UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**Cuidado materno livre de danos e prevalência de
depressão pós-parto: Inquérito "Nascer no Brasil",
Região Sudeste, 2011 e 2012**

Heloisa de Oliveira Salgado

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Doutor em
Ciências.**

**Área de concentração: Saúde, Ciclos de
vida e Sociedade.**

**Orientador: Prof^a. Dr^a. Carmen Simone
Grilo Diniz**

**Co-orientador: Prof. Dr. João Paulo Dias
de Souza**

São Paulo

2017

**Cuidado materno livre de danos e prevalência de
depressão pós-parto: Inquérito "Nascer no Brasil",
Região Sudeste, 2011 e 2012**

Heloisa de Oliveira Salgado

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Doutor em
Ciências.**

**Área de concentração: Saúde, Ciclos de
vida e Sociedade.**

**Orientador: Prof^a. Dr^a. Carmen Simone
Grilo Diniz**

**Co-orientador: Prof. Dr. João Paulo Dias
de Souza**

São Paulo

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

*ao meu filho Gabriel
e aos meus pais Hélió e Cristina,
meus maiores exemplos de pesquisadores.*

AGRADECIMENTOS

RESUMO

SALGADO, H. O. **Cuidado materno livre de danos e prevalência de depressão**

pós-parto: Inquérito "Nascer no Brasil", Região Sudeste, 2011 e 2012. 2017. Tese (Doutorado em Ciências)—Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2017.

Introdução: No Brasil, a elevada taxa de cesárea, o uso excessivo e rotineiro de intervenções no parto vaginal, as taxas elevadas de morbimortalidade materna e a inobservância de direitos básicos das mulheres são pontos críticos da assistência obstétrica. No plano internacional, as evidências de que a assistência pode causar danos promoveu o movimento pela segurança da paciente, com a criação de estratégia inovadora para a promoção do 'cuidado livre de danos' (*harm free care*). Este compreende o dano a partir da perspectiva da paciente, medido por meio de "termômetros de segurança". **Objetivos:** Verificar a frequência, e fatores associados, de danos causados pela assistência às puérperas e aos recém-nascidos do Sudeste brasileiro durante e após o parto, e a associação destes danos com sintomas de depressão pós-parto (DPP) entre 2011 e 2012. **Método:** A partir do Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, verificou-se a frequência dos cinco danos previstos no Termômetro de Segurança da Maternidade (TSM), utilizado neste estudo como referência. Também se verificou a prevalência de DPP nas puérperas da Região Sudeste do Brasil (n=10.155), com até um ano de pós-parto, utilizando-se a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). **Resultados:** Entre os danos, separação mãe-bebê, cesarianas e traumas perineais foram aqueles que apresentaram maior frequência (69,5%, 52,6% e 37,5%, respectivamente). Relatos de desrespeito, abuso e maus-tratos foram observados em 44,6% das mulheres. O cuidado livre de dano correspondeu a 2%. Ter sofrido uma cesariana dobrou a chance de ter um dano (OR:2,21; IC95% 1,20 - 4,07), e quadruplicou a chance de ter dois ou mais danos (OR:4,08; IC95% 2,27 - 7,32). A prevalência de casos prováveis de DPP foi de 25,8%. Entre os fatores de risco associados, identificaram-se fonte de pagamento pública (OR=1,80; IC95% 1,44 - 2,23); ensino fundamental incompleto ou completo (OR:1,64; IC95% 1,37 - 1,96); ser das classes C, D ou E (OR:1,24; IC95% 1,02 - 1,50); fumar durante a gestação (OR:1,62; IC95% 1,20 - 2,18); não desejar engravidar naquele momento (OR:1,52; IC95% 1,22 - 1,90); ter tido uma ou duas

(OR:1,55; IC95% 1,24 - 1,94) e três ou mais gestações anteriores (OR:2,10; IC95% 1,52 - 2,90); referir a experiência do parto como regular, ruim ou péssima (OR:1,47; IC95% 1,12 - 1,93) e ter sofrido três danos no TSM (OR:1,35; IC95% 1,12 - 1,62) e quatro ou mais danos (OR:2,81; IC95% 1,90 - 4,16). **Conclusão:** A assistência ao parto, na Região Sudeste do Brasil, promove alta frequência de danos evitáveis, tratando-se de importante problema de saúde pública. O cuidado livre de dano é exceção no Brasil (2%). Fatores socioeconômicos estão associados à DPP, assim como fatores relacionados à assistência ao parto, especialmente quando ocorridos em hospital público. Fatores de risco que indicam vulnerabilidade individual ou que estão relacionados a paridade também se mostraram associados.

Palavras-chave: Saúde Materno-Infantil; Segurança do Paciente; Sistema Único de Saúde; Obstetrícia; Direitos das Mulheres.

ABSTRACT

SALGADO, H. O. **Harm free care and postpartum depression prevalence:** "Birth in Brazil" Enquiry, Southeastern Region, 2011 and 2012. 2017. Thesis—Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2017.

Introduction: In Brazil, the high rates of cesarean section, the excessive and routine use of interventions in labor, the high rates of maternal morbidity and mortality, and the non-observance of basic human rights are critical points of obstetric care. At the international level, however, evidence that assistance can cause harm has given rise to a patient safety movement, which in turn has led to an innovative strategy being created to promote harm free care, based on the understanding of harm from the patient's perspective and on "safety thermometers". **Objectives:** To verify the frequency and the associated factors of harm caused by care, to southeastern Brazilian postpartum women and their newborns during and after childbirth, and the association of these harms with symptoms of postpartum depression (PPD) between 2011 and 2012. **Method:** This study searched the Born in Brazil Survey database for the five harms under the Maternity Safety Thermometer (MST), which was used as a reference. The prevalence of PPD in postpartum women in the southeastern region of Brazil ($n = 10,155$) was also verified, up until one year postpartum, using the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). **Results:** Among all harms, mother-baby separation, cesarean sections, and trauma to the perineum ranked highest in frequency (69.5%, 52.6%, and 37.5%, respectively). Reports of disrespect, abuse and mistreatment (DAMT) were observed in 44.6%. Harm-free care totaled less than 2%. Having a cesarean section doubled the chance of a harm (OR: 2.21, 95% CI 1.20 - 4.07), and quadrupled the chance of two or more harms (OR: 4.08; 95% CI 2.27-7.32).

