Brazilian Research Enterprises Association, based on the possession of a series of domestic items and on the householder's education level [26]. The grouping of categories from A to E corresponds to a range from better off (A) to worse off (E). Name, age, education and skin color were drawn from hospital records, while all other information considered in this study was collected during face-to-face interviews and the responses were referred by the participants. Women who were not found for the interview, after at least three attempts of contact by telephone and one in person, were considered a loss.

The interviews were carried out after a pilot project had been conducted and adjustments to the questionnaire had been made. The field team was composed of 12 interviewers trained for the job. Weekly meetings were held with the field team, seeking greater uniformity in data collection.

Some potential sources of bias were minimized with randomization (selection bias), face-to-face interviews (data quality), team training for data collection and weekly monitoring (measurement bias), and timing of interviews (1 month after delivery, not too short nor too long, avoiding at the same time gratitude bias and memory bias, respectively). Data was collected manually using paper copies of the questionnaires and then entered by two independent researchers, enabling reliable verification of the database. Moreover, responses to some key questions of the questionnaire were double-checked by telephone with 5% of the participants, selected by lot.

Statistical Aspects

In this study, two different ways were used to measure mistreatment. First, through a direct question, to assess the woman's perception of having suffered disrespect, mistreatment or humiliation, using the following question: *Have you ever (during labor and childbirth care) felt disrespected, humiliated or mistreated by health professionals?* having as response alternatives: yes, no and don't know/do not remember. The second consisted in creating a measurement instrument for the latent trait mistreatment level of women during childbirth (MLWC) from a survey on childbirth experience, practices and interventions applied to the sample of women included in the study.

To create the measurement instrument, the IRT model known as the Two-Parameter Logistic Model was adapted [27,28]. In the context of this study, the model predicts probability that a woman j , with MLWC θ_j , will respond to category 1 of item i (items presented in Table 1), i.e., $P(X_{ij}=1 | \theta_j)$, as follows:

$$P(X_{ij} = 1 | \theta_j) = \frac{1}{1 + e^{-D a_i (\theta_j - b_i)}}$$

being $i = 1, 2, \dots, 11$ and $j = 1, 2, \dots, n$,

where X_{ij} is the dichotomous item that takes the values 1 or 0;

θ_j represents the MLWC of the j^{th} woman, estimated on the scale with mean zero and standard deviation 1;

b_i is the position parameter of item i , estimated on the same scale as θ , which represents the severity of the content measured in item i , that is, the level of mistreatment necessary for the woman to answer category 1 of item i with probability equal to 0.5;

a_i is the discrimination (or slope) parameter of item i - low values of this parameter indicate that women with different levels of mistreatment are about equally likely to answer category 1 of item i , and very high values of this parameter discriminate women basically into two groups: the group that has a level of mistreatment below the value of the parameter b_i and the group that has a level of mistreatment above the value of the parameter b_i ;

D scale factor (constant, equal to 1 or 1.7).

One of the products of the IRT models are the so-called item characteristic curves (ICC). The ICCs of the two-parameter logistic model used in this study describe how changes in MLWC are related to changes in the probability of response in category "1" of each item of the measurement instrument. Items with high discrimination values (it is desirable for items to have estimates for the parameter α_i greater than or equal to 1) have the steepest ICCs [27].

Another product of the IRT models are the item information curves (IIC) and test information curves (TIC). The IICs describe the amount of psychometric information that each item adds to the estimate of MLWC for different levels of that latent trait. The TIC is a sum of the IICs and shows for which MLWC the created measurement instrument estimates the most accurate latent trait.

The two-parameter logistic model must satisfy two assumptions: local independence and one-dimensionality (a single latent trait is determining the responses to the items). These assumptions are related, so that if the measurement instrument is unidimensional, local independence is met [27,29]. The assumption of one-dimensionality can be made flexible, which is known as sufficient one-dimensionality, that is, it is enough that there is a preponderant dimension (explanation proportion of the first dimension at least equal to 20%) so that the model can be used [30–32]. Verification of sufficient one-dimensionality of the proposed measurement instrument was performed by means of exploratory factor analysis, using the tetrachoric correlation matrix, since the items are dichotomous responses.

The cut-off point of the IRT score for defining mistreatment was 0.5 standard deviation above the mean. The binomial test was used to compare the prevalence of MLWC with the prevalence obtained by the perception of violence, measured through a direct question.

To create the MLWC measure, the *ltm*, version 1.1-1, and *psych*, version 2.1.6 packages were used. The remaining analyses were performed using the SPSS software, version 18.

Ethical Aspects

This study complies with the standards governing research with human subjects [33] and was approved by the research ethics committees of the institutions involved

(CAAE 49938015.3.0000.5327 and 46775115.0.3002.5330). All women who agreed to participate in the study signed an informed consent form.

Results

Among the postpartum women selected for this study, 379 were eligible. Of these, 287 were effectively interviewed. There were 25 (6.6%) refusals, and 67 women (17.7%) were lost due to contact failure to schedule the interviews (data in S1 Fig). The women not interviewed due to losses and refusals differed in terms of education and skin color, showing less education ($p<0.01$) and a higher prevalence of white skin color compared to those interviewed ($p=0.032$).

To develop an instrument capable of measuring the MLWC, 36 items (variables) were initially included, considered as observable facets of the latent trait. As 21 items referred only to women who had gone into labor, including those who ended up having a c-section, we opted for the development of two measures, with the purpose of exploring the particularities related to mistreatment in each of the groups: for all women and for women who went into labor.

Due to the occurrence of missing data, lack of variability in responses and internal consistency measures (Crombach's Alpha), several items were eliminated in the exploratory phase for the development of the instruments for measuring the two MLWC (data in S1 Table). For instance, episiotomy and amniotomy, which were highly prevalent in our sample (35.3% and 48.8% amongst the 205 women who went into labor, respectively – Table 1), were eliminated because they did not contribute psychometric information in the estimation of the latent trait.

Due to the sample size and the low frequency of response in specific categories, the items (variables) were dichotomized (data in S2 Table). In the final model, the measurement instrument covering all postpartum women consisted of nine items (MLWC1), while the measurement instrument covering only women who went into labor consisted of 11 items (MLWC2) - data in S2 Table. The assumption of sufficient one-dimensionality was met in both measures. For MLWC1, the first factor explained 32% of the total variance among the nine items of the measure, and for MWC2, the first factor explained 31% of the variance among the 11 items of the measure.

The prevalence of mistreatment was 12.5% and 23.7% ($p<0.001$), for perceived disrespect, mistreatment or humiliation, measured through the direct question; and for the MLWC, constituted through a set of variables, respectively. When only the women

who went into labor were considered, these proportions were 14.6% and 22.0% ($p=0.002$), respectively. Table 1 shows the characteristics of the sample, which was composed mostly of women aged 20-34 years, white, with a partner and with frequent prenatal care (more than eight visits). Regarding the place of delivery, 21.7% of women did not feel welcome in this environment, 25.9% did not feel safe, and 16.1% reported having no privacy.

Table 1. Characteristics of the sample of postpartum women regarding sociodemographic aspects, lifestyle, reproductive history, prenatal and childbirth care, according to the perception of mistreatment through the question: *Have you ever felt disrespected, humiliated or mistreated by health professionals?* Porto Alegre, 2016.

Predictor variables	Sample n (%)	Felt disrespected, mistreated, or humiliated – n (%)	
	n=287	Yes n=36 – 12.5%	No n=251 – 87.5%
Sociodemographic			
Age (year)			
≤ 19 years	23 (8.0)	2 (8.7)	21 (91.3)
20-34 years	199 (69.3)	32 (16.1)	167 (83.9)
≥35 years	65 (22.6)	2 (3.1)	63 (96.9)
Color of skin			
White	216 (75.3)	28 (13.0)	188 (87.0)
Black or brown	71 (24.7)	8 (11.3)	63 (88.7)
Socioeconomic level (n=285)*			
A – B	163 (57.2)	18 (11.0)	145 (89.0)
C – D – E	122 (42.8)	18 (14.8)	104 (85.2)
Education			
College	124 (43.2)	15 (12.1)	109 (87.9)
Elementary and high school	163 (56.8)	21 (12.9)	142 (87.1)
Lives with a partner			
Yes	248 (86.4)	33 (13.3)	215 (86.7)
Lifestyle and Health Status			
Smoker			
Current or past	92 (32.1)	11 (12.0)	81 (88.0)
Mental health condition			
Current or past	38 (13.2)	6 (15.8)	32 (84.2)
Use of psychoactive medication			
Current or past	55 (19.2)	9 (16.4)	46 (83.6)
Reproductive history			
Previous births			
One	142 (49.5)	21 (14.8)	121 (85.2)
Two	98 (34.1)	7 (7.1)	91 (92.9)
Three or more	47 (16.4)	8 (17.0)	39 (83.0)
Miscarriage history (n=163)**			
Yes	47 (28.8)	5 (10.6)	42 (89.4)
Last planned pregnancy			
Yes	154 (53.7)	19 (12.3)	135 (87.7)
Prenatal Care			
Number of visits (n=282)*			
≤ 7 appointments	46 (16.3)	4 (8.7)	42 (91.3)
8 or more	236 (83.7)	31 (13.1)	205 (86.9)

Companion of her choice			
Yes, at least one appointment	218 (76.0)	31 (14.2)	187 (85.8)
Informed about her rights (n=282)*			
Yes, totally	152 (53.9)	15 (9.9)	137 (90.1)
Had a birth plan			
Yes	15 (5.2)	1 (6.7)	14 (93.3)
Felt free to ask questions			
Yes, totally	241 (84.0)	26 (10.8)	215 (89.2)
Childbirth care			
Hospital status			
Public	188 (65.5)	26 (13.8)	162 (86.2)
Private	99 (34.5)	10 (10.1)	89 (89.9)
Had to go to more than one maternity hospital			
Yes	29 (10.1)	4 (13.8)	25 (86.2)
Had a companion			
During labor	275 (95.8)	34 (12.4)	241 (87.6)
Delivery	283 (98.6)	36 (12.7)	247 (87.3)
Postpartum	275 (95.8)	34 (12.4)	241 (87.6)
Felt comfortable asking questions (n=284)*			
Yes	241 (84.9)	24 (10.0)	217 (90.0)
Understood information received			
Yes	251 (87.5)	28 (11.2)	223 (88.8)
Went into labor			
Yes	205 (71.4)	30 (14.6)	175 (85.4)
Had skin-to-skin contact with the baby (n=281)*			
Yes, immediately after delivery	167 (59.4)	23 (13.8)	144 (86.2)
Yes, after performance of procedures on baby	24 (8.5)	3 (12.5)	21 (87.5)
Felt welcomed in the environment (n=281)*			
Yes	220 (78.3)	23 (10.5)	197 (89.5)
Felt safe in the environment (n=282)*			
Yes	209 (74.1)	24 (11.5)	185 (88.5)
Had privacy (n=280)*			
Yes	235 (83.9)	22 (9.4)	213 (90.6)
	n (%)	Felt disrespected, mistreated, or humiliated – n (%)	
Care provided to women who went into labor	205 (71.4)	Yes 30 (14.6)	No 175 (85.4)
Used pain relief methods			
Yes	168 (82.0)	28 (16.7)	140 (83.3)
No	37 (18.0)	2 (5.4)	35 (95.6)
Analgesia requested but not received (n=202)*			
Yes	31 (15.3)	9 (29.0)	22 (71.0)
No	171 (84.7)	20 (11.7)	151 (88.3)
Offered liquids and light foods (n=204)*			
Yes	113 (55.4)	19 (16.8)	94 (83.2)
No	91 (44.6)	10 (11.0)	81 (89.0)
Encouraged to walk (n=204)*			
Yes	88 (43.1)	14 (15.9)	74 (84.1)
No	116 (56.9)	16 (13.8)	100 (86.2)
Trichotomy (n=203)*			
Yes	12 (5.9)	0 (0.0)	12 (100)
No	191 (94.1)	29 (15.2)	162 (84.8)
Enema (n=203)*			
Yes	7 (3.4)	0 (0.0)	7 (100)
No	196 (96.6)	29 (14.8)	167 (85.2)
Induction with oxytocin (n=193)*			
Yes, with or without consent	108 (56.0)	21 (19.4)	87 (80.6)
Yes, without consent	16 (8.3)	12 (75.0)	4 (25.0)
Amniotomy (n=201)*			

Yes, with or without consent	98 (48.8)	14 (14.3)	84 (85.7)
Yes, without consent	19 (9.5)	7 (36.8)	12 (63.2)
Fundal pressure maneuver (n=200)*			
Yes	22 (11.0)	4 (18.2)	18 (81.8)
No	178 (89.0)	24 (13.5)	154 (86.5)
Episiotomy (n=204)*			
Yes, with or without consent	72 (35.3)	11 (15.3)	61 (84.7)
Yes, without consent	21 (10.3)	3 (10.3)	18 (85.7)
Forceps (n=200)*			
Yes, with or without consent	11 (5.5)	1 (9.1)	10 (90.9)
Yes, without consent	5 (2.5)	1 (20.0)	4 (80.0)
Would like another position in labor (n=151)*			
Yes	11 (7.3)	5 (45.5)	6 (54.5)
No	140 (92.7)	20 (14.3)	120 (85.7)

*Missing data correspond to responses “I don’t know” or “I don’t remember”. **Missing data corresponds to women that were not applicable for this response.

Of the 287 women studied, 71.4% went into labor. The induction or acceleration of labor with oxytocin occurred in more than half of the women, similar prevalence to the occurrence of amniotomy, and about 10% of these women did not consent to these procedures. As for the delivery position, 99.3% gave birth in the lithotomy position, and only 7.3% of the women interviewed said they would like other positions. Exposure of women to fundal pressure maneuvers occurred in 11.0% of deliveries (Table 1).

Forty-eight percent of the women in our sample went through a c-section and almost 29% did not initiate labor (were submitted to an elective c-section). Table 2 presents c-section rates according to key characteristics: hospital status (public x private), women’s age, skin color, education level, socioeconomic level, parity, and feeling mistreated, disrespected or humiliated. Higher c-section rates were associated with private hospital, as well as with older, white and highly educated women, with a less vulnerable socioeconomic level. The opposite associations were found for women who went into labor. C-section rates were lower amongst women who did not feel mistreated.

Table 2. C-section rates and proportion of women who went into labor according to key characteristics (n=287). Porto Alegre, 2016.

	C-section n=138 (48.1%) n (%)	p-value*	Went into labor n=205 (71.4%) n (%)	p-value*
Hospital status		<0.001		<0.001
Public	60 (31.9)		164 (87.2)	
Private	78 (78.8)		41 (41.4)	
Age (year)		<0.001		<0.001
< 35 years	89 (40.1)		172 (77.5)	
≥35 years	49 (75.4)		33 (50.8)	

Color of skin		0.056		0.015
White	111 (51.4)		146 (67.6)	
Black or brown	27 (38.0)		59 (83.1)	
Education level		<0.001		<0.001
College	83 (66.9)		66 (53.2)	
Elementary and high school	55 (33.7)		139 (85.3)	
Socioeconomic level (n:285)**		<0.001		<0.001
A – B	97 (59.5)		96 (58.9)	
C – D – E	41 (33.6)		107 (87.7)	
Parity		0.409		0.191
Primiparous	72 (50.7)		96 (67.6)	
Multiparous	66 (45.5)		109 (75.2)	
Feeling of mistreatment		0.032		0.114
Yes	11 (30.6)		30 (83.3)	
No	127 (50.6)		175 (69.7)	

*Fischer's Exact test. **Missing data correspond to responses "I don't know" or "I don't remember".

Table 3 describes the severity and discrimination measures for each item analyzed by IRT. For MLWC1, the items with the highest severity were the following: not having had a companion during labor (5.18; standard error - SE 2.95), delivery (3.01; SE 0.79), postpartum (4.47; SE 2.13), and not having understood information given by health professionals (3.11; SE 1.15).

Table 3. Parameter estimates of items of the measuring instrument for Mistreatment Level of Women during Childbirth (MLWC1) in postpartum women in public and private hospitals (n=287)

Items	Items (variables)	Severity*	Discrimination*
	Did not have a companion		
1	During labor	5.18 (2.95)	0.64 (0.41)
2	In postpartum	4.47 (2.13)	0.76 (0.42)
	Understood information given		
3	No or not all	3.11 (1.15)	0.68 (0.28)
	Did not have a companion		
4	At delivery	3.01 (0.79)	2.05 (1.08)
	Had privacy during birth		
5	Little or not at all	2.48 (0.81)	0.73 (0.27)
	Felt comfortable to ask questions and participate in decisions		
6	No or sort of	2.06 (0.52)	0.99 (0.32)
	Felt welcomed in the environment		
7	More or less, little or not at all	1.07 (0.20)	1.81 (0.56)
	Felt safe in the environment		
8	More or less or not at all	0.94 (0.19)	1.59 (0.49)
	Had skin-to-skin contact in the delivery room		
9	No or only after procedures	0.93 (0.19)	0.43 (0.19)

* Point Estimation (Standard Error)

For the MLWC1, the characteristic curves (ICC) and the information curves (IIC) of the items 'No companion at delivery' and 'No privacy at delivery' show that the higher

the MLCW, the greater the likelihood of the woman answering that she had no companion at delivery and no privacy at delivery (Fig 1). The difference is in the slope of the characteristic curves of the two items, with the item 'No privacy at delivery' having the less steep curve, because this item has a much lower discrimination ability (0.73 - Table 3) than the other item (2.05 - Table 2). The two IICs reflect this difference. They present the amount of information that each item provides to the estimation of the latent trait MLWC1. The item with the higher discrimination ability has its peak at a higher amount of information (approximately at 0.9) than the other item, which has its peak at a lower amount of information (approximately 0.13).