The prevalence of probable cases of PPD was 25.8%. Among the associated risk factors, this study found: public payment sources (OR = 1.80, 95% CI 1.44-2.23); incomplete or incomplete elementary schooling (OR: 1.64; 95% CI 1.37-1.96); lower income brackets (C, D, or E) (OR: 1.24, IC95% 1.02 - 1.50); smoking during pregnancy (OR: 1.62; 95% CI: 1.20 - 2.18); not wanting to become pregnant (OR: 1.52; 95% CI 1.22-1.90); having one or two (OR: 1.55, 95% CI 1.24-1.94) or three or more previous pregnancies (OR: 2.10; 95% CI 1.52-2.90); considering the birth experience fair, bad or very bad (OR: 1.47, 95% CI 1.12-1.93), having suffered three MST-listed harms (OR: 1.35, 95% CI, 1.12-1, 62), and having suffered four or more harms (OR: 2.81; 95% CI: 1.90 - 4.16). **Conclusion:** Childbirth care in the southeastern Brazil, the most developed region in the country, is marked by a high frequency of preventable damages, which translates as a significant public health problem. Harm free care is an exception in Brazil (2%). Socioeconomic factors are associated with PPD, as well as factors related to childbirth care, especially when birth takes place in a public hospital. Risk factors that indicate individual vulnerability or risk factor related to parity are also associated.

Key-words: Maternal and Child Health; Patient Safety; Sistema Único de Saúde; Obstetrics; Women's Rights

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS – PORTUGUÊS.....	12
LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS – INGLÊS	13
APRESENTAÇÃO	14
PRÓLOGO.....	18
1 INTRODUÇÃO.....	24
1.1 ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL	24
1.1.1 Indicadores sobre parto e nascimento.....	24
1.1.2 Taxas de cesárea e efeitos adversos	27
1.1.3 Morbimortalidade materna no Brasil.....	29
1.2 HARM FREE CARE E O TERMÔMETRO DE SEGURANÇA DA MATERNIDADE	32
1.3 EXPERIÊNCIA COM O PARTO E SAÚDE MENTAL.....	37
1.3.1 Desrespeito, abuso e maus-tratos (DAMT) e cesárea indesejada..	37
1.3.2 Depressão pós-parto (DPP).....	40
2 OBJETIVOS.....	44
2.1 OBJETIVO GERAL.....	44
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
3 MÉTODO	45
3.1 DESENHO.....	45
3.2 AMOSTRA.....	45
3.3 INSTRUMENTOS	47
3.4 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS	47
3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	51
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	54

3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	55
4 RESULTADOS	57
4.1 MANUSCRITO 1	57
4.2 MANUSCRITO 2	58
4.3 MANUSCRITO 3	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXO I - MATERNITY SAFETY THERMOMETER	69
ANEXO II - TERMÔMETRO DE SEGURANÇA DA MATERNIDADE.....	70
ANEXO III – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FIOCRUZ	72
ANEXO IV – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA	73
ANEXO V – TERMO DE CONCESSÃO DO USO DE DADOS DA PESQUISA NASCER NO BRASIL.....	75
ANEXO VI – CURRÍCULO LATTES DA ALUNA	76
ANEXO VII – CURRÍCULO LATTES DA ORIENTADORA	77

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS – PORTUGUÊS

ATC – Adaptação transcultural

Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CMLD – Cuidados maternos livres de danos

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Damt – Desrespeito, abuso e maus-tratos

Datasus – Departamento de Informática do SUS

DPP – Depressão pós-parto

ENSP/Fiocruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

EPDS – Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

NV – Nascidos vivos

NNB – Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento

NMM – *Near miss* materno

OMS – Organização Mundial da Saúde

RMM – Razão de Mortalidade Materna

Sinasc – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Datasus

SPSS – Software de análise estatística

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TSM – Termômetro de Segurança da Maternidade

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS – INGLÊS

BIB – Birth in Brazil: National Survey on Labor and Birth

DAMT – Disrespect, abuse and mistreatment

ICU – Intensive Care Unity

MDG – Millennium Development Goals

MH – Ministry of Health in Brazil

MMR – Maternal Mortality Ratio

MST – Maternity Safety Thermometer

NHS – National Health Service

PCL-C – Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version

PPD – Postpartum depression

PTSD – Post-Traumatic Stress Disorder

QIPP – Quality, Innovation, Productivity and Prevention

TWEAK – Tolerance, Worry, Eye-opener, Amnesia/black-out, Cutdown Scale

UK – United Kingdom

UN – United Nations

WHO – World Health Organization

APRESENTAÇÃO

Este trabalho constitui a conclusão do meu Doutorado realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, oferecido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), como aluna do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Trata-se de uma tese desenvolvida em área interdisciplinar, contabilizando tradições acadêmicas diversas e obedece aos critérios de elaboração de material científico-acadêmico.

Assim, a revisão desta tese seguiu as normas estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) para apresentação e citação de trabalhos acadêmicos, conforme as "Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP",¹ e os artigos já submetidos foram formatados (texto, apresentação do conteúdo das tabelas e referências bibliográficas) de acordo com os padrões editoriais das respectivas revistas científicas para as quais foram submetidos.

Este volume está organizado com os *elementos pré-textuais* (Capa, Folha de Rosto, Dedicatória, Agradecimentos, Resumo, Abstract, Sumário e Lista de Abreviaturas), seguido dos *elementos textuais* (Prólogo, Introdução, Objetivo, Método, Resultados e Considerações Finais) e os *pós-textuais* (Referências, Anexos e Currículo Lattes) conforme o **Guia de Apresentação de Teses – 2ª edição** (atualizado em 2015), disponível em <http://www.biblioteca.fsp.usp.br/guia/>.

Com relação aos elementos textuais, esta tese tem início com o **Prólogo**, que, de forma resumida, apresenta uma reflexão sobre a trajetória pessoal e acadêmica que me levou a estudar o objeto de minha tese: a presença de danos e os Cuidados

¹ http://www.teses.usp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=67

Maternos Livres de Danos (CMLD), identificados a partir dos itens propostos pelo instrumento chamado Termômetro de Segurança da Maternidade (TSM) e a verificação de sua associação com a depressão pós-parto na Região Sudeste do Brasil, utilizando o banco de dados do Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento (NNB).

Em seguida, tem-se a **Introdução**. Nela eu revisei a literatura científica, a partir de um panorama atual da assistência ao parto no Brasil, por meio do levantamento de indicadores sobre parto e nascimento, taxas de cesárea e seus efeitos adversos, e morbimortalidade materna no país, além da apresentação do conceito de CMLD e do próprio TSM, propostos pelo National Health Service (NHS), do Reino Unido, e finalizando com a experiência com o parto e a saúde mental da mulher, por meio de um levantamento bibliográfico dos conceitos de desrespeito, abuso e maus-tratos (DAMT), cesárea indesejada e depressão pós-parto (DPP).