Fig 1: Characteristic and information curves of the items "no companion" and "no privacy" at delivery for the MLWC1 model (n: 287)

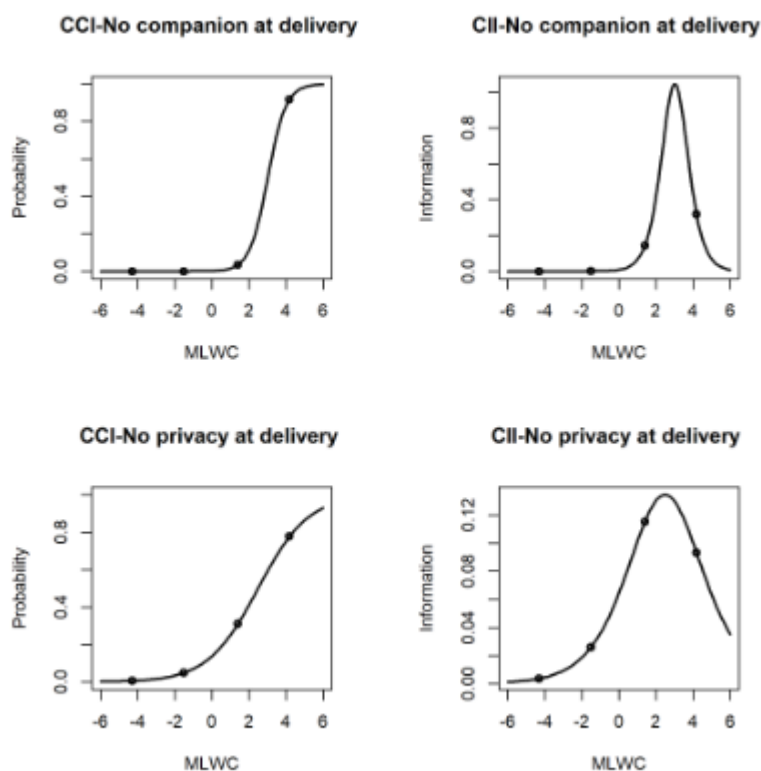
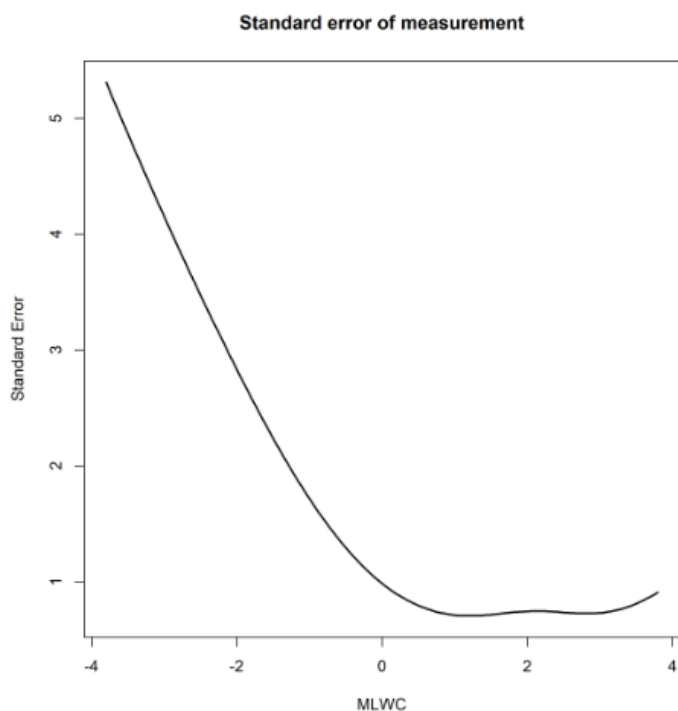


Figure 2 presents the standard error of the MLWC1 measure, i.e., the precision of the estimate of the latent trait MLWC1 for any level of this trait. It can be seen that postpartum women whose MLWC1 value is in the range of approximately 0.5 standard deviation above the mean will have more accurate estimates of this trait than those

whose MLWC1 is below this value. This means that the proposed measurement instrument performs better in postpartum women with higher mistreatment levels.

Fig 2: Standard error for the MLWC1 model (n: 287)



For MLWC2 (women who went into labor, Table 4), the items with the highest severity were as follows: not having had a companion in the postpartum period (4.98; PE 3.18), having undergone the fundal pressure maneuver (4.84; PE 3.19), and not having had a companion during labor (4.40; PE 2.37) (Table 4).

Table 4. Parameter estimates of the items of the measuring instrument for Mistreatment Level of Women during Childbirth (MLWC2) in postpartum women who went into labor (n: 205)

Items	Items (variables)	Severity*	Discrimination*
	Had no companion		
1	In postpartum	4.98 (3.18)	0.72 (0.52)
	Underwent fundal pressure maneuver		
2	Yes	4.84 (3.19)	0.45 (0.31)
	Did not have companion		
3	At delivery	4.40 (2.37)	1.22 (0.88)
	Did not have companion		
4	During labor	3.36 (1.10)	1.26 (0.58)
	Understood information given		
5	No or not all	3.12 (1.37)	0.64 (0.31)

	Asked for analgesia and was not assisted		
6	Yes	2.55 (0.93)	0.74 (0.31)
	Had privacy during delivery		
7	Little or none	2.53 (1.01)	0.65 (0.29)
	Had skin-to-skin contact with newborn		
8	No or only after procedures with newborn	1.57 (0.66)	0.57 (0.25)
	Felt comfortable to ask questions and participate in decisions		
9	No or more or less	1.50 (0.40)	1.20 (0.43)
	Felt welcomed in the environment		
10	More or less, little or nothing	1.10 (0.24)	1.58 (0.51)
	Felt safe in the environment		
11	No or more or less	0.95 (0.22)	1.70 (0.62)

* Point Estimation (Standard Error)

With regard to discrimination, both in the general sample of women and for the group of those who went into labor, it was higher for the following items: not having had a companion during labor (2.05 general sample; 1.26 went into labor), not feeling welcomed (1.81 general sample; 1.58 went into labor), and not feeling safe in the maternity environment (1.59 general sample; 1.70 went into labor). In the group that went into labor, the items, did not have a companion during labor (1.22; SI 0.88) and did not feel comfortable to ask questions and participate in decisions (1.20; SI 0.43) also showed greater discrimination.

Discussion

The prevalence of mistreatment of women during childbirth found in this study, measured in two different ways, were 12.5% using a direct question and 23.7% through an instrument containing a set of items (factors). This variability is due to the use of different ways to measure the same phenomenon and reinforces the differences found in the literature regarding the prevalence of mistreatment [13,14,20]. In the international scenario, a systematic review with Latin American and Caribbean studies published between 1990 and 2017, identified a prevalence of 43% of disrespect and mistreatment in childbirth care [34] while another, without geographic restriction, found proportions that varied from 15% to 98% [35].

The lack of standardization in the definition of mistreatment of women during childbirth, sometimes also referred as obstetric violence, the different instruments used for its measurement and the methodological weaknesses of the studies introduce potential systematic errors for this measure, aspects that affect the generalization and comparability of estimates [35]. Some authors also suggest that this disparity also occurs due to the non-recognition, by women, of situations considered violent according

to the definitions supported by official bodies [19], such as the WHO [5] and the Brazilian Ministry of Health [6], as well as the scientific community [1,36].

A Brazilian study [19] with over 550 postpartum women showed that 51.7% of them categorized their knowledge about obstetric violence as none, little or reasonable. In this study, 12.6% of women reported having experienced this kind of violence, and this situation was associated with marital status (single/separated women), lower income, delivery in lithotomy position, performance of the pressure maneuver on the uterine fundus, and separation from the newborn soon after birth [19].

The prevalence of non-recommended practices found in the present study is similar to those of another investigation, which identified that lithotomy position was present in 91.7% of deliveries, that oxytocin infusion and amniotomy were used in 40% of women [19]. Despite evidence showing that upright positions are associated with shorter labor time, less intense pain sensation, less use of interventions and greater satisfaction with the birth experience [37], lithotomy position is still almost universal in hospital childbirth in Brazil. Moreover, the fundal pressure maneuver, a painful procedure that has been shown to be associated with increased risk of uterine rupture, perineal injuries, neonatal fractures and brain injuries [16,19], had a prevalence of 37% in another study [19], higher than that found in the present research (11.0%).

Our study identified that more than one third of women who went into labor were submitted to an episiotomy. The high prevalence of this procedure was also observed in the survey Birth in Brazil (50%), with a higher occurrence in primiparous women (75%) [36]. Routine episiotomy increases the risk of third- and fourth-degree perineal laceration, infection and bleeding, without reducing the complications of pain and urinary and fecal incontinence in the long term [17]. Unawareness of the risks associated with this procedure and contradictions in its indication cause many women to perceive it as a routine practice. This was seen in the application of the IRT model, in which the inclusion of the variable did not contribute psychometric information, with the caveat that the small sample size may have been responsible for the non-differentiation of this variable in the model. The same might have occurred for other frequent interventions, such as amniotomy, that were eliminated in the exploratory phase (S1 Table).

An interesting finding of the present study is the contrasting rates of c-sections and proportions of women who went into labor according to some key characteristics. Going into labor was more frequent in the public hospital, as well as among younger

black or brown women, with lower socioeconomic and education levels. Previous studies have shown that going into labor is a risk factor for mistreatment, as has been evidenced in the research *Birth in Brazil*: women who went into labor had a 79% higher chance of reporting verbal, psychological or physical violence [15]. It is also relevant to note that c-section rates in our study were higher among women who did not feel mistreated, which points to the apparent convenience of elective procedures, where women do not initiate labor and the process of care usually flows under the control of both patients and assistant professionals. However, this apparent convenience is highly questioned, once the performance of the surgical procedure without or with incomplete clarification of risks and benefits or even without the woman's deliberate consent is a situation of veiled mistreatment that is usually not recognized as such [38,39]. These women might feel they were not listened to regarding their preferences, and they commonly feel lonely and vulnerable after the procedure in face of the pain and the limitations to take care of themselves and of the newborn [39]. Women who go through a c-section after previous labor report feeling disrespected more frequently [40], especially due to poor communication with the health team [39].

The items related to the absence of a companion during labor, delivery and postpartum periods were the most important for the MLWC, both for women who went into labor and for those who had elective cesarean sections. This result can be explained, at least in part, by: the wide knowledge of the law in relation to the presence of a companion during delivery - Federal Law No. 11.108/2005, which allows women to recognize such violations of their rights [41]; and the feeling of fear, loneliness and vulnerability, which triggers in women the need for support from someone they trust at the time of delivery. In agreement with the results of this study, the research *Birth in Brazil* also identified the presence of a companion as a significant inhibitor of mistreatment [15].

Another factor present in the definition of the MLWC was not understanding the information given by health professionals, a situation that reduces the woman's autonomy to participate in decisions about her care and makes her feel uncomfortable to clarify doubts. Protagonism in childbirth is associated with satisfaction regarding assistance [18,42]; however, research shows that most women do not feel at ease during care. A study conducted in public maternity hospitals in a northeastern Brazilian state, for example, showed that 29.8% of women were dissatisfied with receiving guidance and the possibility of asking questions, and 49.8% were dissatisfied with the possibility

of making complaints about the care provided [20]. Besides not having access to effective communication with health professionals, to be able to express their wishes and beliefs, many women suffer mistreatment and even abandonment, as a form of coercion, for being seen as complaining and demanding beings [1,7].

The gap between the perception of violence by women and what is considered as the definition of this phenomenon, according to technical-scientific publications, is one of the most relevant aspects of this study. The data depicted on Supplementary Table 1 allows us to identify several practices that fit the definition contained in national and international documents guiding childbirth care, but which, in the analysis carried out in this study, did not contribute with psychometric information in preparation of the instruments to measure MLWC. This may have occurred for two reasons: non-identification of the intervention or situation as violent by the women; and insufficient sample size to show significance in this model. The high number of women who answered “I don’t know” or “I don’t remember” to questions such as if labor was induced with oxytocin or if they’d rather have another position in labor likely reflects the lack of information about their rights, options and evidence base on intrapartum care. These data also points to communication gaps between birthing women and the health professionals assisting them.

Another point that deserves discussion is the feeling of unsafety reported by women, as well as their perception of not feeling welcomed: approximately one fourth of the participants in this study felt this way, and both aspects were items that reached high discrimination in the IRT analyses. These findings are extremely relevant, because they contrast in some way with the conception that the hospital is a safe environment for obstetric assistance. Our data show that not all women agree with this perspective. Previous studies have suggested that fear and unsafety during childbirth are linked with feelings of uncertainty, loss of control and interventions in their bodies [43,44]. On the other hand, women who feel welcomed and perceive a positive environment, have a stronger sensation of safety [45]. Understanding more deeply the reasons why many women do not feel safe or welcomed in the hospital when they are giving birth is a matter that deserves further studies, given its importance in the assessment and measurement of mistreatment.

This study analyzes, in an unprecedented way, the mistreatment of women during childbirth using IRT to propose a way to measure this latent variable, through a set of items. The method, besides being statistically robust, evaluates every item of the

measurement instrument according to its severity and discrimination capacity, defining for each one a different importance in estimating the MLWC. Moreover, the methodological rigor in conducting the study, with random selection, continuous quality control, and the timely face-to-face interviews also ensure higher quality to the study. Possible disadvantages of face-to-face interviews include embarrassment to address sensitive matters, such as criticizing the care received, more complex logistics, high costs, increased probability of non-participation (exclusions, losses and refusals). As an example, in our study, we had to exclude women living in areas with high occurrence of violent incidents, to preserve the safety of the research team. This represents a potential selection bias, because the women who live in these areas might be the most vulnerable ones, and their absence in the study sample makes the studied population somewhat different from the original one. In the same sense, women who were lost because of contact failure may be another source of selection bias. If we imagine that a more vulnerable profile implies in higher risk of suffering mistreatment during childbirth [46,47] then the inclusion of these women in the sample would probably enhance the discrimination capacity of the statistical model. However, the findings regarding the association between social vulnerability and mistreatment during childbirth are conflicting in the literature [42,48].

Among the limitations of our study, one should consider the number of losses and the fact that the sample size is restricted to allow for more powerful conclusions about the set of items defined to measure the MLWC. Literature review points that to adjust an IRT model with high precision of parameter estimations, a sample of at least 500 is needed [49]. A smaller sample size represents a limitation in terms of precision, implying on less accurate estimates (with larger standard errors). However, as the objective of this study was to present a proposal for a measurement instrument and not a definitive instrument, we believe that the information obtained is relevant for the development of a final instrument, produced with larger samples and going through the process of its validation (of the instrument itself and the cutoff point) for the classification of women as to whether or not they have suffered mistreatment.

Conclusion

The conclusions of this study are preliminary, considering that the model developed to measure the MLWC was based on a small sample. As a main finding, it was observed that the mistreatment level identified by IRT was approximately twice the

general prevalence of the perception of disrespect, mistreatment or humiliation measured by the direct question to women, demonstrating the divergence between the perception of postpartum women and what is considered mistreatment by health agencies and academic literature. The IRT also made it possible to identify the items with greater severity and discrimination capacity, both for the general sample of women, and for the group that went into labor, pointing out situations that can be avoided in childbirth care, such as the absence of a companion, the lack of understanding of information by the woman, the performance of the fundal pressure maneuver, feelings of not being welcomed and of unsafety.

Harmonizing the speeches, knowledge and perceptions is essential to qualify obstetric care. The development of an instrument to measure mistreatment during childbirth from the perception of women is essential in this context, to standardize the prevalence measures in different national and international scenarios, thus allowing comparability and generalization, as well as to identify practices acknowledged as violent by women who go through the childbirth process and enable a dialogue between the different actors. This study can be considered a first step in this direction, making its own contribution to the proposal of strategies to eliminate obstetric violence.

Acknowledgments

The authors would like to thank Universidade Federal do Rio Grande do Sul and the group of researchers who took part in the project, in all its phases. The contribution of each one was vital to the study.

References

1. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Hum Growth Dev.* 2015;25:377–84. doi: 10.7322/jhgd.106080
2. Brasil. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no sistema único de saúde - CONITEC. Diretriz nacional de assistência ao parto normal. Secretaria de ciência tecnologia e inovação, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 381 p. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
3. Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no

- Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol Soc.* 2017;29:e155043. doi: 10.1590/1807-0310/2017v29i155043
4. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Datasus: portal da saúde [cited 2021 Jun 3]. Available from: <https://datasus.saude.gov.br/>
 5. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Department of reproductive health and research, editor. Geneva; 2018.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011: Rede Cegonha [Internet]. 2011 [cited 2021 Jun 3]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
 7. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam e Com* 2015;10:1–12. doi: 10.5712/rbmfc10(35)101
 8. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MDC. Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil. *Ciêns Saúde Colet.* 2022;27(2):483-491. doi: 10.1590/1413-81232022272.38592020
 9. Lalonde AB, Herschderfer K, Miller S. FIGO collaboration for safe and respectful maternity care. *Int J Gynecol Obstet.* 2021;152:1–3. doi:10.1002/ijgo.13310
 10. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet.* 2011;377:1863–76. doi:10.1016/S0140-6736(11)60138-4
 11. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cad Saúde Pública.* 2019;35:e00223018. doi: 10.1590/0102-311X00223018
 12. Brasil. Ministério da Saúde. [Internet]. Portaria nº 715, de 04 de abril de 2022: instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). [Internet]. 2012 [cited 2022 Jun 9]. Available from: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>
 13. Venturi G, Godinho T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. 1 st ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2013
 14. Costa DDO, Ribeiro VS, Ribeiro MRC, Esteves-Pereira AP, Sá LGC de, Cruz JAS,

- et al. Psychometric properties of the hospital birth satisfaction scale: Birth in Brazil survey. *Cad Saúde Pública*. 2019;35:e00154918. doi: 10.1590/0102-311X00154918
15. D’Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1):154–68. doi: 10.1590/0102-311X00087813
 16. Hofmeyr GJ, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M. Fundal pressure during the second stage of labour (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3:CD006067. doi: 10.1002/14651858.CD006067.pub3
 17. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gisler M, Heinonen S. A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. *Int J Gynecol Obstet*. 2011;115:26–30. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.05.008
 18. Martins ACM, Giugliani ERJ, Nunes LN, Bizon AMBL, Senna AFK de, Paiz JC, et al. Factors associated with a positive childbirth experience in Brazilian women: A cross-sectional study. *Women and Birth*. 2020;20:30269–9. doi: 10.1016/j.wombi.2020.06.003 PMID: 32653397
 19. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciêns Saúde Colet*. 2019;24:2811–23. doi: 10.1590/1413-81232018248.30102017
 20. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Souza WV. Quality of care for labor and childbirth in a public hospital network in a Brazilian state capital: patient satisfaction. *Cad Saúde Pública*. 2017;33:e00175116. doi: 10.1590/0102-311X00175116
 21. Hospital Moinhos de Vento. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Moinhos reforça estímulo ao Parto Adequado. 2018. Available from: <https://www.hospitalmoinhos.org.br/institucional/noticias/servico-de-ginecologia-e-obstetricia-hospital-moinhos-reforca-estimulo-ao-parto-adequado>
 22. Senna AFK, Giugliani C, Avilla J, Bizon AMBL, Martins ACM, Giugliani ERJ. Maternal satisfaction with breastfeeding in the first month postpartum and associated factors. *Int Breastfeed J*. 2020;15:72. doi: 10.1186/s13006-020-00312-w
 23. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377:1778–97. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8

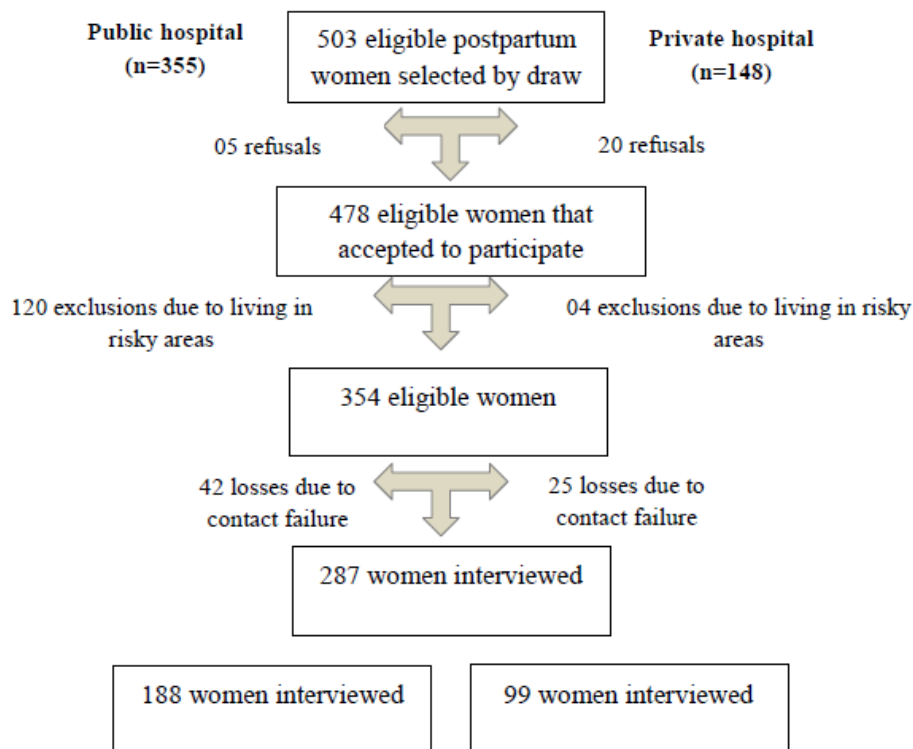
24. Viacava F, Oliveira RAD de, Carvalho C de C, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciêns Saúde Colet*. 2018;23:1751–62. doi: 10.1590/1413-81232018236.06022018
25. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
26. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica Brasil [Internet]. São Paulo; 2015. Available from: www.abep.org/criterio-brasil
27. Andrade DF, Tavares HR, Valle R. Teoria de resposta ao item: conceitos e aplicações [Internet]. São Paulo: Sinape; 2000. Available from: https://docs.ufpr.br/~aanjos/CE095/LivroTRI_DALTON.pdf
28. Embretson SE, Reise SP. Item response theory for psychologists. 1 st ed. Psychology Press; 2000.
29. Hays RD, Morales LS, Reise SP. Item response theory and health outcomes measurement in the 21st Century. *Med Care*. 2000;38:28–42.
30. Bernstein IH, Rush AJ, Carmody TJ, Woo A, Trivedi MH. Clinical vs. self-report versions of the quick inventory of depressive symptomatology in a public sector sample. *J Psychiatr Res*. 2007;41:239–46. doi: 10.1016/j.jpsychires.2006.04.001
31. Chan KS, Orlando M, Ghosh-Dastidar B, Duan N, Sherbourne CD. The interview mode effect on the center for epidemiological studies depression (CES-D) scale an item response theory analysis. *Med Care*. 2004;42:281–9. doi: 10.1097/01.mlr.0000115632.78486.1f
32. Mchorney CA, Cohen AS. Equating health status measures with item response theory illustrations with functional status items. *Med Care*. 2000;38:43–59. doi: 10.1097/00005650-200009002-00008
33. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. 2012. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
34. Tobasía-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R, et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Panam Salud Pública*. 2019;43:e36. doi: 10.26633/RPSP.2019.36
35. Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S, et al. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth:

- lessons learned. *Reprod Health*. 2017;14:127. doi: 10.1186/s12978-017-0389-z
36. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014;30:17–32. Doi: 10.1590/0102-311X00151513
37. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth*. 2012;25:100–6. doi: 10.1016/j.wombi.2011.05.001
38. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015;12:1–32. doi: 10.1371/journal.pmed.1001847
39. Redshaw M, Hockley C. Institutional processes and individual responses: Women’s experiences of care in relation to cesarean birth. *Birth*. 2010;37:150–9. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00395.x
40. Mesenburg MA, Victora CG, Jacob Serruya S, Ponce De León R, Damaso AH, Domingues MR, et al. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reprod Health*. 2018;15:54. doi: 10.1186/s12978-018-0495-6
41. Brasil. Casa civil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. [Internet]. 2005. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm
42. Baldisserotto ML, Filha MMT, Gama SGN. Good practices according to WHO’s recommendation for normal labor and birth and women’s assessment of the care received: the “Birth in Brazil” national research study, 2011/2012. *Reprod Health*. 2016;13:124. doi: 10.1186/s12978-016-0233-x
43. Slade P, Balling K, Sheen K, Houghton G. Establishing a valid construct of fear of childbirth: Findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19. doi: doi.org/10.1186/s12884-019-2241-7
44. Charlotte E, Cnattingius S, Kjerulff KH. Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear. Findings from the First Baby Study. *Birth*. 2013;40. doi: 10.1111/birt.12065
45. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15. doi:10.1186/s12884-015-0683-0

46. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet*. 2019;394:1750–63. doi:10.1016/S0140-6736(19)31992-0
47. Ishola F, Owolabi O, Filippi V. Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review. *PLoS One*. 2017;12:e0174084. doi: 10.1371/journal.pone.0174084
48. Smarandache A, Kim THM, Bohr Y, Tamim H. Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16. doi:10.1186/s12884-016-0903-2
49. Jiang S, Wang C, Weiss DJ. Sample size requirements for estimation of item parameters in the multidimensional Graded Response Model. *Front Psychol*. 2016;7. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00109

Supporting Information

S1 Figure: Flowchart of sample constitution. Porto Alegre, 2016.



S1 Table. Development of the IRT model from a set of situations and interventions usually considered in the definition of mistreatment of women in childbirth care.

Item	Variables tested in models	Reason for exclusion	Model in which it was included
1	Had companion during labor	-	Model 1 and 2
2	Had companion at delivery	-	Model 1 and 2
3	Had companion in postpartum	-	Model 1 and 2
4	Felt free to ask questions, clarify doubts, or participate in the decisions	-	Model 1 and 2
5	Understood the information provided	-	Model 1 and 2
6	Had skin-to-skin contact with the newborn in the delivery room	-	Model 1 and 2
7	Felt welcomed in the delivery environment	-	Model 1 and 2
8	Felt safe in the delivery environment	-	Model 1 and 2
9	Had privacy	-	Model 1 and 2
10	Requested analgesia/anesthesia and was not attended	-	Model 2
11	Pressure maneuver was performed on the uterine fundus	-	Model 2
12	Needed to go to more than one maternity hospital (pilgrimage)	Conceptual issues (explains more mortality than obstetric violence) and for not contributing psychometric information in estimating the latent trait	
13	Encouraged to have a companion	Overlaps with variables on caregiver during	

		labor, delivery and postpartum	
14	Used pain relief methods	Did not contribute psychometric information in estimation of the latent trait	
15	Used non-pharmacological method for pain relief: bath or shower	High number of missing data (valid n:168)	
16	Used non-pharmacological method for pain relief: massage	High number of missing data (valid n:168)	
17	Used non-pharmacological method for pain relief: Pilates ball	High number of missing data (valid n:168)	
18	Used non-pharmacological method for pain relief: hot or cold compresses	High number of missing data (valid n:168)	
19	Used non-pharmacological method for pain relief: backrest	High number of missing data (valid n:168)	
20	Used pharmacological method for pain relief: orally	High number of missing data (valid n:168)	
21	Used pharmacological method for pain relief: by injection	High number of missing data (valid n:168)	
22	Used pharmacological method for pain relief: spinal/peridural anesthesia	High number of missing data (valid n:168)	
23	Used pharmacological method for pain relief: local anesthesia (perineum)	High number of missing data (valid n:168)	
24	Was offered liquids and light food	Did not contribute psychometric information in the estimation of the latent trait	
25	Encouraged to walk/wander around	Did not contribute psychometric information in the estimation of the latent trait	
26	Performed trichotomy	Did not contribute psychometric information in the estimation of the latent trait	
27	Had an enema	Did not contribute psychometric information in the estimation of the latent trait	
28	Had oxytocin induced labor	Did not contribute psychometric information in the estimation of the latent trait	
29	Amniotomy was performed	Did not contribute psychometric information in the estimation of the latent trait	
30	Episiotomy was performed	Did not contribute psychometric information in the estimation of the latent trait	
31	Forceps were used (with consent?)	Did not contribute psychometric information in the estimation of the latent trait	
32	Chose the delivery position	High number of missing data	
33	Newborn stayed in the delivery room with the mother	Conceptual issues, as it overlaps with the item had skin-to-skin contact	
34	Explained why the newborn did not stay in the delivery room	Complementary to item 33, which was removed from the analysis for conceptual reasons	
35	Felt assisted to start breastfeeding in the delivery room	Did not contribute psychometric information in the estimation of the latent trait	
36	The baby was put to the breast within the first hour of life	Excluded because it overlaps with item 35	

S2 Table. Description of the items of the measurement instruments for the Mistreatment Level of Women during Childbirth - MLWC1 (all women) and Mistreatment Level of Women during Childbirth - MLWC2 (women who went into labor).

Item	Response categories	MLWC1	MLWC2
1. Had a companion during labor	0. YES 1. NO*	X	X
2. Had a companion at delivery	0. YES 1. NO*	X	X
3. Had a companion in the immediate postpartum period	0. YES 1. NO*	X	X
4. Felt free to ask questions, clarify doubts, or participate in the decisions	0. YES, totally 1. NO**	X	X
5. Understood the information given	0. YES, totally 1. NO**	X	X
6. Had skin-to-skin contact with the newborn	0. YES, immediately after delivery 1. NO or after procedures with the newborn	X	X
7. Felt welcomed in the delivery environment	0. YES, totally 1. NO**	X	X
8. Felt safe in the delivery environment	0. YES, totally 1. NO**	X	X
9. Had privacy	0. YES, totally 1. NO**	X	X
10. Pressure maneuver was performed on the uterine fundus	0. YES (with or without consent) 1. NO		X
11. Requested analgesia/anesthesia and was not attended	0. YES 1. NO		X

* Because it was not allowed or because of a personal situation; ** Little or more or less

- Artigo 3: publicado na revista BMC Pregnancy and Childbirth.

Paiz JC, Jesus Castro SM, Giugliani ERJ, Santos Ahne SM, Aqua CBD, Giugliani C. Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Aug 26;22(1):664. doi: 10.1186/s12884-022-04978-4. PMID: 36028806.

Introdução: A depressão pós-parto é um agravo comum no período gravídico-puerperal. O desenvolvimento dessa condição é multifatorial e pode ser influenciado por traumas pregressos. Este estudo buscou verificar se há associação entre ter sido exposta à violência obstétrica e apresentar sintomas sugestivos de depressão pós-parto.

Métodos: Este é um estudo transversal, com inclusão de 287 mulheres sem intercorrências no parto, selecionadas aleatoriamente em duas maternidades de Porto Alegre, no sul do Brasil, em 2016. Quatro semanas após o parto, as puérperas responderam a uma entrevista face a face, sobre aspectos socioeconômicos, antecedentes obstétricos, histórico de saúde e experiência de parto (práticas e intervenções aplicadas) e preencheram a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS). A partir da percepção das mulheres quanto às práticas realizadas no contexto da atenção ao parto, foi criada uma variável composta, com uso da teoria de resposta ao item, para mensurar o nível de violência obstétrica. Os itens que compuseram essa variável foram: ausência de acompanhante no parto, sentimento de insegurança e não acolhimento, falta de privacidade e de contato pele a pele após o parto, não ter compreendido as informações e não ter se sentido à vontade para perguntar e tomar decisões sobre seu cuidado. Para definição de sintomas sugestivos de depressão pós-parto, foi utilizado o escore ≥ 8 da EPDS. Foi utilizado para modelagem a Regressão de Poisson com estimação robusta da variância. **Resultados:** Mulheres que sofreram violência obstétrica tiveram maior prevalência de sintomas sugestivos de depressão pós-parto (RP 1,55 IC95% 1,07–2,25), bem como àquelas com história de problemas de saúde mental (RP 1,69 IC95% 1,16–2,47), enquanto que o maior nível socioeconômico (A e B) teve associação inversa com a prevalência de sintomas sugestivos de DPP (RP 0,53 IC95% 0,33–0,83). **Conclusões:** Os sintomas de depressão pós-parto são mais prevalentes em mulheres que sofreram violência obstétrica, de baixo nível socioeconômico e com histórico de problemas de saúde mental, o que sugere que qualificar a atenção às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e reduzir as desigualdades sociais são desafios a serem enfrentados para diminuir a ocorrência de depressão pós-parto.

6 ARTIGO 3: ASSOCIATION BETWEEN MISTREATMENT OF WOMEN DURING CHILDBIRTH AND SYMPTOMS SUGGESTIVE OF POSTPARTUM DEPRESSION

Janini Cristina Paiz*¹, Stela Maris de Jesus Castro^{1,2,3}, Elsa Regina Justo Giugliani^{3,4}, Sarah Maria dos Santos Ahne⁵, Camila Bonalume Dall' Aqua¹, Camila Giugliani^{1,3}.

1. Graduate Program in Epidemiology, Faculty of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Ramiro Barcelos, 2400 – Santa Cecília, Porto Alegre, RS, Brazil
2. Department of Statistics, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Ramiro Barcelos, 2400 – Santa Cecília, Porto Alegre, RS, Brazil
3. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Ramiro Barcelos, 2400 – Santa Cecília, Porto Alegre, Brazil
4. Graduate Program in Child and Adolescent Health, Faculty of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Ramiro Barcelos, 2400 – Santa Cecília, Porto Alegre, RS, Brazil
5. Faculty of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Ramiro Barcelos, 2400 – Santa Cecília, Porto Alegre, RS, Brazil

* Corresponding author

Abstract

Background: Postpartum depression is a common condition in the pregnancy and postpartum cycle. The development of this condition is multifactorial and can be influenced by previous traumas. This study sought to verify whether there is an association between having been exposed to mistreatment during childbirth and presenting symptoms suggestive of postpartum depression.

Methods: This is a cross-sectional study, with the inclusion of 287 women without complications in childbirth, randomly selected from two maternity hospitals of Porto Alegre, southern Brazil, in 2016. Four weeks after delivery, the postpartum women answered a face-to-face interview about socioeconomic aspects, obstetric history, health history, and childbirth experience (practices and interventions applied) and completed

the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). From the perception of women regarding the practices performed in the context of childbirth care, a composite variable was created, using item response theory, to measure the level of mistreatment during childbirth. The items that made up this variable were: absence of a companion during delivery, feeling insecure and not welcome, lack of privacy, lack of skin-to-skin contact after delivery, not having understood the information shared with them, and not having felt comfortable to ask questions and make decisions about their care. To define symptoms suggestive of postpartum depression, reflecting on increased probability of this condition, the EPDS score was set at ≥ 8 . Poisson Regression with robust variance estimation was used for modeling.

Results: Women who experienced mistreatment during childbirth had a higher prevalence of symptoms suggestive of postpartum depression (PR 1.55 95% CI 1.07-2.25), as well as those with a history of mental health problems (PR 1.69 95% CI 1.16-2.47), while higher socioeconomic status (A and B) had an inverse association (PR 0.53 95% CI 0.19-0.83).

Conclusions: Symptoms suggestive of postpartum depression seem to be more prevalent in women who have suffered mistreatment during childbirth, of low socioeconomic status, and with a history of mental health problems. Thus, qualifying care for women during pregnancy, childbirth and postpartum and reducing social inequalities are challenges to be faced in order to eliminate mistreatment during childbirth and reduce the occurrence of postpartum depression.

Keywords: mistreatment of women during childbirth, obstetric violence, postpartum depression, childbirth, obstetric care.

Background

Postpartum depression (PPD) is a psychiatric disorder, characterized by a predominance of depressed mood, associated with sleep disorders, feelings of worthlessness and guilt, excessive worry, difficulty concentrating, weight changes, among other symptoms, which in extreme cases can lead women to suicidal thoughts [1]. These symptoms can appear during the gestational period, soon after birth, or up to one year after delivery. PPD causes personal suffering and social dysfunction, in addition to interfering in the mother's relationship with the child [2–4].

According to the World Health Organization [5], about 10% of pregnant women and 13% of postpartum women worldwide suffer from some mental disorder,

depression being the main one. In developing countries, this prevalence is 15.6% and 19.8% for pregnant and postpartum women, respectively. The different forms and methods used for diagnosis, and the characteristics of the populations studied, interfere in the estimation of the prevalence of PPD [5].

In clinical practice, screening is ideally done by asking two questions that investigate whether, in the last month, the woman has been troubled feeling depressed or hopeless; or has had little interest or pleasure in doing daily tasks [4]. If the answer is affirmative for either of the two questions, screening for PPD is recommended by applying the Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS [6]. This scale is able to identify symptoms that may be associated with depressive conditions. However, the diagnosis of PPD depends on further medical evaluation to define the diagnosis [7].