Dando sequência, o material apresenta os **Objetivos** (geral e específicos) da tese e o **Método**. Neste último, organizei a metodologia utilizada pelo NNB para coleta dos dados, além da metodologia e do tratamento estatístico utilizado para análise do banco de dados da Região Sudeste do Brasil. Nele estão descritos o desenho, o local e a população do estudo, o tamanho da amostra, a coleta dos dados, as variáveis do estudo e as questões éticas.

Nesta tese, a seção **Resultados e Discussão** é composta por três manuscritos originais (dois deles já submetidos a revistas científicas), conforme deliberação da Comissão de Pós-Graduação (CPG), sessão 9ª/2008, de 5 de junho de 2008.

O primeiro artigo intitula-se “Maternity Safety Thermometer as Reference to Verify Harm Free Care in Births in Southeast Brazil: Data from the Birth in Brazil Survey” e foi previamente enviado a um serviço pago de edição (Elsevier Language

Editing Services) para revisão de inglês e adequação linguística. Na sequência, foi submetido à revista **Birth**. Trata-se de um estudo de prevalência, no qual foi utilizado o TSM como referência para se buscar no banco de dados da Região Sudeste do NNB os itens propostos pelo instrumento desenvolvido pelo NHS. Como o NNB não utilizou o TSM para coletar seus dados, foi necessário identificar no banco as variáveis que correspondiam aos itens do TSM, incluindo a elaboração de sintaxes de variáveis, de forma a garantir uma maior aproximação entre os dados. Medidas de associação também foram utilizadas para se verificar associação entre tipo de parto e de financiamento para até um dano e para dois ou mais danos.

O segundo artigo intitula-se “Patient safety in maternity care in Brazil: the Maternity Safety Thermometer as a tool to improve quality of care” e foi submetido à **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO)**. Trata-se de um texto científico em formato de Editorial escrito para a referida revista e que faz uma reflexão a respeito da segurança na assistência obstétrica no Brasil, tomando como referência o conceito de CMLD e a utilização do TSM do NHS como estratégia para promover benefícios na atual realidade obstétrica brasileira.

O terceiro artigo compreende um manuscrito intitulado “Prevalência e fatores associados à depressão pós-parto entre mulheres da Região Sudeste do Brasil: estudo baseado nos dados do Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, ainda não submetido. Uma das revistas selecionadas para a publicação é novamente a **RBGO**, uma vez que as autoras gostariam que os resultados do referido artigo pudessem ser divulgados e disseminados sobretudo aos profissionais que estão em contato direto com a mulher durante a gestação, parto e pós-parto, sendo que, no Brasil, é o médico obstetra quem está à frente deste cuidado. Trata-se de um estudo de prevalência de sintomas de DPP na Região Sudeste do Brasil a partir

do banco de dados do NNB, por meio do uso da Escala de Edimburgo (EPDS) e do uso de análise de regressão logística simples e ajustada, segundo modelo hierárquico teórico conceitual, e que verificou a associação das variáveis estudadas.

Dando sequência, apresentam-se as **Considerações finais**, em que identifico, ressalto e discuto os principais pontos do trabalho, os quais respondem aos objetivos propostos.

Por fim, estão os elementos pós-textuais nos **Anexos**: o Maternity Safety Thermometer (Anexo I) e o Termômetro e Segurança da Maternidade (TSM) (Anexo II), além das aprovações éticas (Anexo III e IV), solicitação do uso do banco de dados (Anexo V) e os currículos Lattes resumidos da aluna (Anexo VI) e da orientadora (Anexo VII).

Heloisa de Oliveira Salgado

São Paulo, 27 de janeiro de 2016.

PRÓLOGO

O caminho que trilhei e que me coloca hoje, sentada em frente ao meu computador, escrevendo esta tese, começa há muito tempo. Pouparei os leitores de passagens mais antigas, que têm início em 1976, ano do meu nascimento, em uma maternidade privada do interior do Estado de São Paulo em um parto normal com intervenções (jejum, medicação para dormir, ocitocina, kristeller, analgesia, litotomia, episiotomia) que, na década seguinte, seriam questionadas pela Organização Mundial da Saúde em seu famoso documento “Appropriate Technology for Birth”, publicado na *Lancet* em 1985 (WHO, 1985).

Eu cresci em uma família que sempre considerou o parto normal como o ideal e a cesárea como uma medida heroica para salvar mães e bebês, ainda que meus familiares já soubessem – e comentassem – que os obstetras no Brasil estavam cada vez mais levando mulheres para a cesárea agendada e sem necessidade. Mas o “parto normal”, para as mulheres da minha família, sempre foi o parto excessivamente medicalizado e com intervenções de rotina, considerando normal e mesmo esperado que a mulher permanecesse sozinha, sem acompanhante, em jejum e sendo conduzida passo a passo pelo médico, que decidia o quê, como e quando fazer.

Alguns anos se passaram e chegou a época em que eu comecei a pensar sobre tornar-me mãe. Vou poupá-los do aborto espontâneo que vivi em 2005 e que daria margem para muitas outras discussões a respeito da assistência à gestação. Salto para 2006, ano que engravidei novamente e comecei a pensar sobre o nascimento do meu filho, em um “parto normal” igual ao das mulheres de minha família. Com exceção de uma tia, todas as demais (avós, mãe, demais tias e primas) haviam parido. Logicamente, eu também iria parir. “Mas e esse médico que está te acompanhando,

você não vai deixá-lo levar para uma cesárea, né?”, perguntava minha mãe. Não, eu havia buscado o médico que eu acreditava ser o mais adequado e atualizado e que somente me levaria para a cirurgia se necessário.

Mas em 2007, ano em que meu filho Gabriel nasceu, deparei-me com uma cesárea a meu pedido após mais de 12 horas de indução por suspeita de bolsa rota, jejum, desaceleração dos batimentos cardíacos fetais e sem possibilidade de analgesia em função da não evolução da dilatação. O que se seguiu após a cirurgia foi um grande sofrimento por ficar mais de seis horas sem ver meu filho, infecção no corte cirúrgico (celulite), abertura do corte cirúrgico (ao retirar o curativo, o *dermabond* saiu junto) e uma dor incapacitante que me acompanhou por pelo menos 20 dias após o parto. E a angústia e o sofrimento por ter tido uma cesárea em vez de um parto normal.

O que acontecera comigo e com meu filho que nos impediu de ter um parto? Será que eu fiz algo que eu não deveria? Ou deixei de fazer algo que deveria ter feito? Fui a todas as consultas agendadas, fiz todos os exames, monitorei mensalmente meu bebê por ultrassonografia e, por vários meses, com *doppler*. Por que eu fui a única da minha família que não pariu seu bebê? Essas perguntas começaram a orbitar minha cabeça desde a recuperação anestésica, enquanto eu aguardava infundáveis horas para ir para o quarto e finalmente receber meu filho, e seguiram orbitando por vários meses.