PPD has a multifactorial etiology. Among the agents involved in its causality are the rapid drops in hormone levels, previous negative life events, individual susceptibilities to the development of depressive conditions, low levels of social support, marital instability, domestic violence, as well as work overload, changes in routine and sleep patterns, and the feeling of disability involved in the postpartum period [8,9].

Recent researches investigate the association between mistreatment, disrespect and abuse in childbirth care - situations defined as obstetric violence - with the development of symptoms and presentation of PPD [10,11]. The term obstetric violence is more commonly used in Latin America to refer to mistreatment during childbirth, and carries with it a political stance, which implies the recognition of structural problems in its origin [12]. However, in this paper we opted to use the term mistreatment because of its prevailing use in international scientific literature and also because the actual question made to the women participating in this study (see Materials and methods) contains the term mistreatment, and not the term obstetric violence [13].

Obstetric violence is a public health problem, experienced worldwide by many women, and can be defined as a violation of human rights in a period of women's vulnerability [10,14]. Categorized as a gender-based violence, it can be expressed by verbal disrespect, physical or psychological abuse, discrimination, neglect, lack of privacy, limitation in access to information, and application of unconsented procedures [15–17].

The magnitude of mistreatment of women during childbirth varies widely, according to the different surveys conducted, with prevalence ranging from 6% to 98%

[15,18,19]. This variation arises from the heterogeneity in the measurement of the phenomenon and recognition (or non-recognition) of the different practices performed by health professionals as abusive, disrespectful and without an evidence base for their benefits [18,20,21].

In the international context, studies show the existence of an association between traumatic experiences in childbirth and higher incidence of post-traumatic stress, anxiety and depression in the early (one week after birth) and late postpartum (04, 06, 12 and 24 weeks postpartum) [22–24]. In this same direction, the results of research conducted in Brazil demonstrated an association between having suffered disrespect, abuse or mistreatment during childbirth and having PPD [10,25]. When analyzing its subcategories, significant association was found between having suffered verbal violence and developing moderate and severe PPD and having suffered physical violence and developing severe PPD [10].

The harms of PPD are not restricted to the women. Studies show that children of women with this condition are at higher risk of hospitalizations (RR 1.93; CI 95% 1.02-3.64) and mortality in the first year of life (RR 1.44; CI 95% 1.10 - 1.89) [26]. In the long term, these children are twice as likely to develop behavioral disorders, anxiety, depression, concentration deficits, and lower performance in school subjects such as mathematics [27,28].

Therefore, early identification of PPD symptoms and screening of women at higher risk for this disorder is essential for diagnosis and management. Considering that mistreatment of women during childbirth seems to be a risk factor for developing PPD, it becomes relevant to further explore this association, making it possible to intervene in order to promote the women's quality of life, including a positive motherhood experience. Thus, the aim of this study was to verify the existence of an association between mistreatment during childbirth and symptoms suggestive of PPD in a sample of women four weeks postpartum.

Methods

Study design, population and power calculation

A cross-sectional study, with inclusion of postpartum women who gave birth in two large maternity hospitals (one public and one private) of Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), was conducted. The women were randomly selected, by drawing, in

services responsible for approximately 25% of the 30,268 deliveries that occurred in the state capital city in 2016.

All women living in Porto Alegre who gave birth to full-term newborns in the two participating maternity hospitals were eligible. Women or newborns with unfavorable outcomes at delivery (death or admission to intensive care) or who presented formal contraindication for breastfeeding were excluded from the study, to avoid biases in the measurement of women's perception of mistreatment during childbirth, postpartum depression, and other outcomes of interest in the research that originated this study, such as breastfeeding [29,30]. Women living in areas at risk for home visits were also excluded to preserve the safety of the research team.

For the current study, the power calculation was performed prospectively, considering the sample of 287 women, to meet the objective of identifying the association between mistreatment during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression. The power calculated to identify an odds ratio equal to 2.5, in a model adjusted for age, skin color, education, socioeconomic status, living with a partner, parity, mental health problems, alcohol use, and pregnancy planning, considering a significance level of 5%, was equal to 85.3%. The power calculation was performed in the SAS Studio software.

Data collection

Data collection occurred between January and August 2016. Every day, all women who had given birth in the previous 24 hours and met the inclusion criteria received a number that was used for the draw. Each day, two women from the public maternity hospital and one from the private hospital were included in the study until the intended sample was reached. This proportion aimed to ensure a reasonable representation in relation to the use of public and private services, described in the literature as being around 70% and 30%, respectively, at national level [31,32].

In the period from 31 to 37 days after delivery, an interview was conducted at the home or, rarely, in another place at the woman's preference, to apply a structured questionnaire, which was specifically designed for this study, based on the previous experience of the researchers and the guiding documents of childbirth care in Brazil [33,34]. The questions related to mistreatment during childbirth were elaborated considering the recommendations of the WHO and the Brazilian Ministry of Health regarding good practices and a positive childbirth experience [33,35]. Moreover, the

seven dimension concepts of disrespect and abuse in facility-based childbirth, by Bowser and Hill (2010), and of mistreatment of women in childbirth at health facilities, by Bohren et al (2015), were used as references, while considering the study context [15]. Women who were not found for the interview, after at least three attempts of telephone contact and one in person, were considered a loss.

The interviews were conducted after a pilot study that indicated the need for minor semantic adjustments to the questionnaire. The field team was composed of 12 interviewers trained for the job. Weekly meetings were held with the field team, seeking greater uniformity in data collection.

Statistical Aspects

The outcome variable of this study was symptoms suggestive of PPD. To identify these symptoms, the EPDS instrument was used, a self-administered questionnaire with 10 items, which considers the seven days preceding the interview. Each item has four possible answers, with a score associated to symptom severity. This score ranges from 0 to 3 (0: no change and; 3: significant mood change). The aspects evaluated by means of the EPDS are: ability to laugh, to find things funny, thoughts about the future, feelings (guilt, anxiety, worry, panic, overload and unhappiness), the desire to cry and to do harm to oneself [7]. The instrument has scores ranging from zero to 30, according to validation carried out in Brazil, values close to zero indicate low or no risk of PPD, while values close to or greater than 10 indicate susceptibility to PPD [36].

Considering the severity of symptoms for women and children, and the outcome of interest in this study (symptoms suggestive of PPD), and not of possible depression, which is usually based on scores between 11 and 13 [19,36], we chose to use a score ≥ 8 points of the EPDS. This cut-off point increases the sensitivity of the instrument and allows symptomatic women, albeit with a lower score, to be identified. Previous research has already suggested that a score ≥ 8 points performs better on diagnostic tests for depressive symptoms [37].

The choice of this cut-off point is also justified by the validation of the instrument (with score ≥ 8) in the general population, in a scenario with sociodemographic, cultural, and climatic characteristics very similar to those of the present study. This study showed that the ≥ 8 cut-off point had a sensitivity of 80% and

84.4% and a specificity of 87% and 81.3%, for the general population and women, respectively [38].

The exposure of interest was mistreatment during childbirth, measured by means of a binary variable that categorized postpartum women for having or not suffered mistreatment, constructed from the latent trait Mistreatment Level of Women during Childbirth (MLWC). The original question used was: *Have you ever (during labor and childbirth care) felt disrespected, humiliated or mistreated by health professionals?* This measure, which was defined with mean zero and standard deviation 1, was based on an instrument composed of nine items calibrated by the two-parameter logistic model of Item Response Theory (IRT) [39]: not having had a companion during the prepartum, labor, and postpartum period, not having understood the information provided by professionals, not having had privacy during labor, not having felt comfortable to ask questions and participate in decisions about their care, not having felt welcomed and safe at the delivery environment, and not having had immediate skin-to-skin contact with the baby. Thirty-one variables about childbirth practices and experience were initially included in the model to construct the measure. Because they presented a significant number of missing data or did not contribute with psychometric information for the elaboration of the measure, 22 variables were removed from the model, among them: used pain relief methods, episiotomy, encouraged to walk, chose the delivery position, support for breastfeeding, among others. The cut-off point of the MLWC scale defining whether or not she had experienced mistreatment was 0.5 standard deviation above the mean. The full presentation of the development of this measure has been described in another paper [13].

Other variables were used for adjustment in this study to reduce confounding biases: age, skin color, education, socioeconomic status, living with a partner, mental health problems, alcohol use before pregnancy, parity, and if last pregnancy was planned. The socioeconomic status was assessed according to the Brazilian Research Enterprises Association [40], based on the possession of a series of domestic items and on the householder's education level. The grouping of categories from A to E corresponds to a range from better off (A) to worse off (E). Alcohol consumption before pregnancy was measured as never, occasionally (up to twice a week) and frequent (three times or more a week) and categorized as never or any consumption (occasional or frequent).

First, relative and absolute frequencies were performed for each variable in the sample, according to the presence of symptoms suggestive of PPD. Then, crude and adjusted prevalence ratios for PPD were calculated using univariable and multivariable models, respectively. As these data are from a cross-sectional study and the objective was to estimate the magnitude of the association (prevalence ratio) between the predictor mistreatment during childbirth and the outcome symptoms suggestive of PPD, the Poisson regression model with robust variance was used for the analyses. The software used for the analyses were SAS Studio and SPSS 21.

Results

Of the women drawn, 379 were eligible to participate in the study. Of these, 287 were interviewed. There were 25 (6.6%) refusals, and 67 (17.7%) were lost due to failure in contacting to schedule the interviews. The women not interviewed differed in terms of education and skin color, showing less education ($p < 0.01$) and a higher prevalence of white skin color compared to those interviewed ($p = 0.032$). Table 1 presents the characteristics of the women interviewed regarding sociodemographic factors, obstetric and health history, and childbirth care, and these according to the presence of symptoms suggestive of PPD.

Table 1. Sociodemographic, obstetric history, and childbirth care characteristics according to the frequency of symptoms of PPD.

Predictor variables	Sample n (%)	Symptoms suggestive of PPD (EPDS \geq 8) – n (%)	
	n=287	Yes n=82 – 28.6%	No n=205 – 71.4%
Sociodemographic			
Age (year)			
≤ 19 years	23 (8.0)	7 (30.4)	16 (69.6)
20-34 years	199 (69.3)	58 (29.1)	141 (70.9)
≥35 years	65 (22.6)	17 (26.2)	48 (73.8)
Color of skin			
White	216 (75.3)	66 (30.6)	150 (69.4)
Black or brown	71 (24.7)	16 (22.5)	55 (77.5)
Socioeconomic level (n=285)			
A – B	163 (57.2)	38 (23.3)	125 (76.7)
C – D – E	122 (42.8)	44 (36.1)	78 (63.9)
Education			
College	124 (43.2)	34 (27.4)	90 (72.6)
Elementary and high school	163 (56.8)	48 (29.4)	115 (70.6)
Lives with a partner			
Yes	248 (86.4)	70 (28.2)	178 (71.8)
No	39 (13.6)	12 (30.8)	27 (69.2)
Health status and Reproductive history			
Mental health problem			
Current or past	38 (13.2)	17 (44.7)	21 (55.3)
No	249 (86.8)	65 (26.1)	184 (73.9)
Previous births			
One or two	240 (83.6)	72 (30.0)	168 (70.0)
Three or more	47 (16.4)	10 (21.3)	37 (78.7)
Last pregnancy was planned			
Yes	154 (53.7)	41 (26.6)	113 (73.4)
No	133 (46.3)	41 (30.8)	92 (69.2)
Childbirth care			
Hospital status			
Public	188 (65.5)	57 (30.3)	131 (69.7)
Private	99 (34.5)	25 (25.3)	74 (74.7)
Had a companion			
Prepartum	275 (95.8)	79 (28.7)	196 (71.3)
Delivery	283 (98.6)	80 (28.3)	203 (71.7)
Postpartum	275 (95.8)	78 (28.4)	197 (71.6)
Felt comfortable asking questions (n=284)			
Yes	241 (84.9)	69 (28.6)	172 (71.4)
No	43 (15.1)	12 (27.9)	31 (72.1)
Understood information received			
Yes	251 (87.5)	67 (26.7)	184 (73.3)
No	36 (12.5)	15 (41.7)	21 (58.3)
Went into labor			
Yes	205 (71.4)	64 (31.2)	141 (68.8)
No	82 (28.6)	18 (22.0)	64 (78.0)
Had skin-to-skin contact with the newborn (n=281)			
Yes	191 (68.0)	61 (31.9)	130 (68.1)
No	90 (32.0)	18 (20.0)	72 (80.0)
Felt welcomed in the birth environment (n=281)			
Yes	220 (78.3)	58 (26.4)	162 (73.6)
No	61 (21.7)	23 (37.7)	38 (62.3)

Felt safe in the birth environment (n=282)			
Yes	209 (74.1)	54 (25.8)	155 (74.2)
No	73 (25.9)	26 (35.6)	47 (64.4)
Had privacy during birth (n=280)			
Yes	235 (83.9)	70 (29.8)	165 (70.2)
No	45 (16.1)	11 (24.4)	34 (75.6)

N other than 287 due to missing data were inserted immediately after the variable name. EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

The sample was composed predominantly of women aged between 20 and 34 years, white, with high income and education, and who resided with their partner. Slightly more than half of the women had planned their last pregnancy. Regarding protagonism and care in childbirth, 15.1% of the women did not feel comfortable asking questions and participating in decisions, and 32% did not have skin-to-skin contact with their babies. The prevalence of symptoms suggestive of PPD, considering the cut-off point ≥ 8 was 28.6%. Table 2 shows the analysis of association of sociodemographic, health, and obstetric factors with the highest frequency of symptoms suggestive of PPD. These factors were subsequently included in the multivariable model of association between the exposure variable (mistreatment during childbirth) and the outcome.

Table 2. Evaluation of factors associated with symptoms suggestive of PPD in postpartum women.

Factors	PRC (CI 95%)	PRA (CI 95%)	P-value*
Age (years)	0.99 (0.96-1.01)	1.00 (0.97-1.07)	0.857
Color of skin			
White	1.34 (0.83-2.16)	1.54 (0.96-2.47)	0.071
Black or brown	1.00	1.00	
Socioeconomic level			
A – B	0.65 (0.45-0.93)	0.53 (0.33-0.83)	0.006
C - D – E	1.00	1.00	
Education			
College (complete or incomplete)	0.92 (0.63-1.33)	1.11 (0.70-1.79)	0.648
Elementary and high school	1.00	1.00	
Lives with partner			
Yes	0.90 (0.54-1.49)	0.91 (0.53-1.58)	0.748
No	1.00	1.00	
Previous births			
One or two	0.70 (0.39-1.26)	0.64 (0.32-1.27)	0.203
Three or more	1.00	1.00	
Planned pregnancy			
Yes	1.16 (0.80-1.67)	1.04 (0.71-1.51)	0.841
No	1.00	1.00	
Mental health condition			
Yes	1.75 (1.17-2.63)	1.69 (1.16-2.47)	0.006
No	1.00	1.00	
Alcohol Use			
Yes	0.91 (0.63-1.31)	0.84 (0.57-1.25)	0.398
No	1.00	1.00	

* Poisson with robust variance estimation, p-value relative to the adjusted analysis. PRC: crude prevalence ratio, PRA: adjusted prevalence ratio.

Women with a history of mental health problems had a higher prevalence of symptoms suggestive of PPD (PR 1.69; 95% CI 1.16-2.47). On the other hand, women with higher socioeconomic level had lower prevalence of these symptoms (PR 0.53; 95% CI 0.33-0.83).

Table 3 shows the association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of PPD, with adjustment for confounding factors.

Table 3. Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of PPD.

Model	PR (CI 95%)	P-value*
Model 1	1.58 (1.09 – 2.29)	0.016
Model 2	1.58 (1.09 – 2.30)	0.015
Model 3	1.59 (1.09 – 2.32)	0.015
Model 4	1.58 (1.08 – 2.30)	0.017
Model 5	1.49 (1.04 – 2.14)	0.029
Model 6	1.55 (1.07 – 2.25)	0.021

PR: prevalence ratio. * Poisson with robust variance estimation, p-value relative to the adjusted analysis.

Model 1 = Mistreatment of women during childbirth

Model 2 = Mistreatment of women during childbirth + age

Model 3 = Model 2 + skin color + education + lives with partner

Model 4 = Model 3 + socioeconomic level

Model 5 = Model 4 + mental health condition + planned pregnancy + previous births

Model 6 = Model 5 + alcohol use

The association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of PPD was significant both in the crude analysis (PR 1.581; 95% CI 1.09-2.29) and in the adjusted models. In Model 6, with a greater number of adjustment variables, a PR of 1.55 (95% CI 1.07-2.27) was found, with little variation in the summary measure and confidence interval after different adjustment models (Table 3).

Discussion

Maternal depression is one of the most common mental health problems during pregnancy and childbirth, with important effects on women, children, and their families. Negative experiences related to childbirth have been associated with the occurrence of psychiatric problems, such as depression and post-traumatic stress [22,23].

Our study identified 28.6% of women having symptoms suggestive of PPD using the cutoff point of ≥ 8 on the EPDS). We identified a significant association between mistreatment of women during childbirth and higher frequency of symptoms

suggestive of PPD. Even after adjustment (for socioeconomic variables, mental health history, parity and pregnancy planning), women who suffered mistreatment during childbirth had a 50% higher prevalence of symptoms suggestive of PPD. This association possibly stems from the vulnerability related to childbirth, and the frustrations regarding the woman's expectations about the moment, the divergence between what is expected and the experience of abuse; humiliation and mistreatment trigger the trauma, which with the postpartum hormonal changes are exacerbated and favor the development of PPD.

Other studies investigating this association correlate the development of depressive symptoms with women's feelings of lack of control, not being provided with information at birth, experiencing physical pain, humiliation and abandonment, not being cared for properly and undergoing procedures without consent, as well as being frustrated with their expectations at birth and concerned about their child's health [41–43].

It is important to note that the method of mistreatment of women during childbirth adopted for this study differs from other surveys, because there is no standardized way to measure the latent variable, an issue also documented by other authors [25]. Added to this, the use of a lower cut-off point in the EPDS (≥ 8) for defining symptoms suggestive of PPD, seeking greater sensitivity, limits the comparison of this study with other surveys.

The association between having suffered mistreatment during childbirth and developing PPD was observed in other Brazilian settings [19,25,44]. Research conducted in the southernmost region [19] showed that having suffered verbal violence increases the chance of developing moderate PPD by more than 50% (OR= 1.58; 95% CI 1.06-2.33) and severe PPD by almost 70% (OR= 1.69; 95% CI 1.06-2.70), while having suffered physical violence more than doubles the chance of developing severe PPD (OR= 2.28; 95% CI 1.26-4.12). Another study conducted in Brazil identified a prevalence of postpartum depression of more than 50% in women who experienced physical, verbal, or negligent violence at childbirth [44].

In addition to mistreatment of women during childbirth, the present study identified low socioeconomic status and personal history of mental health problems (self-reported by the women) as factors associated with symptoms suggestive of PPD. These aspects have also been cited in other studies investigating factors associated with PPD or likely PPD conditions [10,11]. The authors suggest that women with a history of

mental health problems have specific personal characteristics that may influence their perception of the care they receive [10,11]. Brown skin color, alcohol abuse, unplanned pregnancy, multiparity (3 or more) have been associated with likely cases of PPD in other investigations [10,11]. Education and marital status were significant in a study assessing postpartum emotional disorders [45], but were not significant in our study.

The course of PPD is variable [46], and may have complete remission, chronicity or relapses in subsequent pregnancies - a fact that negatively impacts the quality of life of women and the mother-baby relationship, interfering in the cognitive, emotional and social development of the child [28]. These aspects should be taken into account by professionals who care for women in the pregnancy-postpartum period, in order to reduce the trivialization/normalization of this condition.

This study uses a latent variable, called mistreatment level of women during childbirth, constructed through a set of items, using IRT in modeling. The method, besides being statistically robust, evaluates each item of the measurement instrument according to its severity and discrimination capacity, allowing each one to have a different weight (importance) in estimating the mistreatment level. By using the composite variable - MLWC (mistreatment level of women during childbirth) - it is possible to measure the impacts of the absence of a companion during labor, delivery and postpartum, of the women not having felt the childbirth environment welcoming, safe and private, of not having had skin-to-skin contact with their babies immediately after childbirth, and of not having understood information and had autonomy during childbirth.

Another potentiality of the present study refers to the methodological rigor in its conduction, with continuous quality control and face-to-face interviews four weeks after delivery in the homes of postpartum women, aspects that increase the methodological quality, once they reduce potential biases related to the intense sensations, exhaustion and lack of time to process the facts that occurred in the immediate postpartum period and the relativization and forgetfulness related to the passing of several months after the event.

As limitations of the study, we can point out the high number of losses, with respective reduction of the sample effectively investigated, which may have hidden the association of other exposure variables with the outcome. We believe that women who lived in areas with high occurrence of violent incidents may have a lower socioeconomic status, so their exclusion from the study represents a potential selection

bias. However, if we imagine that socially vulnerable women have a higher incidence of PPD [11], then the inclusion of these women would likely increase the prevalence of PPD and the magnitude of the association between PPD and MLWC. The women's previous mental health status was measured in a generic, self-reported way, without differentiating the type of psychiatric or psychological health problem, limiting a more in-depth and comparative discussion between the previous and current status. Women with negative outcomes in childbirth and mothers of babies who were admitted to the intensive care unit were not included in the study: this was a choice of the authors to reduce interference in the assessment of satisfaction with the care received, on the other hand, this may represent a potential bias, as it possibly excludes women that are less satisfied with care, victims of mistreatment and with symptoms of PPD [47].

The use of a lower cut-off point (≥ 8), less frequently used in research, limits the comparison of the findings of this study with those of other investigations and increases the proportion of false positives (1-specificity). However, in choosing this cut-off point, the highest sensitivity was valued, in search of a group of women at higher risk of developing PPD, since it is a screening and not a diagnostic tool.

Conclusions

Women who experienced mistreatment during childbirth had a 55% higher prevalence of symptoms suggestive of PPD. The personal history of mental health problems increased by 70% this prevalence, while the higher socioeconomic status reduced the prevalence by almost 50%. Therefore, efforts to qualify childbirth care and minimize the occurrence of mistreatment, still very present in the reality of maternity hospitals worldwide, are necessary to reduce the occurrence of postpartum depression and thus prevent the various negative outcomes resulting from this condition.

The association between mistreatment during childbirth and symptoms suggestive of PPD observed in this study suggests that the use of the MLWC instrument in clinical practice may enable the identification of women susceptible to the development of PPD - a group that deserves special attention by health professionals. However, the proposed instrument needs to be validated before confirmation of this hypothesis.

List of abbreviations

CI: Confidence Interval

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

IRT: Item Response Theory

MLWC: Mistreatment Level of Women during Childbirth

N: Number

O: Odd Ratio

PPD: Postpartum Depression

RP: Prevalence Ratio

PR_A: Adjusted Prevalence Ratio

PR_c: Crude Prevalence Ratio

RR: Relative Risk

RS: Rio Grande do Sul

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Declarations

Ethics approval and consent to participate

This study complies with the standards governing research with human subjects (Resolution 466/2012) and was approved by the research ethics committees (REC) of the institutions involved (Hospital de Clínicas de Porto Alegre – CAAE 49938015.3.0000.5327 and Hospital Moinhos de Vento – 46775115.0.3002.5330). All women who agreed to participate in the study signed an informed consent form (ICF).

Consent for publication

Not applicable.

Availability of data and materials

The datasets used and/or analyzed during the current study available from the corresponding author on reasonable request. All data generated or analyzed during this study are included in this published article.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Funding

National Council for Scientific and Technological Development – CNPq.

Authors' contributions

JCP was involved in design of the study, collection, entering and interpreting of data, drafting and revision. SMJC was involved in interpretation of data, drafting and revision. ERJG was involved in design of the work, drafting and revision. SMSA was involved in interpretation of data, drafting and revision. CBDA was involved in interpretation of data and revision. CG was involved in design of the study, collection, entering and interpreting of data, drafting and revision. All authors have read and approved the manuscript.

Acknowledgements

The authors would like to thank Universidade Federal do Rio Grande do Sul, and the group of researchers who were part of the project, in all its phases. The contribution of each one was vital to the study.

References

1. Howard LM, Flach C, Mehay A, Sharp D, Tylee A. The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:57. doi: 10.1186/1471-2393-11-57
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico de transtornos mentais: DSM-5. American Psychiatric Association. Vol. 5. Porto Alegre: Artmed; 2014. 948 p.
3. Gaynes B, Gavin NI, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal Depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess*. 2005;119:1–8. doi: 10.1037/e439372005-001
4. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *New Engl J Med*. 2016;375:2177–86. doi: 10.1056/NEJMcp1607649
5. World Health Organization. Maternal and child mental health. 2016. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/maternal-mental-health>. Accessed 01 oct 2021.
6. Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, Gierisch JM, Kemper AR, Swamy GK, et al. Efficacy and safety of screening for postpartum depression. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013
7. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782–6. doi: 10.1192/bjp.150.6.782

8. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry*. 2000;157:924–30. doi: 10.1176/appi.ajp.157.6.924
9. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord*. 2015;175:34–52. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.041.
10. Silveira MF, Mesenburg MA, Bertoldi AD, Mola CL, Bassani DG, Domingues MR, et al. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *J Affect Disord*. 2019;256:441–7. doi: 10.1016/j.jad.2019.06.016.
11. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN, Leal MDC. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord*. 2016;194:159–67. doi:10.1016/j.jad.2016.01.020
12. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MDC. Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2022;27(2):483–91.
13. Paiz JC, Castro SM de J, Giugliani ERJ, Ahne SM dos S, Aqua CBD, Souto AS, et al. Development of an instrument to measure mistreatment of women during childbirth through item response theory. *PLoS Med* [Internet]. 2022;17(7). Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0271278>
14. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Hum Growth Dev*. 2015;25(3):377–84. doi: 10.7322/jhgd.106080
15. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015;12:1–32. doi: 10.1371/journal.pmed.1001847
16. Savage V, Castro A. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reprod Health*. 2017;14:138. doi: 10.1186/s12978-017-0403-5
17. Betron ML, McClair TL, Currie S, Banerjee J. Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. *Reprod Health*. 2018;15:143. doi: 10.1186/s12978-018-0584-6
18. D’Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública*. 2014;30:S154–68. doi: 10.1590/0102-311X00087813
19. Mesenburg MA, Victora CG, Jacob Serruya S, Ponce DLR, Damaso AH, Domingues MR, et al. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reprod Health*. 2018;15:54. doi: 10.1186/s12978-018-0495-6
20. Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S, et al. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based

- childbirth: lessons learned. *Reprod Health*. 2017;14:127. doi: 10.1186/s12978-017-0389-z
21. Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Long-term high risk of postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) and associated factors. *J Clin Med*. 2021;10(3):448.
 22. Schepper S, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn Y, Raes F, Franck E. Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: a cohort study. *Midwifery*. 2016;32:87–92. doi: 10.1016/j.midw.2015.08.010
 23. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women’s descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:21. doi: 10.1186/s12884-016-1197-0
 24. Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Martínez-Galiano JM. Factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) following obstetric violence: a cross-sectional study. *J Pers Med*. 2021;11(5):338.
 25. Leite TH, Pereira APE, Leal MC, Silva AAM. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *J Affect Disord*. 2020;273:391–401. doi: 10.1016/j.jad.2020.04.052
 26. Jacques N. Prenatal and postnatal maternal depression and infant hospitalization and mortality in the first year of life: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;243:201–8. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.055
 27. Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A. Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2018;75:247–53. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4363
 28. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014;384:1800–19. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61277-0
 29. Martins ACM, Giugliani ERJ, Nunes LN, Bizon AMBL, Senna AFK, Paiz JC, et al. Factors associated with a positive childbirth experience in Brazilian women: A cross-sectional study. *Women and Birth*. 2021;34:e337–45. doi: 10.1016/j.wombi.2020.06.003
 30. Senna AFK, Giugliani C, Avilla J, Bizon AMBL, Martins ACM, Giugliani ERJ. Maternal satisfaction with breastfeeding in the first month postpartum and associated factors. *Int Breastfeed J*. 2020;15:72. doi: 10.1186/s13006-020-00312-w
 31. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377:1778–97. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8
 32. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2018;23:1751–62. doi: 10.1590/1413-81232018236.06022018
 33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1459, de 24 de junho de 2011: Rede Cegonha. 2011.

- https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Accessed 20 oct 2021.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
 35. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth [Internet]. United States Agency for International Development; 2010. Available from: https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf
 36. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:2577–88. doi: 10.1590/S0102-311X2007001100005
 37. Vivilaki VG, Dafermos V, Kogevinas M, Bitsios P, Lionis C. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for a greek sample. *BMC Public Health*. 2009;9:329. doi: 10.1186/1471-2458-9-329
 38. Matijasevich A, Munhoz TN, Tavares BF, Barbosa APPN, Silva DM, Abitante MS, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population. *BMC Psychiatry*. 2014;14:284. doi: 10.1186/s12888-014-0284-x
 39. Andrade DF, Tavares HR, Valle RC. Teoria de Resposta ao Item: Conceitos e Aplicações. São Paulo: SINAPE; 2000. https://docs.ufpr.br/~aanjos/CE095/LivroTRI_DALTON.pdf. Accessed 30 sep 2021.
 40. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica Brasil. Assoc Bras Empres Pesqui [Internet]. 2015;1–6. Available from: www.abep.org/criterio-brasil
 41. Schwab W, Marth C, Bergant AM. Post-traumatic Stress Disorder Post Partum: The Impact of Birth on the Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in Multiparous Women. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2012;72:56-63. doi: 10.1055/s-0031-1280408.
 42. Olde E, Hart O, Kleber R, Son M. Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clin Psychol Rev* 2006;26:1-16. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.002
 43. Menage J. Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: a consecutive series of 30 cases of PTSD. *J Reprod Infant Psychol* 1993;11:221-8. doi: 10.1080/02646839308403222
 44. Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:69. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006549
 45. Iwanowicz-Palus G, Marcewicz A, Bień A. Analysis of determinants of postpartum emotional disorders. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21:517. doi: 10.1186/s12884-021-03983-3
 46. Goodman JH. Postpartum depression beyond the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33:410–20. doi: 10.1177/0884217504266915

47. Martínez-Galiano JM, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: a cross-sectional study. *Women and Birth* [Internet]. 2021;34(5):e526–36. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento sobre o fenômeno VO ainda é bastante limitado, por se tratar de uma variável latente, medida de maneira não padronizada e permeada por estigmas, divergências e interesses corporativistas e políticos. Esses fatores, além de dificultarem comparações entre estudos, prejudicam a elaboração de políticas públicas para o devido enfrentamento desse problema de saúde pública. A VO afeta significativa proporção de mulheres, mundialmente, que sofrem negligência, xingamentos, humilhações e procedimentos desnecessários, danosos e dolorosos, que podem comprometer a saúde física e psicológica da mulher, e o desenvolvimento cognitivo e comportamental da criança.

Nesse cenário, esta Tese contribui para aprofundar as discussões acerca da qualidade da assistência obstétrica, considera o direito da mulher de ter uma excelente experiência de parto, com aplicação de práticas seguras, humanizadas e baseadas nas recomendações científicas atuais. A proposta de instrumento para mensurar a VO a partir das percepções das mulheres pode orientar as práticas dos profissionais que prestam assistência à parturiente, garantindo a presença de acompanhante de escolha da mulher, desde a admissão na maternidade até o alojamento conjunto e alta hospitalar, qualificar a comunicação entre equipe e parturiente, melhorar a ambiência para proporcionar maior privacidade e acolhimento, bem como instigar a elaboração de políticas de saúde para promoção da experiência positiva de parto.

Após análise das propriedades psicométricas (nosso objetivo em pesquisas futuras), o instrumento poderá ser incorporado à rotina dos profissionais que atendem a puérpera na atenção primária, como *screening* para conhecimento da magnitude da violência obstétrica e para identificação do risco de desenvolvimento de DPP, associado ao EPDS. A aplicação dessas ferramentas pode auxiliar na qualificação da assistência obstétrica e no rastreamento precoce para acompanhamento e manejo de possíveis quadros depressivos no pós-parto.

Como enfermeira de saúde da família, presto assistência a mulheres durante o pré-natal, intercalando consultas com médico generalista, e acolho na primeira consulta de puerpério a mulher e o recém-nascido. Durante o pré-natal, nos preocupamos em elaborar um plano de parto, em que são abordados os direitos das parturientes e as boas práticas assistenciais. É frequente ouvir relatos de mulheres que não tiveram seus planos de parto acolhidos, que foram submetidas à aplicação de episiotomia e administração de

ocitocina para indução do parto. Pretendo, após conclusão do doutorado, seguir trabalhando essa temática, desenvolver atividades de educação permanente para qualificar a assistência às mulheres no período gravídico-puerperal e dar seguimento a pesquisas na área, para que todas as mulheres possam ter uma experiência positiva de parto, e para que sejam eliminadas das rotinas obstétricas práticas abusivas, verdadeiros gatilhos para futuros problemas psicológicos.

8 ANEXOS

8.1 APROVAÇÃO DO CEP DA MATERNIDADE PÚBLICA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O ATENDIMENTO AO SEU PARTO E COM O ALEITAMENTO MATERNO

Pesquisador: Camila Giugliani

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49938015.3.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.288.088

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Saúde da Criança e Adolescência. Visa identificar os fatores associados à satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao seu parto em maternidades das redes pública e privada em Porto Alegre, RS.

Trata-se de estudo transversal para investigar o desfecho satisfação com o parto, com seguimento (estudo de coorte) para averiguar aspectos relacionados ao aleitamento materno. Serão incluídas 276 mulheres que tiveram parto com recém-nascido vivo nas três maternidades com maior volume de partos na cidade (duas públicas e uma privada). O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando dados de estudos prévios, considerando nível de significância de 5% e poder de 80%. As mulheres serão selecionadas nas maternidades e entrevistadas no seu domicílio após 30 dias. Contatos de seguimento (com 2, 4, 6, 12 e 24 meses), por telefone ou presenciais, serão realizados para coleta de informações sobre amamentação. Este projeto tem recursos do CNPq – Edital Universal 2014.

Identificar os fatores associados à satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao parto recebido em maternidades das redes pública e privada em Porto Alegre, RS.

Específicos:

- Descrever as características da atenção pré-natal recebida e das práticas de assistência ao parto e ao pós parto nos diferentes serviços estudados, segundo a percepção das mulheres.
- Descrever aspectos relacionados ao aleitamento materno, tais como padrão, grau de satisfação e dificuldades em diferentes momentos.
- Conhecer o grau de satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao seu parto.
- Investigar a associação das características sociodemográficas, da atenção pré-natal, de assistência ao parto e ao pós-parto com a satisfação das mulheres em relação ao seu parto.
- Investigar a associação entre satisfação das mulheres em relação ao seu parto com aspectos da amamentação, incluindo satisfação com essa prática.
- Investigar a associação entre satisfação das mulheres em relação ao seu parto e depressão pós-parto.
- Investigar a associação entre a satisfação com o aleitamento materno em diferentes momentos e sua duração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A utilização da entrevista presencial como técnica de coleta de dados não representa um risco significativo para as participantes. No entanto, caso alguma participante indique desconforto ou constrangimento, seja pela duração ou conteúdo da entrevista, está assegurada a sua desistência, sem qualquer ônus e a qualquer momento.

Benefícios:

Há benefícios associados à participação nesta pesquisa, como a contribuição para a qualificação no atendimento às mulheres ao longo do ciclo gravídico-puerperal, com a intenção de melhorar a sua satisfação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com delineamento adequado para alcançar os objetivos e responder suas questões de pesquisa.

Serão incluídos 276 participantes recrutadas no período de aproximadamente 12 meses conforme cálculo de amostra.

Perguntas da pesquisa

- A satisfação com o parto está relacionada às práticas de assistência ao parto e ao pós-parto?
- A satisfação com o parto está relacionada com características sociodemográficas e de saúde das mulheres?
- A satisfação com o parto está relacionada com a amamentação no primeiro mês de vida, aos 6 meses e aos 12 meses?
- A satisfação com o parto está relacionada com a depressão pós-parto?
- A satisfação com a amamentação está relacionada com a sua duração?

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de projeto já aprovado no HCPA sob o CAAE 46775115.0.0000.5327, parecer 1.175.921.