Ainda que muito grogue, cansada e frustrada, recebi minha mãe como primeira visita e encontrei nela o carinho e o acolhimento: “Você fez tudo o que pôde. A cesárea existe para isso: trazer bebês e mães mais saudáveis para o mundo” – e a fala dela me deu um conforto inicial para que eu comesse a minha maternidade de fato, cujo marco foi o início da amamentação, quando finalmente pude conhecer meu filho e

pegá-lo pela primeira vez no colo. Aliás, o único bônus dessa experiência inicial foi um bebê nascido muito bem, com 38 semanas e 3 dias, e que mamou desde nosso primeiro encontro como se não houvesse amanhã!

Foi a vivência do nascimento do Gabo – e a frustração relativa à maneira como chegou – que determinou minha vida dali em diante para que hoje eu esteja aqui, escrevendo esta tese de doutorado. Os meses que se seguiram foram vividos dentro de casa, retomando muito precocemente o trabalho e usando as horas vagas para pesquisar sobre bebês, amamentação e maternidade nas mídias sociais. E foi no falecido Orkut, em listas de discussão por e-mail e em comunidades que se destinavam a discutir pediatria e maternidade que eu me dei conta da realidade da assistência obstétrica no Brasil.

Eu não estava sozinha em minhas angústias, frustrações e decepções. A cada dia, eram centenas de mulheres igualmente frustradas, decepcionadas e tristes com a vivência de nascimento dos seus filhos. Histórias muito mais difíceis, complicadas e até mesmo trágicas do que a minha. E de tanto ler e ouvir relatos e comentários, eu comecei a me aprofundar no tema e a descobrir, inicialmente, comunidades que tratavam da ginecologia e obstetrícia baseada em evidências. Logo passei a ler artigos científicos, revisões sistemáticas e, intuitivamente, a estudar metodologia e me atualizar sobre o tema.

Em alguns meses eu estava fazendo um curso de doula, em seguida, um curso de consultoria em amamentação, ainda sem saber ao certo aonde esses cursos me levariam, e daí foi um pulo para me inscrever no programa de pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública. Depois de longos anos desejando fazer pós-graduação, mas sem conseguir encontrar um tema de pesquisa que me despertasse paixão e interesse, e muito distante da universidade, como uma simples curiosa eu comecei a

escrever minha história de volta à academia e à pesquisa científica a partir do nascimento do meu filho.

O que era para ser apenas uma prova para experimentar a sensação de voltar a estudar e fazer, um dia, uma pós-graduação, virou uma aprovação no mestrado, que por sua vez foi concluído em 2012 com uma dissertação a respeito da cesárea indesejada, com orientação da Professora Doutora Carmen Simone Grilo Diniz. O estudo foi parte de um projeto do grupo de pesquisa Gênero e Evidências em Maternidade e Saúde (Gemas). Naquela época, era urgente para mim cunhar o termo “cesárea indesejada”, uma vez que a literatura já apontava que de 70% a 80% (POTTER et al., 2001) das mulheres que tinham passado por uma cesárea, no Brasil, desejavam um parto normal no início. Eu havia vivido esse fenômeno. E eu precisava entender o processo que levava a esse fenômeno. Enfim, eu não conseguiria mais mudar a minha experiência, no entanto, a perspectiva de produzir evidências e colaborar para que outras mulheres não passassem pela mesma experiência que a minha definitivamente tinha e teve um efeito curador e restaurador na minha história.

Voltando à minha dissertação, entre seus resultados, três fatos chamaram a atenção: a violência obstétrica (também chamada de desrespeito, abuso e maus-tratos e violência institucional na assistência ao parto) sofrida e relatada pelas mulheres, um tema que as mídias sociais estavam começando a divulgar; a tristeza profunda e prolongada que essas mesmas mulheres relatavam após a vivência da cesárea indesejada, da violência obstétrica e a separação mãe-bebê (mãos amarradas e que não permitiam o contato inicial com o bebê, sedação involuntária após o parto e ficar sozinha na recuperação sem informação sobre si e sobre o seu bebê, além da demora para ver o bebê). Assim, foi escrevendo o artigo com os

resultados do mestrado que o embrião desta tese de doutorado começou a ser gestado.

O que acontece durante a assistência para que essas mulheres me digam, dia após dia, que estão sofrendo, assim como eu, sequelas físicas e emocionais da assistência ao parto?

Em meio ao primeiro ano cheio de disciplinas do doutorado, a Professora Jane Sandall, do King's College London, veio a São Paulo e falou sobre o *Maternity Safety Thermometer*.² E lá estava a resposta para todas as minhas questões: nós estamos produzindo dano às mulheres. Enquanto a Inglaterra está preocupada em medir a temperatura de cada um dos danos na assistência oferecida às mulheres, no Brasil, a tomar pelas crescentes taxas de cesárea e de *near miss*³ e mortalidade materna, estamos cada vez mais distantes de uma assistência que proporcione experiências saudáveis do ponto de vista físico e emocional. Oferecemos uma assistência que produz iatrogenias e isso é muito sério não só da perspectiva individual, como da de saúde pública.

Eis que nasceu o objeto da minha tese, que pretendeu encontrar no banco de dados do Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento a temperatura dos danos impostos à população de mães e bebês do Sudeste brasileiro, bem como verificar a frequência dos diferentes danos, no período de 2011-2012.

² O instrumento será detalhado ao longo do trabalho. Mais informações: https://www.safetythermometer.nhs.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=285.

³ De acordo com a definição da OMS, adotada neste trabalho, *near miss* compreende “[...] uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu à complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o fim da gestação” (SAY, L.; SOUZA, J. P.; PATTINSON, R. C. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 23, n. 3, 2009, p. 289).

Buscou-se, ainda, verificar a associação entre os danos e a elevada temperatura de danos e a saúde mental pós-parto, mais especificamente a depressão pós-parto.

1 INTRODUÇÃO

1.1 ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL

Nos últimos anos, a comunidade científica tem debatido a assistência ao parto no Brasil e no mundo. Entre outras questões, discutem-se a elevada taxa de cesárea do país e o emprego excessivo e rotineiro de intervenções no parto vaginal, como o uso frequente de ocitocina, amniotomia, manobra de Kristeller, episiotomia e posição de litotomia (BARROS et al., 2015; LEAL et al., 2014). A separação mãe-bebê (MOREIRA et al., 2014) e a elevada ocorrência de desrespeito, abuso e maus-tratos (HOTIMSKY; AGUIAR; VENTURI, 2013; VENTURI; GODINHO, 2013; WHO, 2014) também chamam a atenção, ao lado de taxas de morbimortalidade materna e neonatal estagnadas e incompatíveis com o grau de desenvolvimento do país (VICTORA et al., 2011), ainda que as estimativas mais recentes apontem que a Razão da Mortalidade Materna (RMM) diminuiu nos últimos 15 anos no Brasil (WHO, 2015a).

1.1.1 Indicadores sobre parto e nascimento

Entre as pesquisas científicas mais recentes sobre a assistência ao parto no país, a Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento teve alguns de seus resultados publicados nos anos de 2014 a 2016 em diversas revistas nacionais e internacionais. Esse inquérito, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), contemplou 266 maternidades com 500 ou mais partos por ano e foi representativo dos nascimentos hospitalares do país (83% dos partos ocorrem em instituições de

saúde no Brasil). A pesquisa visitou 191 municípios e entrevistou 23.940 mulheres entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 (LEAL; GAMA, 2014).

Com base nos resultados desse estudo, é possível fazer um retrato sobre a qualidade da assistência que tem sido oferecida para mulheres e bebês no Brasil.

Nascer no Brasil não tem sido uma experiência natural nem para pobres nem para ricos. O parto vaginal, mais frequente nos estabelecimentos públicos, quase sempre ocorre com muita dor e excesso de intervenções. Nos estabelecimentos privados, a cesariana, uma cirurgia muitas vezes desnecessária e quase sempre pré-agendada, vem se constituindo em uma opção para minimizar esse sofrimento. (LEAL; GAMA, 2014, p. S5).

Entre os principais resultados, encontrou-se cobertura elevada da assistência pré-natal (98,7%), sendo que 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal antes da 16ª semana gestacional e 73,1% compareceram a pelo menos seis consultas. Em sua maioria, o pré-natal foi realizado em unidades básicas de saúde (89,6%), com a assistência de médicos (75,6%). Um quarto das gestantes foi considerado de risco e 16,2% procuraram mais de um serviço para a admissão para o parto (VIELLAS et al., 2014).

Com relação à decisão pelo tipo de parto, a preferência inicial pela cesariana foi de 27,6% das mulheres, variando de 15,4% (primíparas no setor público) a 73,2% (multíparas com cesariana anterior no setor privado). O principal motivo para a escolha do parto vaginal foi a melhor recuperação desse tipo de parto (68,5%) e, para a cesariana, o medo da dor do parto (46,6%). Mulheres do setor privado apresentaram 87,5% de cesariana, com aumento da decisão pela cirurgia no final da gestação, independentemente do diagnóstico de complicações. Em ambos os setores, a proporção de cesariana foi muito superior ao desejado pelas mulheres (DOMINGUES et al., 2014).

Sobre as boas práticas durante o trabalho de parto, estas ocorreram em menos da metade dos nascimentos (LEAL et al., 2014). O uso de intervenções obstétricas durante o parto e o nascimento, como ocitocina e amniotomia, foi de 40%, sendo maior no setor público e nas mulheres com menor escolaridade. A manobra de Kristeller, a episiotomia e a litotomia foram utilizadas em 37%, 56% e 92% das mulheres, respectivamente. A cesariana foi menos frequente nas usuárias do setor público, em mulheres não brancas, naquelas com menor escolaridade e em múltiparas (LEAL et al., 2014). Um quarto das mulheres (24,5%) não teve acompanhante algum, 18,8% tiveram companhia contínua e 56,7% tiveram acompanhamento parcial (DINIZ; SCHNECK; RANCE, 2014)

No que diz respeito às boas práticas de atenção ao recém-nascido, identificaram-se intervenções usadas de forma excessiva, tais como o uso de oxigênio inalatório (9,5%), aspiração de vias aéreas (71,1%) e gástrica (39,7%) e uso de incubadora (8,8%). A amamentação na primeira hora (na sala de parto) foi considerada baixa (16,1%), mesmo nos hospitais com título de Hospital Amigo da Criança⁴ (24,0%) (MOREIRA et al., 2014). A taxa de parto prematuro foi de 11,5%, e em 60,7% dos casos houve início espontâneo de trabalho de parto ou ruptura prematura de membranas. Em contrapartida, 39,3% dos nascimentos prematuros foram iniciados pelo profissional de saúde, sendo 90,0% deste grupo uma cesárea fora de trabalho de parto (LEAL et al., 2016a). Considerando-se a prematuridade tardia (nascidos entre 34/0 e 36/7 semanas), 38,0% dela foi iniciada pelo profissional;

4 “A Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC foi idealizada em 1990 pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e pelo Unicef para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.” (UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília, DF: Unicef, [ca. 1992]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm>. Acesso em ago. 2016).

32,0% destes nascimentos aconteceram nos serviços públicos e 61,0%, nos serviços privados. As mulheres do serviço privado apresentaram índices mais elevados de parto prematuro tardio (4,8%) quando comparadas àquelas do serviço público (2,4%) (LEAL et al., 2016b).

Com relação às complicações muito graves, chamadas de *near miss*, a incidência nas mulheres foi de 10,2 por 1.000 nascidos vivos (SILVA et al., 2014). Já o *near miss* neonatal foi de 39,2 por 1.000 nascidos vivos (NV) e a taxa de mortalidade neonatal correspondeu a 11,1 por 1.000 NV (SILVA et al., 2014). O risco de morte materna pós-parto foi quase três vezes maior com a cesariana do que com parto vaginal (OR:2,87; IC 95%: 1,63-5,06), principalmente devido a hemorragias pós-parto e complicações anestésicas (ESTEVES-PEREIRA et al., 2016). Estes dados serão abordados novamente mais adiante.

1.1.2 Taxas de cesárea e efeitos adversos

A cesárea é intervenção valiosa, capaz de salvar a vida de mulheres e bebês quando bem indicada. No entanto, a grande questão que hoje se discute no Brasil é o seu uso de forma rotineira e desnecessária, em que apenas se agrega o risco do procedimento. Dessa maneira, seu benefício – em uma situação de risco iminente para mãe ou bebê – é perdido.

Desde a década de 1980, muitas ações vêm sendo realizadas no Brasil a fim de lidar com o aumento dos nascimentos por via cirúrgica. No entanto, tais ações não têm surtido efeito, uma vez que as taxas de cesáreas crescem anualmente no país. As estimativas mais recentes indicam taxa de 57% para a população geral, sendo 61%

na Região Sudeste em 2014 (BRASIL, 2016) e taxas acima de 80% nos serviços com pagamento privado (que atendem convênios e particulares) (LEAL et al., 2014), que figuram entre as mais elevadas do mundo (BARROS et al., 2015).