Esta nova versão encaminhada, sob o CAAE 49938015.3.0000.5327 visa atender solicitações do centro coparticipante Hospital Nossa Senhora da Conceição (GHC).

Considerações Finais a critério do CEP:

Trata-se de projeto já aprovado no HCPA sob o CAAE 46775115.0.0000.5327, parecer 1.175.921.

Esta nova versão encaminhada, sob o CAAE 49938015.3.0000.5327 visa atender solicitações do centro coparticipante Hospital Nossa Senhora da Conceição (GHC).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_602272.pdf	07/10/2015 17:30:47		Aceito
Outros	Lattes_Juliana_Avilla_JUNHO_2015.pdf	07/10/2015 17:27:18	Camila Giugliani	Aceito
Outros	Lattes_Andrea_Senna_JUNHO_2015.pdf	07/10/2015 17:26:59	Camila Giugliani	Aceito
Outros	Lattes_Agnes_Bizon_junho_2015.pdf	07/10/2015 17:26:35	Camila Giugliani	Aceito

Outros	Lattes_Elsa_Regina_Justo_Giugliani_JUNHO_2015.pdf	07/10/2015 17:26:17	Camila Giugliani	Aceito
Outros	Lattes_Camila_Giugliani_JUNHO_2015.pdf	07/10/2015 17:25:46	Camila Giugliani	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1244546_GHCpdf.pdf	07/10/2015 17:21:48	Camila Giugliani	Aceito
Outros	carta_alteracoes_CEP_GHC_290915.doc	07/10/2015 17:20:33	Camila Giugliani	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1204288_HMV.pdf	07/10/2015 17:19:16	Camila Giugliani	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1175921.pdf	07/10/2015 17:17:48	Camila Giugliani	Aceito
Outros	termo_compromisso_relatorio_GHC.pdf	07/10/2015 17:16:15	Camila Giugliani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_aprovado_4677511500005327.pdf	07/10/2015 17:15:35	Camila Giugliani	Aceito
Outros	relacao_integrantes_GHC.pdf	07/10/2015 17:13:46	Camila Giugliani	Aceito
Outros	carta_anuencia_GHC.jpg	07/10/2015 17:12:58	Camila Giugliani	Aceito
Outros	delegacao_funcoes_HCPA.pdf	07/10/2015 17:12:31	Camila Giugliani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HMV_071015.docx	07/10/2015 17:11:47	Camila Giugliani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GHC_07102015.docx	07/10/2015 17:11:27	Camila Giugliani	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_satisfacao_parto_290915_CEP_GHC.docx	07/10/2015 17:11:04	Camila Giugliani	Aceito

Outros	carta_aos_CEPs_071015.docx	07/10/2015 17:06:46	Camila Giugliani	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_nova_071015.pdf	07/10/2015 17:05:40	Camila Giugliani	Aceito

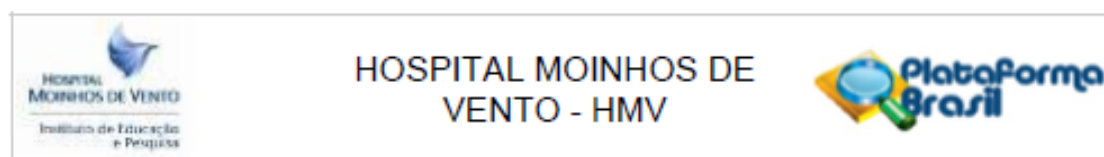
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

8.2 APROVAÇÃO DO CEP DA MATERNIDADE PRIVADA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O ATENDIMENTO AO SEU PARTO

Pesquisador: Camila Giugliani

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48775115.0.3002.5330

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.204.288

Apresentação do Projeto:

Introdução: Apesar das recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, as boas práticas de assistência ao parto e nascimento seguem sendo subutilizadas no Brasil. Além disso, são escassas as publicações que avaliem a percepção das mulheres sobre as práticas conduzidas, e os resultados desses poucos estudos são preocupantes, pois expressam vivências negativas das mulheres sobre o próprio parto e destacam fatores relacionados à relação profissional/parturiente influenciando a sua satisfação, levando à reflexão de como a qualidade das relações tem impacto na assistência às mulheres e fazendo pensar em que outros fatores ainda não pesquisados podem influenciar a vivência destas sobre o nascimento de seus filhos. Já a satisfação materna com a amamentação é influenciada por uma complexa associação de fatores, incluindo sentimentos, valores culturais, satisfação com os serviços de saúde e até mesmo satisfação com o parto.

Metodologia: Estudo transversal para investigar o desfecho satisfação com o parto, com seguimento (estudo de coorte) para averiguar aspectos relacionados ao aleitamento materno. Serão incluídas 278 mulheres que tiveram parto com recém-nascido vivo nas três maternidades com maior volume de partos na cidade (duas públicas e uma privada). O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando dados de estudos prévios,

5% e poder de 80%. As mulheres serão selecionadas nas maternidades e entrevistadas no seu domicílio após 30 dias. Contatos de seguimento (com 2, 4, 6, 12 e 24 meses), por telefone ou presenciais, serão realizados para coleta de informações sobre amamentação. Este projeto tem recursos do CNPq – Edital Universal 2014.

Contribuição esperada: Esperamos contribuir para identificar, dentre os fatores associados com a percepção positiva das mulheres (fatores sociodemográficos, características de saúde das mulheres, atenção recebida no pré-natal, parto e pós-parto), aqueles que podem ser modificados ou fortalecidos na rede de atenção à saúde. Pretende-se ainda reforçar a base de evidências para sustentar as estratégias de qualificação da assistência ao parto no Brasil. O estudo originará pelo menos uma dissertação de mestrado e duas teses de doutorado. Pretendemos publicar os artigos em revistas nacionais e internacionais.

Critério de Inclusão:

- Residir no município de Porto Alegre na data do parto. - Recém-nascido vivo. - Recém-nascido a termo (idade gestacional 37 semanas, de acordo com Capurro).- Recém-nascido único (não gemelar).

Critério de Exclusão:

- Complicações neonatais e/ou obstétricas ou malformações que resultem em óbito materno e/ou neonatal precoce ou internação do recém-nascido ou da mãe em unidade de terapia intensiva.
- Presença de alguma doença materna que contraindique a amamentação (por exemplo, HIV/AIDS).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os fatores associados à satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao parto recebido em maternidades das redes pública e privada em Porto Alegre, RS.

Objetivo Secundário:

- Descrever as características da atenção pré-natal recebida e das práticas de assistência ao parto e ao pós-parto nos diferentes serviços estudados, segundo a percepção das mulheres.
- Descrever aspectos relacionados ao aleitamento materno, tais como padrão, grau de satisfação e dificuldades em diferentes momentos.
- Conhecer o grau de satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao seu parto.
- Investigar a associação das características sociodemográficas, da atenção pré-natal, de assistência ao parto e ao pós-parto com a satisfação das mulheres em relação ao seu parto.
- Investigar a associação entre satisfação das mulheres em relação ao seu parto com aspectos da amamentação, incluindo satisfação com essa prática.
- Investigar a associação entre satisfação das mulheres em relação ao seu parto e depressão pós-parto.
- Investigar a associação entre a satisfação com o aleitamento materno em diferentes momentos e sua duração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A utilização da entrevista presencial como técnica de coleta de dados não representa um risco significativo para as participantes. No entanto, caso alguma participante indique desconforto ou constrangimento, seja pela duração ou conteúdo da entrevista, está assegurada a sua desistência, sem qualquer ônus e a qualquer momento.

Benefícios:

Há benefícios associados à participação nesta pesquisa, como a contribuição para a qualificação no atendimento às mulheres ao longo do ciclo gravídico-puerperal, com a intenção de melhorar a sua satisfação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto se encontra bem escrito, com uma boa introdução justificando adequadamente a proposta de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários foram devidamente anexados.

Existem algumas recomendações referentes ao TCLE.

Recomendações:

Sugere-se adequar o TCLE ao H MV, incorporando os contatos dos responsáveis e CEP do Moinhos ou fazer um TCLE único contendo os contatos de todos os Centros Coparticipantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta anuencia ufrgs.pdf	15/05/2015 18:10:59		Aceito
Outros	carta anuencia H MV.pdf	18/05/2015 09:28:48		Aceito
Outros	carta anuencia GHC.jpg	28/05/2015 16:11:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto satisfacao parto 28.05.15.pdf	28/05/2015 16:11:40		Aceito
Outros	delegacao funcoes H CPA.pdf	29/05/2015 16:31:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE rev 28.05.15.docx	29/05/2015 16:33:33		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_513370.pdf	29/05/2015 16:36:41		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto parto H CPA.pdf	05/06/2015 14:36:03		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_513370.pdf	05/06/2015 14:36:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto satisfacao parto rev autores 15.06.15.docx	15/06/2015 11:50:00		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_513370.pdf	15/06/2015 11:50:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto satisfacao parto rev autores 19.06.15.docx	19/06/2015 13:35:08		Aceito
Outros	Lattes (Camila Giugliani) JUNHO 2015.pdf	19/06/2015 13:53:04		Aceito
Outros	Lattes (Elsa Regina Justo Giugliani) JUNHO 2015.pdf	19/06/2015 13:53:29		Aceito
Outros	Lattes (Andrea Francis Kroll de Senna) JUNHO 2015.pdf	19/06/2015 13:53:47		Aceito
Outros	Lattes (Juliana Castro de Avilla Lago) JUNHO 2015.pdf	19/06/2015 13:54:04		Aceito
Outros	Lattes (Agnes Meire Branco Leria Bizon) junho 2015.pdf	19/06/2015 13:54:21		Aceito
Outros	termo compromisso relatorio GHC0001.pdf	21/06/2015 12:03:45		Aceito
Outros	Delegação de funções H CPA.jpg	25/06/2015 18:25:01		Aceito
Outros	Integrantes projeto de pesquisa GHC.jpg	25/06/2015 18:26:20		Aceito

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_513370.pdf	25/06/2015 19:48:22		Aceito
Outros	carta alteracoes CEP 29.07.15.doc	29/07/2015 19:07:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto satisfacao parto alteracoes 29.07.15.docx	29/07/2015 19:07:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE rev 29.07.15.docx	29/07/2015 19:09:09		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_513370.pdf	29/07/2015 19:09:31		Aceito
Outros	termo compromisso dados H MV.pdf	31/07/2015 09:50:14		Aceito
Outros	termo responsabilidade H MV.pdf	31/07/2015 09:50:33		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_513370.pdf	31/07/2015 09:51:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE aprovado_46775115.0.0000.5327.pdf	04/08/2015 08:59:09		Postado
Outros	Marco Aurélio TelôKen 01_07_2015.pdf	10/08/2015 13:45:35		Postado
Outros	Marcos Wengrover Rosa 02_06_2015.pdf	10/08/2015 13:46:41		Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 27 de Agosto de 2015

Assinado por:
Sérgio Luís Amantéa
(Coordenador)

8.3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa chamada "Fatores associados à satisfação das mulheres com o atendimento ao seu parto". Com esta pesquisa, queremos saber, sob o ponto de vista das mulheres, o quanto elas se sentem satisfeitas em relação ao seu último parto e que fatores (como o atendimento no pré-natal e no parto), podem influenciar a sua satisfação. Com essas informações, esperamos poder entender melhor o que faz as mulheres ficarem mais satisfeitas com o seu parto e, com isso, propor melhorias no atendimento.

Farão parte desse estudo mulheres moradoras de Porto Alegre que tiveram partos no Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital de Clínicas de Porto Alegre ou Hospital Moinhos de Vento, que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Se aceitar participar, você irá receber uma pesquisadora em sua casa ou outro local de sua preferência (que não seja o local de atendimento à saúde), em uma data combinada anteriormente, entre 30 a 37 dias após o parto, para responder a um questionário. As perguntas serão sobre o seu pré-natal, parto, pós-parto e sobre como você se sente em relação ao seu parto e aleitamento materno, além de suas condições sociais e econômicas. Alguns dados sobre o seu pré-natal e parto poderão ser coletados do seu cartão de pré-natal ou do seu prontuário na maternidade. Após a primeira entrevista, iremos entrar em contato com você (por telefone ou presencialmente) para obter algumas informações sobre seus sentimentos e sobre o aleitamento materno aos 2, 4, 6, 12 e 24 meses após o parto.

Não haverá riscos para a sua saúde e a do seu bebê, nem custos financeiros pela participação nesta pesquisa, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao questionário. Mas, caso você indique desconforto ou constrangimento, seja pela duração ou conteúdo da entrevista, está assegurada a sua desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao atendimento que você esteja recebendo ou venha a receber na instituição onde ocorreu o parto. Por outro lado, há benefícios associados à sua participação, pois os resultados ajudarão a qualificar o atendimento às mulheres na ocasião do seu acompanhamento pré-natal, parto e pós-parto com a intenção de melhorar a sua satisfação.

Esta pesquisa, coordenada pela Professora Camila Giugliani, é parte de trabalhos de Mestrado e Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (telefone 51 3308-5620) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (telefone 51 3308-5601), ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para esclarecimento de dúvidas em geral, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, nos telefones citados ou no e-mail camila.giugliani@ufrgs.br.

Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa de todas as instituições envolvidas. O seu nome não será divulgado, e os dados obtidos a partir do preenchimento do questionário serão utilizados somente para esta pesquisa, sendo destruídos após cinco anos. Em caso de dúvidas sobre questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, localizado no 2º andar, sala 2227, ou pelo telefone 33597640, de segunda a sexta, das 8h às 17h.

Declaro que fui informada sobre os objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações sobre a maneira como a pesquisa será realizada. Sei que em qualquer momento poderei pedir novas informações ou desistir da pesquisa, se assim desejar. Fui informada da garantia de que não serei identificada na divulgação dos resultados e que os dados produzidos a partir da minha participação serão usados exclusivamente para fins científicos ligados a essa pesquisa. Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Nome da participante

Assinatura da participante

Nome do responsável (quando aplicável)

Assinatura do responsável (quando aplicável)

Assinatura da pesquisadora

Nome da pesquisadora

Local e data: _____, ____/____/____

8.4 QUESTIONÁRIO APLICADO NAS ENTREVISTAS

**“FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O ATENDIMENTO
AO SEU PARTO E COM O ALEITAMENTO MATERNO”**

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO COMPLETO – Visita Domiciliar

1. Número do questionário: _____
 2. Entrevistador: _____
 3. Data da entrevista: __/__/__
 4. Maternidade: _____
 5. Mãe: _____ Bebê: _____

1NUQUES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1ENTREV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1DTAENT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1MAT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1MAE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
6. Quantos anos completos você tem? _____ anos	1ANOS <input type="text"/>
7. Qual o seu estado civil? (1) Casada (2) Em união estável (3) Solteira (4) Separada/divorciada (5) Viúva (6) Outro: _____	1ESTCIV <input type="text"/>
8. Qual a sua cor? [autorreferida] (1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Amarela (5) Indígena	1COR <input type="text"/>
9. Quando você engravidou, qual era a sua situação de trabalho? (1) Trabalhando (2) Desempregada (3) Pensionista (4) Encostada (5) Dona de casa (6) Estudante (7) Outra situação: _____	1ENTRAB <input type="text"/>
10. Qual a sua ocupação? _____	1OCUP _____
11. Quantos anos completos você estudou? _____ (série: _____)	1ANMU <input type="text"/>
12. [Classifique o grau de escolaridade da mulher]: (0) Nenhuma escolaridade (analfabeta) (1) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) incompleto (2) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) completo (3) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) incompleto (4) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) completo (5) Ensino Médio incompleto (6) Ensino Médio completo (7) Ensino Superior incompleto [especificar] _____ (8) Ensino Superior completo [especificar] _____ (9) Pós-graduação [especificar] _____ (77) Não sabe/Não lembra	1ESCMU <input type="text"/>
13. Quantos anos completos o pai da criança estudou? _____ (série: _____) (77) Não sabe/Não lembra	1ANPAI <input type="text"/>
14. [Classifique o grau de escolaridade do cônjuge ou pai da criança]: (0) Nenhuma escolaridade (analfabeta) (1) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) incompleto (2) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) completo (3) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) incompleto (4) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) completo (5) Ensino Médio incompleto (6) Ensino Médio completo (7) Ensino Superior incompleto [especificar] _____ (8) Ensino Superior completo [especificar] _____ (9) Pós-graduação. [especificar] _____	1ESCPAI <input type="text"/>

(77) Não sabe/não lembra		
15. Quantos anos completos o/a chefe da família estudou? [Considerar como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio] _____ (77) Não sabe/Não lembra (série: _____)		1ANCHEF <input type="checkbox"/>
16. [Classifique o grau de escolaridade do/a chefe da família]: (0) Nenhuma escolaridade (analfabeta) (1) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) incompleto (2) Ensino Fundamental I (1º ao 5º ano) completo (3) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) incompleto (4) Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) completo (5) Ensino Médio incompleto (6) Ensino Médio completo (7) Ensino Superior incompleto [especificar] _____ (8) Ensino Superior completo [especificar] _____ (9) Pós-graduação [especificar] _____ (77) Não sabe/ não lembra		1ESCHEF <input type="checkbox"/>
17. Quantas pessoas moram na sua casa (incluindo você e o bebê)? _____ pessoas		1NUMPE <input type="checkbox"/>
Você mora com:		
18. Companheiro? (1) Sim (2) Não (3) Parte do tempo		1VIVCOM <input type="checkbox"/>
19. Sua mãe? (1) Sim (2) Não (3) Parte do tempo		1MORMA <input type="checkbox"/>
20. Sua sogra? (1) Sim (2) Não (3) Parte do tempo		1MORSO <input type="checkbox"/>
21. Mais alguma outra pessoas (1) Sim, Especificar: _____ (2) Não		1MORALG <input type="checkbox"/>
22. Em companhia de outros filhos? (00) Não () Sim. (88) NSA		1MORF <input type="checkbox"/>

INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA MULHER		
23. Você própria nasceu de que tipo de parto? (1) Parto normal/vaginal (2) Cesariana (3) Não sei/não lembro		1MUPAR <input type="checkbox"/>
24. Você fuma ou fumou? (1) Sim, ainda fumo (2) Sim, mas parei antes da gestação (3) Sim, mas parei na gestação (4) Sim, mas parei depois do parto (5) Não		1FUMO <input type="checkbox"/>
25. Como é seu hábito de consumo de bebida alcoólica fora dos períodos especiais de gestação e amamentação? (1) Nunca consumo (2) Consumo ocasionalmente, em eventos sociais (até 2 x/semana) (3) Consumo frequentemente (3x/semana ou mais)		1ALCOOL <input type="checkbox"/>
26. Você tem algum problema crônico de saúde? Sim [especificar]: _____ (2) Não		1PROBCR <input type="checkbox"/>
27. Você tem ou teve algum problema de saúde mental? [perguntar por problema psicológico ou psiquiátrico] (1) Sim, ainda tenho [especificar] _____ (2) Sim, mas não tenho atualmente [especificar]: _____ (3) Não		1SAMEN <input type="checkbox"/>
28. Você faz ou fez uso de medicação psicoativa? (1) Sim, ainda uso [especificar]: _____ (2) Sim, mas não uso atualmente [especificar]: _____ (3) Não (4) Não sei		1MEPS <input type="checkbox"/>
29. Quantas gestações você já teve (incluindo a última)? _____		1NUGEST <input type="checkbox"/>

<i>[Se teve só a "gestação atual", pular para pergunta "37"].</i>				
30. Você teve algum aborto(s)? <i>[anotar o número de abortos no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> () Sim (00) Não (88) NSA				1NUABO <input type="text"/>
31. Quantos partos você já teve (incluindo o último)? _____ (88) NSA				1NUPAR <input type="text"/>
32. Teve algum filho que nasceu morto? <i>[anotar o número de natimortos no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> () Sim (00) Não (88) NSA				1FM <input type="text"/>
33. Teve algum filho falecido nos primeiros 30 dias de vida? <i>[anotar o número de filhos falecidos no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> () Sim (00) Não (88) NSA				1NEOMO <input type="text"/>
34. Qual foi o intervalo entre os partos? <i>[Se múltiplos partos, considerar o último intervalo]:</i> _____ meses (88) NSA				1INTPA <input type="text"/>
35. Você teve algum parto normal/vaginal, antes do "nome do bebê"? <i>[anotar o número de partos vaginais no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> () Sim (00) Não (88) NSA				1PVAG <input type="text"/>
36. Teve algum parto cesárea, antes do "nome da criança"? <i>[anotar o número de cesarianas no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> () Sim (00) Não (88) NSA				1PCES <input type="text"/>
INFORMAÇÕES SOBRE A ÚLTIMA GESTAÇÃO E ATENÇÃO PRÉ-NATAL				
37. A gestação foi planejada? (1) Sim (2) Não				1GESTPL <input type="text"/>
38. Você fez acompanhamento pré-natal? (1) Sim (2) Não				1PREN <input type="text"/>
<i>[Se a resposta foi "Não", pule para a questão "46"]</i>				
39. Onde fez acompanhamento pré-natal? (1) Sistema Público (Posto de saúde ou Hospital) (2) Sistema Privado ou Plano de Saúde (3) Ambos (Público + privado) (4) Outros, especificar: _____ (8) NSA				1ONDPRE <input type="text"/>
40. Qual foi a idade gestacional na primeira consulta? <i>[sempre que possível, checar a carteirinha da gestante]</i> _____ semanas (77) Não lembro/Não sei (88) NSA				1IGPRO <input type="text"/>
41. A quantas consultas de pré-natal você compareceu? <i>[sempre que possível, checar a carteirinha da gestante]</i> _____ consultas (77) Não lembro/Não sei (88) NSA				1NUCONS <input type="text"/>
Durante a gestação você foi atendida por:				
42. Médico geral ou de família: (1) Sim (2) Não (3) Não sei (8) NSA				1ATMFA <input type="text"/>
43. Médico ginecologista-obstetra: (1) Sim (2) Não (3) Não sei (8) NSA				1ATMGI <input type="text"/>
44. Enfermeiro: (1) Sim (2) Não (3) Não sei (8) NSA				1ATENF <input type="text"/>
45. Outro: (1) Sim <i>[especificar]:</i> _____ (2) Não (3) Não sei (8) NSA				1ATOUT <input type="text"/>
46. Você recebeu visita domiciliar do agente comunitário de saúde ou de outro profissional de saúde durante a gestação? <i>[anotar o número de visitas no parênteses correspondente ao "Sim"]</i> () Sim (00) Não (77) Não lembro/Não sei				1AGSAGE <input type="text"/>
<i>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "48"]</i>				
47. Na ocorrência de faltas às consultas ou não ter iniciado o pré-natal, algum profissional de saúde veio até a sua casa ou telefonou para procurar saber o que aconteceu? (1) Sim (2) Não (3) Não lembro/Não sei (8) NSA				1BUSCA <input type="text"/>

48. Você participou de grupo de gestantes? [anotar o número de vezes que compareceu no parênteses correspondente ao "Sim"] () Sim (00) Não (77) Não lembro/Não sei	1GRUGEST <input type="checkbox"/>
49. Você participou de curso para gestantes? [anotar o número de vezes que compareceu no parênteses correspondente ao "Sim"] () Sim (00) Não (77) Não lembro/Não sei	1CURGEST <input type="checkbox"/>
50. Você recebeu informações de profissional de saúde sobre seus direitos como gestante e na hora do parto, como, por exemplo, do direito a ter um acompanhante da sua escolha? (1) Sim, o suficiente (2) Sim, mas gostaria de ter tido mais (3) Não (4) Não sei/ Não lembro	1INFDIR <input type="checkbox"/>
51. Algum profissional de saúde falou com você sobre o local onde você iria ter o parto? (1) Sim, o suficiente (2) Sim, mas gostaria de ter tido mais informação (3) Não (4) Não lembro	1INFLOC <input type="checkbox"/>
52. Você recebeu orientações de algum profissional de saúde sobre amamentação durante o pré-natal? [ler as opções de respostas] (1) Sim, bastante (o suficiente) (2) Sim, mais ou menos (3) Sim, pouca (4) Não (5) Não lembro/ Não sei	1ORAMA <input type="checkbox"/>
53. Você buscou informações sobre gestação, parto e amamentação em outras fontes, exceto profissionais de saúde (internet, livros, amigos/as, familiares, grupos de apoio)? (1) Sim [especificar]: _____ (2) Não (3) Não lembro/ Não sei	1INFOUT <input type="checkbox"/>
54. Você visitou a maternidade em que ganhou o "nome do bebê" antes do parto? (1) Sim, agendada pelo profissional ou serviço de saúde do pré-natal (2) Sim, por conta própria (3) Não	1VIMAT <input type="checkbox"/>
55. Algum profissional de saúde lhe falou sobre "plano de parto" durante o pré-natal? (1) Sim (2) Não (3) Não lembro/Não sei	1PROPLA <input type="checkbox"/>
56. Você fez seu "plano de parto"? (1) Sim, com ajuda/incentivo de profissional/doula (2) Sim, sem ajuda/incentivo de profissional/doula (3) Não	1PLAPAR <input type="checkbox"/>
57. Você teve acompanhamento do parceiro ou de outra pessoa de sua escolha nas consultas pré-natais? (1) Sim, sempre (2) Sim, em algumas consultas (3) Não, por impossibilidade do acompanhante (4) Não, por não ter sido permitido pela equipe de saúde (5) Não lembro/Não sei	1ACOPRE <input type="checkbox"/>
58. Você se sentiu à vontade para fazer perguntas, esclarecer dúvidas e participar das decisões durante as consultas de pré-natal? [ler as opções de respostas] (1) Sim, totalmente (2) Mais ou menos (3) Não (4) Não sei /Não lembro (8) NSA	1PERPRE <input type="checkbox"/>
59. No início da gestação, que tipo de parto você desejava ter? (1) Parto normal/vaginal Motivo: _____ (2) Cesárea Motivo: _____ (3) Não tinha preferência (4) Não tinha pensado sobre isso (5) Não lembro/ Não sei	1INGEST <input type="checkbox"/>
60. Ao longo do pré-natal, a sua vontade em relação ao tipo de parto mudou? (1) Sim, passei a desejar um parto normal (2) Sim, passei a desejar uma cesárea (3) Sim, passei a acreditar que a decisão não era minha, mas dos profissionais (4) Sim, outra situação [especificar]: _____	1PREPAR <input type="checkbox"/>

(5) Não	(6) Não lembro/Não sei	
61. Qual a sua satisfação com relação aos cuidados recebidos ao longo da gestação? <i>[ler as opções de respostas]</i> (1) Muito satisfeita (2) Satisfeita (3) Nem satisfeita, nem insatisfeita (4) Insatisfeita (5) Muito insatisfeita Se quiser, comente a sua resposta: _____ _____		1SATGEST <input type="checkbox"/>
INFORMAÇÕES SOBRE O ÚLTIMO PARTO		
62. O seu parto foi realizado: (1) No sistema público (2) No sistema privado (plano de saúde ou pagamento particular) (3) Outro <i>[especificar]:</i> _____		1ONDPAR <input type="checkbox"/>
63. Antes do "nome do bebê" nascer, já havia sido definido o local do parto? (1) Sim (2) Não <i>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "65"]</i>		1ESCLOPA <input type="checkbox"/>
64. O seu parto ocorreu no local definido? (1) Sim (2) Não (8) NSA		1LOCDEF <input type="checkbox"/>
65. Na hora do parto, você precisou ir a mais de uma maternidade até ser atendida? (1) Sim (2) Não <i>[Se o parto foi no "SISTEMA PRIVADO" pular para a pergunta "68"]</i>		1OUTMAT <input type="checkbox"/>
66. O seu parto ocorreu na maternidade vinculada ao posto de saúde de sua referência? (1) Sim (2) Não (8) NSA <i>[Se a resposta foi "Sim" ou "NSA", pular para a pergunta "68"]</i>		1MATVIN <input type="checkbox"/>
67. Por que não foi para o hospital de referência? (1) Porque o hospital de referência tinha pouca estrutura (2) Porque não tinha leito para mim ou para o bebê quando precisei (3) Porque me encontrava longe do hospital de referência no momento em que precisei (4) Porque não tinha boas referências do hospital (5) Por indicação de profissional de saúde (6) Outro <i>[especificar]:</i> _____ (8) NSA		1PONREF <input type="checkbox"/>
68. A entrada para o hospital foi feita pela emergência? (1) Sim (3) Não <i>[Se a resposta foi "Não" pular para a pergunta "72"]</i>		1EMERG <input type="checkbox"/>
69. Você foi classificada quanto ao risco no momento da internação? (1) Sim (2) Não (3) Meu parto foi agendado (4) Não sei/Não lembro (8) NSA		1CLASRISC <input type="checkbox"/>
<i>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "72"]</i>		
70. Qual foi a cor da pulseira que você recebeu no momento da internação? (1) Vermelha (2) Laranja (3) Amarela (4) Verde (5) Azul (6) Não sei/ Não lembro (8) NSA		1CLASCOR <input type="checkbox"/>
71. Em quanto tempo você foi atendida na emergência?		1TEMPEM <input type="checkbox"/>

(1) Imediatamente (5) Mais de 2 horas	(2) Antes de 10 minutos (6) Meu parto foi agendado	(3) de 10 a 60 minutos (7) Não sei/Não lembro	(4) De 1 a 2 horas (8) NSA	
72. Quanto tempo demorou para você ganhar o "nome do bebê" depois de ter chegado à maternidade?				1TEMPAM <input type="checkbox"/>
(1) Menos de 1 hora (5) Entre 12 e 24 horas	(2) De 1 a 4 horas (6) Mais de 24 horas	(3) De 4 a 8 horas (7) Não sei/Não lembro	(4) De 8 a 12 horas (8) NSA	
73. No hospital, você foi incentivada a ter um acompanhante de sua escolha durante a internação, desde a admissão até o pós-parto?				1INCEACO <input type="checkbox"/>
(1) Sim, em todos os momentos (3) Não, em nenhum momento		(2) Sim, em alguns momentos (4) Não sei/ Não lembro		
No hospital, você teve acompanhante de sua escolha durante:				
74. O pré-parto?	(1) Sim	(2) Não, não foi permitido	(3) Não, por situação pessoal	1TEACOPRE <input type="checkbox"/>
75. O parto?	(1) Sim	(2) Não, não foi permitido	(3) Não, por situação pessoal	1TEACOPA <input type="checkbox"/>
76. O pós-parto imediato?	(1) Sim	(2) Não, não foi permitido	(3) Não, por situação pessoal	1TEACOPOS <input type="checkbox"/>
77. O Alojamento Conjunto?	(1) Sim	(2) Não, não foi permitido	(3) Não, por situação pessoal	1TEACOAL <input type="checkbox"/>
78. Você sabia que existe uma lei garantindo à mulher um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, o parto e toda a internação?				1PORTACO <input type="checkbox"/>
		(1) Sim	(2) Não	
79. Você teve o acompanhamento de uma doula durante o trabalho de parto (em casa ou no hospital)?				1DOUTP <input type="checkbox"/>
(1) Sim		(2) Não		
80. O hospital permitia a entrada de uma doula no Centro Obstétrico?				1PERDOU <input type="checkbox"/>
(1) Sim, junto com um acompanhante (2) Sim, mas no lugar de outro acompanhante (3) Não		(4) Não sei/Não lembro		
81. Você se sentiu à vontade para fazer perguntas, esclarecer dúvidas e participar nas decisões durante a internação? <i>[ler as opções de respostas]</i>				1PARDEC <input type="checkbox"/>
(1) Sim, totalmente		(2) Mais ou menos	(3) Não	(8) Não sei/Não lembro
82. Você entendia as informações que lhe davam durante toda a sua internação? <i>[ler as opções de respostas]</i>				1ENTINF <input type="checkbox"/>
(1) Sim, totalmente		(2) Nem todas	(3) Não	
83. Qual foi o tipo de parto?		(1) Normal/Vaginal	(2) Cesariana	
<i>[Se a resposta foi Normal/Vaginal, pular para a questão "86"]</i>				
84. Você chegou a entrar em trabalho de parto, antes da cesárea?				1CESTP <input type="checkbox"/>
(1) Sim		(2) Não	(3) Não Sei	(8) NSA
85. A sua cesariana foi:				1TIPOCES <input type="checkbox"/>
(1) Programada por minha opção ou por opção do médico (2) Programada por indicação médica (3) Não programada (emergência/intercorrência)				(8) NSA
<i>[Se a mulher NÃO ENTROU EM TRABALHO DE PARTO pular para a questão "111"]</i>				
86. Durante o trabalho de parto foi utilizado algum método para alívio da dor?				1ALIDOR <input type="checkbox"/>
(1) Sim		(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA
<i>[Se a resposta foi "Não" ou "NSA", pular para a pergunta "97"]</i>				
Durante o trabalho de parto, quais dos seguintes métodos não farmacológicos foram utilizados para				

alívio da dor?						
87. Banheira e/ou chuveiro:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	1ALIBAC <input type="checkbox"/>	
88. Massageadores e/ou massagens:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	1ALIMA <input type="checkbox"/>	
89. Bola de pilates e/ou bola de trabalho de parto:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	1ALIBO <input type="checkbox"/>	
90. Compressas quentes e/ou frias:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	1ALICOM <input type="checkbox"/>	
91. Espaldar/barras na parede	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	1ALIBA <input type="checkbox"/>	
92. Outro[especificar]: _____	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	1ALIOUT <input type="checkbox"/>	
Durante o trabalho de parto, qual dos seguintes métodos farmacológicos foi utilizado para alívio da dor?						
93. Medicamento por via oral:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	1ALIMEO <input type="checkbox"/>	
94. Medicamento injetável:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	1ALIMEI <input type="checkbox"/>	
95. Anestesia peridural ou raquidiana:	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	1ANESTPR <input type="checkbox"/>	
96. Anestesia local (no períneo/na região vaginal):	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei	(8) NSA	1ANESTLO <input type="checkbox"/>	
97. No seu parto, você foi consultada quanto à realização da anestesia?	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	1CONSUAN <input type="checkbox"/>	
98. Aconteceu de você pedir analgesia ou anestesia e não ser atendida?	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	1PEDAN <input type="checkbox"/>	
99. Durante o trabalho de parto, na maternidade, lhe ofertaram algum líquido (água, chás, sucos, leite) ou alimentos leves?	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	1LIQALI <input type="checkbox"/>	
100. Durante o trabalho de parto, na maternidade, você foi incentivada a caminhar e a se movimentar?	(1) Sim	(2) Não	(3) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	1INCECA <input type="checkbox"/>	
101. Quanto tempo você ficou em trabalho de parto? [considerar o tempo total, em casa e/ou no hospital] ____ horas	(77) Não sei			(88) NSA	1TEMPTP <input type="checkbox"/>	
102. No seu parto, foi realizada tricotomia (raspagem de pelos pubianos) na maternidade?	(1) Sim, fui consultada sobre o procedimento	(2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento	(3) Não	(4) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	1TRICOT <input type="checkbox"/>
103. No seu parto, foi realizado enema (lavagem intestinal)?	(1) Sim, fui consultada sobre o procedimento	(2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento	(3) Não	(4) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	1ENEMA <input type="checkbox"/>
104. No seu parto, foi realizada indução do parto com soro de ocitocina?	(1) Sim, fui consultada sobre o procedimento	(2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento	(3) Não	(4) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	1INDOCI <input type="checkbox"/>
105. No seu parto, foi realizada amniotomia (rompimento artificial da bolsa)?	(1) Sim, fui consultada sobre o procedimento.	(2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento.	(3) Não	(4) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	1AMNIOT <input type="checkbox"/>
106. No seu parto, foram realizadas manobras de empurrar a barriga [tipo Kristeller]?	(1) Sim, fui consultada sobre o procedimento	(2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento	(3) Não	(4) Não sei/ Não lembro	(8) NSA	1MANOB <input type="checkbox"/>

<p>107. No seu parto, foi realizada episiotomia (corte no períneo/região vaginal)?</p> <p>(1) Sim, fui consultada sobre o procedimento (2) Sim, mas não fui consultada sobre o procedimento (3) Não (4) Não sei/ Não lembro</p>	<p>1EPISIO <input type="checkbox"/></p> <p>(8) NSA</p>
<p>108. No seu parto, foi utilizado fórceps (aparelho de ferro)?</p> <p>(1) Sim, fui informada antes do procedimento (2) Sim, mas não fui informada antes do procedimento (3) Não (4) Não sei/ Não lembro</p>	<p>1FORCEP <input type="checkbox"/></p> <p>(8) NSA</p>
<p><i>[Se CESÁREA, pular para a questão "111"]</i></p>	
<p>109. O parto foi em que posição?</p> <p>(1) Deitada ou semideitada (2) Cócoras (apoiada ou não), em pé, sentada ou ajoelhada (3) Outra [especificar]: _____</p>	<p>1POSPV <input type="checkbox"/></p> <p>(8) NSA</p>
<p>110. Você escolheu a posição do seu parto?</p> <p>(1) Sim (2) Não, mas estou satisfeita com a posição utilizada (3) Não, gostaria de outra posição</p>	<p>1ESCOPOS <input type="checkbox"/></p> <p>(8) NSA</p>
<p>111. Quem cortou o cordão umbilical?</p> <p>(1) A equipe (2) O pai (3) Eu mesma (4) Outro acompanhante (5) Não sei/ Não lembro</p>	<p>1QUEUM <input type="checkbox"/></p>
<p>112. Quando o cordão umbilical foi cortado?: <i>[ler as opções de respostas]</i></p> <p>(1) Imediatamente após o parto (2) A equipe esperou um pouco para cortar o cordão. (3) Não sei</p>	<p>1QUAUM <input type="checkbox"/></p>
<p>113. Quando você viu o "nome do bebê" pela primeira vez?</p> <p>(1) Na sala de parto, imediatamente após o parto (2) Na sala de parto, após procedimentos realizados no bebê pela equipe (3) Não vi o meu bebê na sala de parto</p>	<p>1VIUBB <input type="checkbox"/></p>
<p>114. Quando você segurou o "nome do bebê" pela primeira vez?</p> <p>(1) Na sala de parto, imediatamente após o parto (2) Na sala de parto, após procedimentos realizados no bebê pela equipe (3) Não segurei meu bebê na sala de parto</p>	<p>1QSEGEBB <input type="checkbox"/></p>
<p>115. O "nome do bebê" ficou com você na sala de parto enquanto você permaneceu lá?</p> <p>(1) Sim, o tempo todo (2) Sim, mas não o tempo todo (3) Não (4) Não sei/Não lembro</p>	<p>1BBSALA <input type="checkbox"/></p>
<p><i>[Se a resposta foi "Sim, o tempo todo", pular para a pergunta "118"]</i></p>	
<p>116. Alguém lhe explicou por que o "nome do bebê" não ficou com você na sala de parto?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	<p>(8) NSA</p> <p>1EXLEBB <input type="checkbox"/></p>
<p>117. Você sabe por que o "nome do bebê" não ficou com você na sala de parto após o nascimento?</p> <p>(1) Eu estava sem condições (2) O "nome do bebê" precisou de cuidados (3) Sem nenhum motivo especial / rotina do hospital (4) Não sei</p>	<p>1MOLEBB <input type="checkbox"/></p> <p>(8) NSA</p>
<p>118. Você teve contato pele a pele com o "nome da criança" na sala de parto?</p> <p>(1) Sim, imediatamente após o parto (2) Sim, após procedimentos realizados no bebê pela equipe (3) Não (4) Não sei/Não lembro</p>	<p>1CONPEL <input type="checkbox"/></p>

<p><i>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "120"]</i> <i>[Se a resposta foi "Sim", PULAR A QUESTÃO "120"]</i></p>	
<p>119. Quanto tempo ficou em contato pele a pele com o "nome do bebê"?</p> <p>(1) Por menos de 10 minutos (2) Entre 10 e 30 minutos (3) Entre 30 e 59 minutos (4) Uma hora ou mais (5) Não sei/Não lembro (8) NSA</p>	1TEMPEL <input type="checkbox"/>
<p><i>[Se a resposta foi "Uma hora ou mais" ou "Não sei/Não lembro", pular para a pergunta "121"]</i></p>	
<p>120. Por que o "nome da criança" não ficou em contato pele a pele com você por pelo menos uma hora?</p> <p>(1) Por minha vontade (2) Por iniciativa da equipe, tendo justificativa (3) Por iniciativa da equipe, sem justificativa (8) NSA</p>	1MOTPEL <input type="checkbox"/>
<p>121. O "nome do bebê" foi colocado no seio para mamar na primeira hora de vida?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei /Não lembro</p>	1SEIOBB <input type="checkbox"/>
<p><i>[Se a resposta foi "Sim", pular para a pergunta "124"]</i></p>	
<p>122. Alguém lhe explicou por que não colocaram o "nome do bebê" para mamar logo depois do parto?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA</p>	1EXNMAM <input type="checkbox"/>
<p>123. Você sabe por que não colocaram o "nome do bebê" para mamar na sala de parto?</p> <p>(1) Eu estava sem condições (2) Meu filho precisou de cuidados (3) Sem nenhum motivo especial / rotina do hospital (4) Não sei (8) NSA</p>	1MONMAM <input type="checkbox"/>
<p><i>[Para aquelas cujos filhos "não foram colocados para mamar na sala de parto", pular para a pergunta "126"]</i></p>	
<p>124. O "nome do bebê" mamou na primeira hora de vida?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA</p>	1BBMAM <input type="checkbox"/>
<p>125. Você se sentiu apoiada para iniciar a amamentação do "nome do bebê" ainda na sala de parto?</p> <p><i>[Ler as opções de resposta]</i></p> <p>(1) Sim, bastante (2) Mais ou menos (3) Pouco (4) Não (5) Não sei/Não lembro (8) NSA</p>	1APAMA <input type="checkbox"/>
<p>126. Como você sentiu o ambiente do local do parto do "nome do bebê"? <i>[Ler as opções de respostas]</i></p> <p>(1) Tranquilo (2) Agitado/pesado/tenso/estressante (3) Nem tranquilo, nem estressante (4) Não sei /Não lembro</p>	1COLOPA <input type="checkbox"/>
<p>127. Como você sentiu o ambiente do local de parto com relação ao acolhimento? <i>[Ler as opções de respostas]</i></p> <p>(1) Bastante acolhedor (2) Mais ou menos acolhedor (3) Pouco acolhedor (4) Nada acolhedor (5) Não sei / Não lembro</p>	1LOPACOL <input type="checkbox"/>
<p>128. Como você se sentiu física e psicologicamente no ambiente do local de parto? <i>[Ler as opções de respostas]</i></p> <p>(1) Segura (2) Nem segura, nem insegura (3) Insegura (4) Não sei/Não lembro</p>	1LOPASE <input type="checkbox"/>
<p>129. Qual a sua impressão com relação à limpeza do ambiente do local de parto? <i>[Ler as opções de respostas]</i></p> <p>(1) Limpo (2) Nem sujo, nem limpo (3) Sujo (4) Não sei/Não lembro</p>	1LOPALI <input type="checkbox"/>

<p>130. Qual a sua impressão com relação à sua privacidade no local de parto? <i>[Ler as opções de respostas]</i></p> <p>(1) Houve privacidade (2) Houve pouca privacidade (3) Não houve privacidade (4) Não sei /Não lembro</p>	1PRIVPAR <input type="checkbox"/>
<p>131. O que você achou da iluminação do local do parto? <i>[Ler as opções de respostas]</i></p> <p>(1) Suave (2) Nem suave, nem muita iluminado (3) Muito iluminado (4) Não sei /Não lembro</p>	1ILUPAR <input type="checkbox"/>
<p>132. A sua expectativa em relação ao parto foi atendida? <i>[Ler as opções de respostas]</i></p> <p>(1) Sim, plenamente (2) Sim, em parte (3) Não (4) Não sei/Não lembro</p>	1EXPEPA <input type="checkbox"/>
<p>133. Qual a sua satisfação geral em relação ao atendimento ao seu parto (incluindo pré-parto, parto e pós-parto imediato)? <i>[Ler as opções de respostas]</i></p> <p>(1) Muito satisfeita (2) Satisfeita (3) Nem satisfeita, nem insatisfeita (4) Insatisfeita (5) Muito insatisfeita</p>	1SATPAR <input type="checkbox"/>
<p>134. Qual a melhor descrição para a experiência do seu parto? <i>[Ler as opções de respostas]</i></p> <p>(1) Maravilhosa (2) Boa (3) Mais ou menos (4) Ruim (5) Péssima</p> <p>Se quiser, comente a sua resposta: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	1DEXPAR <input type="checkbox"/>
INFORMAÇÕES SOBRE O PÓS-PARTO (ALOJAMENTO CONJUNTO)	
<p>135. Por quanto tempo você permaneceu internada <i>[da chegada até a alta]</i>? _____ h Do dia _____, _____ h até o dia _____, _____ h</p>	1TEINT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>136. Você teve alguma complicação no pós-parto?</p> <p>(1) Sim <i>[especificar]</i>: _____ (2) Não (3) Não sei /Não lembro</p>	1COMPP <input type="checkbox"/>
<p>137. Você e o "nome do bebê" ficaram em alojamento conjunto?</p> <p>(1) Sim, o tempo todo (2) Sim, mas não todo o tempo (3) Não</p> <p><i>[Se a resposta foi "Sim, o tempo todo", pular para a pergunta "140"]</i></p>	1JUNBB <input type="checkbox"/>
<p>138. Por quanto tempo você e o "nome do bebê" ficaram separados?</p> <p>(1) Menos de 2 horas (2) Entre 2 e 12 horas (3) Entre 12 e 24 horas (4) Mais de 24 horas (5) Não sei/ Não lembro (8) NSA</p>	1SEPBB <input type="checkbox"/>
<p>139. Por que você e o "nome do bebê" foram separados?</p> <p>(1) Eu não tinha condições de cuidar do meu filho (2) O meu filho necessitou de cuidados especiais (3) Para eu descansar (4) Sem nenhum motivo especial / rotina do hospital (5) Não sei /Não lembro (8) NSA</p>	1MOSEBB <input type="checkbox"/>
<p>140. Você amamentou o "nome do bebê" na maternidade (exceto em sala de parto)?</p> <p>(1) Sim (2) Não (8) NSA</p>	1AMAIN <input type="checkbox"/>
<p>141. O "nome do bebê" usou bico/chupeta na maternidade?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro</p>	1BICO <input type="checkbox"/>
<p>142. Você utilizou bico intermediário de silicone na maternidade?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro</p>	1BISIL <input type="checkbox"/>

143. Durante a internação, você se sentiu apoiada pelos profissionais de saúde em relação à amamentação? <i>[Ler as opções de resposta]</i> (1) Sim, bastante (2) Mais ou menos (3) Pouco (4) Não (5) Não sei/Não lembro	1APOAM <input type="checkbox"/>
144. Durante a Internação, você recebeu orientação quanto à amamentação? (1) Sim, e ajudaram bastante (2) Sim, mas não fez diferença (3) Sim, mas atrapalharam (4) Não <i>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "149"]</i>	1ORIAM <input type="checkbox"/>
145. Você recebeu orientação de qual profissional? _____ (8) NSA	1ORIPROF _____
Você recebeu orientação com relação a:	
146. Como amamentar (pega e posicionamento)? (1) sim (2) Não (3) Não sei /Não lembro (8) NSA	1ORIEG <input type="checkbox"/>
147. Horários para amamentar? (1) Sim, livre demanda (2) Sim, horários pré-estabelecidos (3) Não (4) Não sei /Não lembro (8) NSA	1ORIHOR <input type="checkbox"/>
148. Como ordenhar o seu leite? (1) sim (2) Não (3) Não sei /Não lembro (8) NSA	1ORIODR <input type="checkbox"/>
149. Você usou o banco de leite durante a sua permanência na maternidade? (1) Sim, para doar leite (2) Sim, para receber atendimento (3) Sim, para ambos. (4) Não (8) NSA	1BANLEI <input type="checkbox"/>
150. Foi sugerido outro leite que não o leite materno para o "nome do bebê"? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro	1PRESCFL <input type="checkbox"/>
151. O "nome do bebê" recebeu outro leite durante a internação? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro	1RECFL <input type="checkbox"/>
<i>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "154"]</i>	
152. Alguém lhe consultou para dar outro leite ao "nome do bebê"? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro (8) NSA	1CONFOR <input type="checkbox"/>
153. Por que o "nome do bebê" recebeu outro leite? <i>[se houver mais de uma razão, considerar a principal].</i> (1) Eu não tinha leite suficiente (2) Por razões médicas (hipoglicemia, icterícia, etc...) (3) Para eu descansar (4) Sem nenhuma razão especial/rotina do hospital (5) Ninguém me informou (8) NSA	1PQFOR <input type="checkbox"/>
154. Você saiu da maternidade com alguma receita de leite? (1) Sim (2) Não (3) Não sei/ Não lembro	1RECFOR <input type="checkbox"/>
155. Como o "nome do bebê" estava se alimentando quando saiu da maternidade: (1) Só com leite materno (2) Leite materno + outro leite (3) Só outro leite (4) Não sei/ Não lembro	1TIPOLE <input type="checkbox"/>
156. [NÃO PERGUNTAR] Situação do Aleitamento Materno na alta da maternidade: (1) Aleitamento materno exclusivo (2) Aleitamento materno misto (3) Sem aleitamento materno	1SITAM <input type="checkbox"/>
157. Considerando os cuidados gerais recebidos no hospital, após o parto, você acha que foi bem atendida durante a internação? <i>[Ler as opções de respostas]</i> (1) Sim (2) Mais ou menos (3) Não (4) Não sei/Não lembro	1CUIAPO <input type="checkbox"/>
158. Qual a sua satisfação geral em relação à internação no alojamento conjunto? <i>[Ler as opções de respostas]</i> (1) Muito satisfeita (2) Satisfeita	1SATINT <input type="checkbox"/>

<p>(3) Nem satisfeita, nem insatisfeita (4) Insatisfeita (5) Muito insatisfeita</p> <p><i>[As perguntas a seguir referem-se a todos os períodos da internação (pré-parto, parto e pós-parto)]</i></p> <p>159. Em algum momento você se sentiu desrespeitada, humilhada ou maltratada por parte dos profissionais de saúde? <i>[Ler as opções de respostas]</i> (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro</p> <p><i>[Se a resposta foi "Não", pular para a pergunta "170"]</i></p> <p>Colocar aqui em que momento :</p> <p>160. Pré-parto: (1) Sim (2) Não (3) Não sei (8) NSA 161. Parto: (1) Sim (2) Não (3) Não sei (8) NSA 162. Pós-parto: (1) Sim (2) Não (3) Não sei (8) NSA</p> <p>Que tipo de violência você sofreu?</p> <p>163. Verbal (gritos, xingamentos, impropriedades): (1) Sim (2) Não (8) NSA 164. Psicológica (ameaças, humilhações, julgamentos, negar atendimento): (1) Sim (2) Não (8) NSA 165. Física (empurrões, brutalidade no exame de toque): (1) Sim (2) Não (8) NSA 166. Outra : (1) Sim <i>[especificar]:</i> _____ (2) Não (8) NSA</p> <p>A violência foi praticada:</p> <p>167. Por alguém da equipe médica: (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA 168. Por alguém da equipe de enfermagem (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA 169. Por outra pessoa ou profissional (1) Sim <i>[especificar]:</i> _____ (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA</p> <p>170. Em algum momento você percebeu que o "nome do bebê" foi maltratado/desrespeitado por parte dos profissionais de saúde? <i>[Ler as opções de respostas]</i> (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro</p> <p><i>[Se a resposta foi "Não", pular para a "pergunta aberta"]</i></p> <p>Que tipo de violência o "nome do bebê" sofreu?</p> <p>171. Verbal (xingamentos, impropriedades): (1) Sim (2) Não (8) NSA 172. Física (brutalidade): (1) Sim (2) Não (8) NSA 173. Outra : (1) Sim <i>(especificar):</i> _____ (2) Não (8) NSA</p> <p>A violência foi praticada:</p> <p>174. Por alguém da equipe médica: (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA 175. Por alguém da equipe de enfermagem: (1) Sim (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA 176. Por outra pessoa: (1) Sim <i>(especificar):</i> _____ (2) Não (3) Não sei/Não lembro (8) NSA</p> <p>Você gostaria de fazer algum comentário sobre a sua experiência na maternidade?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1SENDESR <input type="checkbox"/></p> <p>1DESPRE <input type="checkbox"/></p> <p>1DESPAR <input type="checkbox"/></p> <p>1DESPOS <input type="checkbox"/></p> <p>1VIOVE <input type="checkbox"/></p> <p>1VIOPSI <input type="checkbox"/></p> <p>1VIOFI <input type="checkbox"/></p> <p>1VIOUT <input type="checkbox"/></p> <p>1VIOMED <input type="checkbox"/></p> <p>1VIOENF <input type="checkbox"/></p> <p>1VIOPESS <input type="checkbox"/></p> <p>1VIOBB <input type="checkbox"/></p> <p>1BBVERB <input type="checkbox"/></p> <p>1BBFIS <input type="checkbox"/></p> <p>1BBOUT <input type="checkbox"/></p> <p>1BBVMED <input type="checkbox"/></p> <p>1BBVENF <input type="checkbox"/></p> <p>1BBVPES <input type="checkbox"/></p>
<p>CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONOMICA</p> <p>233. ESCORE DE CLASSIFICAÇÃO ECONOMICA</p> <p>A) Quantos cômodos ou peças têm na sua casa? _____</p> <p>B) A sua casa possui energia elétrica? (1) Sim (2) Não</p> <p>C) Qual o tipo de abastecimento de água? (1) Rede pública (2) Poço ou nascente (3) Cisterna (4) Carro pipa (5) Água engarrafada (6) Outro: _____</p> <p>D) Qual o destino das fezes e urina no domicílio? (1) Sistema de esgoto (rede geral) (2) Fossa (3) Céu aberto</p> <p>E) Como é o trecho da rua onde se encontra a sua casa? (1) Asfaltado/pavimentado (2) Terra/cascalho</p> <p><i>[Itens de conforto - No domicílio tem]:</i></p> <p>F) Quantidade de automóveis para uso particular: _____</p> <p>G) Quantidade de motocicletas para uso particular: _____</p>	<p>1CLASO <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