Quando a cirurgia cesariana é feita sem indicação médica, aumenta o risco de resultados adversos de curto prazo para as mulheres e bebês (WHO, 2010a). Um estudo conduzido em oito países latino-americanos sugeriu que o aumento das taxas de cesarianas aparece associado ao crescimento da mortalidade materna, ao maior uso de antibióticos no pós-parto e à maior morbidade materna grave (VILLAR et al., 2006). Para mulheres submetidas a cesarianas eletivas, há altas frequências de mortalidade materna, hospitalização em unidades de terapia intensiva (UTIs), transfusão de sangue, histerectomia, terapias com antibióticos e longa permanência hospitalar (VILLAR et al., 2007). Além disso, a cesariana representa fator de risco já bem estabelecido na literatura para o desenvolvimento subsequente de apresentações anormais de placenta, aumento da prevalência de febre no pós-parto, bem como de maior risco de ruptura uterina, hemorragia pós-parto, remoção manual da placenta, infecção e admissão em UTI (LEAL et al., 2012).

Mas o aumento dos riscos não está relacionado somente às mulheres. As cesarianas também estão associadas a numerosos efeitos adversos para o recém-nascido, como taxas elevadas de mortalidade neonatal, nascimentos pré-termo intermediários (entre 32 e 33 semanas) e tardios (entre 34 e 36 semanas), maior admissão em UTI neonatal e uso de ventilação mecânica em recém-nascidos a termo em gestações de baixo risco (LEAL et al., 2012).

Ainda que em países de baixa renda e com taxas muito baixas de cesárea o acesso à cirurgia melhore os desfechos maternos e neonatais e reduza a morbidade e mortalidade de mães e bebês, estudos demonstram que, em países de maior renda,

o aumento de cesarianas eletivas, realizadas fora de trabalho de parto e sem uma indicação clara e baseada em evidências científicas, está associado a piores resultados perinatais (WHO, 2010a). De acordo com o Ministério da Saúde, o uso indiscriminado da cesárea eletiva “envolve riscos adicionais desnecessários tanto para a mãe como a criança, e custos adicionais para o sistema de saúde” (BRASIL, 2012, p. 375).

Vários estudos sugerem que, no Brasil, o aumento das taxas de prematuridade e baixo peso ao nascer está associado ao crescimento das taxas de cesarianas. Em Pelotas (RS), um estudo de coorte mostrou que a taxa de prematuridade no município aumentou de 6,3%, em 1982, para 11,4%, em 1993, e para 14,7%, em 2004, quando também houve acréscimo dos nascimentos por cesarianas (28%, 31% e 45%, respectivamente) e de partos vaginais instrumentais (BARROS et al., 2008). Da mesma forma, dados de uma pesquisa de coorte em Ribeirão Preto (SP) (BETTIOL et al., 2000) indicam que a taxa de prematuridade elevou-se de 6,0%, em 1978/79, para 13,3%, em 1994, o que sugere uma relação entre o aumento da taxa de cesarianas e um cenário de excessivas intervenções médicas.

Nesse contexto, as discussões a respeito da epidemia de cesáreas tratam da perspectiva da segurança, uma vez que há associação entre taxas de cesariana e aumento da morbidade e mortalidade materna e neonatal em diversos países (WHO, 2010a).

1.1.3 Morbimortalidade materna no Brasil

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. (BRASIL, 2009, p. 7).

Em 2011, a razão de mortalidade materna (RMM) do Brasil foi de 64,8/100.000 nascidos vivos (NV) (BRASIL, 2016), e a estimativa mais recente da OMS para o país corresponde a 44/100.000 NV, com uma variação de 36 a 54/100.000 NV (WHO, 2015a). Não há valor aceitável para a RMM, uma vez que todo o esforço deve ser no sentido de evitar que uma morte ocorra. No entanto, tendo como referência países com RMM baixas, como Suécia (4/100.000 NV), Suíça (5/100.000 NV), Japão (5/100.000 NV), Austrália (6/100.000 NV), Canadá (7/100.000 NV), Reino Unido (9/100.000 NV), Estados Unidos (14/100.000 NV) e Uruguai (15/100.000 NV) (WHO, 2015a), nota-se que o Brasil ainda tem longo caminho a percorrer.

Ainda de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015b), estima-se que, em 2010, aproximadamente 287 mil mulheres morreram durante a gestação e o parto. Esse número representa um declínio de 47% em relação aos níveis encontrados em 1990, mas ainda é elevado e distante da quinta Meta de Desenvolvimento do Milênio,⁵ que compreendia a redução de 75% das mortes maternas até 2015 (VICTORA et al., 2016). A maioria dessas mortes está concentrada nos países em desenvolvimento e decorre da falta de acesso a cuidados de rotina adequados e a cuidados de emergência quando necessários (WHO, 2015a).

De acordo com SOUZA (2011, p. 275), “a qualidade da atenção está no cerne do problema da mortalidade materna no Brasil”. Segundo o autor, 75% das mortes maternas no país estão associadas a causas obstétricas diretas e evitáveis (como eventos hipertensivos e hemorrágicos) e a complicações na gestação relacionadas à

⁵ Em 2000, como forma de combater a extrema pobreza e promover o desenvolvimento de vários países, líderes dos Estados-membros das Nações Unidas se reuniram e firmaram um documento chamado “Declaração do Milênio”, cuja quinta meta refere-se à redução da mortalidade materna em três quartos no período compreendido entre 1990 e 2015.

demora na assistência, seja na detecção precoce seja no uso da intervenção apropriada, e no processo de coordenação entre as unidades do sistema de saúde.

Quando comparadas com o total de grávidas, as mulheres que morrem de causas obstétricas diretas e evitáveis representam uma pequena parcela da população. A maior parte delas sobrevive a essas graves complicações obstétricas, também chamadas de “*near miss* materno” (NMM).

Na literatura, no que se refere à assistência à gestação e ao parto, o conceito de morbidade materna, mais precisamente de NMM, vem sendo exaustivamente estudado pela sua relação com a mortalidade materna. “A morbidade materna é um *continuum* que se inicia com a ocorrência de uma complicação durante a gestação, parto ou puerpério, e que termina na morte, podendo-se reconhecer, separadamente, um grupo de extrema gravidade, conhecido como *near miss*” (AMARAL; LUZ; SOUZA, 2007, p. 486).

De acordo com SAY; SOUZA e PATTINSON (2009), *near miss* ou morbidade materna aguda e grave são os dois termos usados para ‘complicação obstétrica grave e ameaçadora da vida’ (*severe, life-threatening obstetric complication*). Para esses casos, o grupo de trabalho da OMS sobre mortalidade e morbidade maternas recomenda a utilização do termo *near miss*. De acordo com os autores, pode-se definir *near miss* materno (NMM) como “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o fim da gestação” (SAY; SOUZA; PATTINSON, 2009, p. 289).

Estudo recente sobre NMM no Brasil indica 10,2 casos por 1.000 nascidos vivos e, assim como a razão de mortalidade materna, a razão de *near miss* varia nas regiões, com taxas de 5,0 a 33,2 casos por 1.000 nascidos vivos (DIAS et al., 2014).

DIAS et al. (2014) consideram a incidência de 10,2 por 1.000 nascidos vivos “conservadora”, uma vez que:

[...] não foram incluídos no estudo os casos decorrentes de abortamento, complicações ocorridas no puerpério após a alta hospitalar, bem como partos ocorridos no domicílio, em via pública ou em hospitais pequenos, com menos de 500 partos por ano [...] o aborto e a gravidez ectópica podem contribuir com aproximadamente 8% dos casos de NMM. (DIAS et al., 2014, p. 175–176).

Desse modo, ainda que se considerem esses valores subestimados, uma vez que não incluem os casos mencionados anteriormente, é importante considerar o NMM uma morbidade grave e potencialmente letal. Isso significa que há uma parcela ainda maior de mulheres que sofre de morbidades maternas não letais, mas potencialmente danosas para a sua saúde física e emocional, conforme será discutido a seguir.

1.2 HARM FREE CARE E O TERMÔMETRO DE SEGURANÇA DA MATERNIDADE

No plano internacional, as evidências de que a assistência muitas vezes causa danos levou ao surgimento de um movimento pela segurança do paciente, que visa prevenir práticas prejudiciais (SANDALL; MORTON; BICK, 2010). Tornar a experiência do parto mais segura, tanto em relação aos aspectos físicos quanto aos psicossociais, especialmente no que diz respeito aos danos evitáveis, constitui uma prioridade para melhorar os desfechos maternos e neonatais, tanto no Brasil como internacionalmente (DINIZ et al., 2015).

Partindo da premissa de que mais do que 10% dos pacientes são prejudicados pela assistência,⁶ que esses pacientes e suas famílias, muitas vezes, relatam uma experiência negativa e efeitos adversos sobre o bem-estar físico, mental e social e que, anualmente, gastam-se milhões para tratar esses danos iatrogênicos, em 2010 a Inglaterra iniciou o programa nacional Qualidade, Inovação, Produtividade e Prevenção (Quality, Innovation, Productivity and Prevention – QIPP), que procurou melhorar a qualidade do cuidado, enquanto reduzia custos. O foco era a redução de quatro danos de grande volume já definidos em estudos anteriores e que isoladamente custavam 430 milhões de libras ao governo: úlceras de pressão, quedas, infecções urinárias em pacientes com cateter e tromboembolismo venoso (POWER et al., 2014).

A estratégia inovadora promove o ‘cuidado livre de danos’ (*harm free care*) e utiliza como slogan *it’s not just counting, it’s caring*, ‘não é apenas uma contagem, é o cuidado’ (NHS, 2015). Esta abordagem procura compreender o dano a partir da perspectiva do paciente, e permite verificar a presença de um ou mais danos, em cada um dos pacientes, bem como o cuidado livre de danos (zero danos) oferecido pela assistência. Em colaboração com mais de 160 organizações do National Health Service (NHS), um grupo de *experts* desenvolveu um instrumento chamado Termômetro de Segurança para medir os quatro danos citados (NHS, 2016; POWER et al., 2014). De acordo com esses documentos,

Esta iniciativa para medir a ‘temperatura’ da segurança [da assistência] nacional [do Reino Unido] com base em quatro danos comuns a todas as variadas formas de assistência à saúde constitui um programa ambicioso que resultará no rastreamento de danos em cerca de 750 mil pacientes por trimestre. (POWER; STEWART; BROTHERTON, 2012, p. 163).

⁶ Ver manuscrito 2 neste trabalho.

Os instrumentos foram desenvolvidos para se empreender uma vez ao mês, em tempo real, uma “checagem de temperatura” ou “temperatura do dano” provocado pela assistência (temperatura alta = mais de um dano em um indivíduo ou um elevado número de um mesmo dano em uma instituição). Dessa forma, é possível acompanhar ao longo do tempo, nos âmbitos local, regional ou nacional, a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes. Trata-se de um sistema prático, objetivo e de baixo custo por meio da obtenção de dados mensais sobre os quatro danos em todos os níveis de complexidade da assistência à saúde, o que permite a produção de indicadores de segurança que podem ser usados para melhorias na assistência (POWER et al., 2014; MELO, 2015).

Entre os vários termômetros desenvolvidos para diferentes áreas,⁷ um deles refere-se à segurança na assistência materna: o *Maternity Safety Thermometer* (MST). Assim como os demais termômetros de segurança, o MST é aplicado uma vez ao mês em 100% das mulheres e bebês nascidos naquele dia. As informações são coletadas em diferentes fontes, a saber, prontuário da mulher, avaliação da mulher, relatório de alta e por meio de conversa com a mulher e com seu parceiro. Os dados são coletados no serviço pela equipe de obstetrícia como parte de sua rotina diária e na ala de pós-parto e pela obstetriz comunitária durante visita domiciliar ou na clínica comunitária pós-natal (NHS, 2016).⁸

⁷ <https://www.safetythermometer.nhs.uk/>.

⁸ O serviço de acompanhamento pós-parto inglês oferecido pelo NHS prevê visitas domiciliares pós-parto e uma clínica comunitária pós-natal. Ver mais detalhes em:
<<http://www.wsh.nhs.uk/ServicesAtoZ/ClinicalServices/E-M/Maternity/onceyouhavegonehome.aspx>>;
<<http://www.southend.nhs.uk/your-services/maternity-unit/post-natal-care/>>;
<<https://www.royalfree.nhs.uk/services/services-a-z/maternity-services/care-in-hospital-when-having-a-baby/>>.

Após a coleta, os dados são inseridos no sistema pelas organizações e, uma semana depois, é possível ter acesso a gráficos e painéis relativos aos dados coletados (POWER et al., 2016; NHS, 2016).

O MST foi traduzido para o português do Brasil por MELO (2015) por meio do processo de adaptação transcultural (ATC)⁹ e foi chamado de Termômetro de Segurança da Maternidade (TSM). A versão adaptada para o português do Brasil do instrumento contém as mesmas categorias que a versão inglesa para medir a assistência obstétrica em cinco tópicos maternos e neonatais considerados danos: (1) trauma perineal e abdominal, (2) hemorragia pós-parto, (3) infecção materna, (4) saúde do bebê (pontuação de Apgar no quinto minuto inferior a sete e admissão em Unidade Neonatal para crianças nascidas a termo) e (5) percepção de segurança pelas mulheres (NHS, 2016).

De acordo com o TSM (MELO, 2015), o primeiro dano, **trauma perineal e abdominal**, contempla laparotomia, cesariana, laceração de 1º a 4º graus e episiotomia.

O segundo dano, **hemorragia pós-parto**, contempla a perda estimada de sangue: < 499 ml, entre 500-999 ml, entre 1000-1999 ml e > 2000 ml. Além disso, verifica: a ocorrência de desmaio ou colapso; medida da Hb (hemoglobina) inferior a 0,7g/dl; transfusão de sangue e recebimento de ferro intravenoso.

O terceiro dano, **infecção materna**, compreende infecção do trato urinário, infecção na incisão da cesárea/laparotomia, mastite, infecção uterina e infecção na ferida perineal.

⁹ Segundo MELO, a adaptação transcultural “[...] engloba o processo de tradução e adaptação cultural de um instrumento, de modo a prepará-lo para ser utilizado em uma população com diferenças culturais, de localização geográfica e de linguística” (MELO, C. R. de. Adaptação transcultural do Maternity Safety Thermometer para o português do Brasil. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. p. 63).

A **saúde do bebê** corresponde ao quarto dano e corresponde a pontuação de Apgar <7 no 5º minuto e admissão em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal/Unidade Neonatal/UTI Neonatal, seja esta internação esperada ou não.

Por fim, o quinto dano aborda a **percepção de segurança pelas mulheres**, com as perguntas: alguma vez você foi separada do seu bebê? Você foi deixada sozinha pelas enfermeiras obstétricas/obstetizes/médicos em algum momento em que estava se sentindo preocupada (durante o trabalho de parto ou parto)? Se você expressou preocupação sobre segurança durante o trabalho de parto ou parto, você considera que foi levada a sério? Você gostaria de falar sobre alguma dessas questões com uma enfermeira obstétrica/obstetiz/médico ou outra pessoa?

Ao medir danos provocados pela assistência obstétrica, o TSM produz como grande inovação o foco em morbidades que são frequentemente invisibilizadas ou naturalizadas como inevitáveis, por exemplo, a cesárea e a episiotomia. Além disso, ao verificar a frequência de hemorragias e infecções, duas das principais causas de *near miss* e de mortalidade materna, o TSM permite que profissionais e equipes tomem conhecimento de sua prevalência, verifiquem suas causas e atuem sobre elas, de forma a evitá-las ou tratá-las precocemente. Ademais, o TSM inclui os desfechos neonatais como indicador de saúde e segurança, considerando a separação mãe-bebê desnecessária como dano, uma importante atualização das evidências científicas para a saúde materno-infantil.

Do ponto de vista da realidade obstétrica brasileira, o TSM surge como uma importante ferramenta não apenas para o monitoramento da qualidade da assistência oferecida para as mulheres e seus bebês, mas também para uma mudança de cultura, permitindo que as equipes da maternidade verifiquem a proporção de mulheres que

receberam assistência livre de danos (zero dano), assim como a temperatura do dano proporcionado às demais (NHS, 2015).

A partir dessa estratégia de aferir o *harm free care*, ou seja, a ‘assistência livre de danos’, o NHS elenca morbidades que, do ponto de vista clínico, não são tradicionalmente consideradas importantes por não apresentarem risco iminente à vida da mulher. No entanto, seus desfechos – trauma perineal, cesárea, hemorragia pós-parto, infecção, separação mãe-bebê e saúde mental – impedem-na de usufruir de completo bem-estar físico, emocional e social, e podem gerar impactos físicos e emocionais na vida futura da mulher, do bebê e da família.

1.3 EXPERIÊNCIA COM O PARTO E SAÚDE MENTAL

1.3.1 Desrespeito, abuso e maus-tratos (DAMT) e cesárea indesejada

Embora os dados epidemiológicos sobre parto e nascimento expostos anteriormente já sejam forte argumento para se manter o debate a respeito de segurança na assistência ao parto, outras questões também merecem atenção. Nos últimos anos, no Brasil, tem surgido um grande interesse em se compreender a violência institucional na assistência ao parto (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011; HOTIMSKY; AGUIAR; VENTURI, 2013; VENTURI; GODINHO, 2013), também referida como violência obstétrica pelo movimento de mulheres (DINIZ et al., 2015; SALGADO; NIY; DINIZ, 2013) e como desrespeito, abuso e maus-tratos (DAMT), segundo declaração da OMS (WHO, 2014).

Prevalece uma cultura de desconsideração do direito às escolhas por parte das mulheres e que, associada ao processo de convencimento feito pelos médicos, leva grande proporção de mulheres (70% a 80%) que desejavam o parto normal no início da gravidez a ser submetida a uma cesárea (POTTER et al., 2001). Adicionalmente, há o efeito deletério das intervenções durante o trabalho de parto ou para indução de parto, sobretudo o seu uso rotineiro e sem indicação, o que além de tornar o parto normal hospitalar um evento potencialmente danoso e altamente doloroso, reforça o conceito de tocofobia (DINIZ, 2014) socialmente construído no Brasil: parto normal seria ruim e perigoso, ao passo que a cesárea seria segura e indolor (DINIZ, 2009).

Esse modelo de assistência, que comete maus-tratos (MOYER et al., 2014), não respeita os desejos e escolhas das mulheres, usa de convencimento e coerção (SALGADO, 2012) e utiliza-se de intervenções de rotina (DINIZ, 2009), coloca em foco a discussão do conceito de violência obstétrica. A violência obstétrica, assim como a violência institucional na assistência ao parto, é caracterizada por qualquer tipo de negligência, violência física, verbal, psicológica e sexual, seja ela cometida por profissionais seja fruto de rotinas ou protocolos institucionais. Ocorre durante a assistência à gestação, ao parto ou pós-parto e inclui a assistência ao abortamento (provocado ou espontâneo) (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; DINIZ et al., 2015).

Nos últimos anos, vários estudos fornecem um retrato preciso da violência obstétrica vivida pelas mulheres brasileiras: um quarto das que tiveram parto normal (nas redes pública e privada) relatou ter sofrido maus-tratos e desrespeito durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto imediato (VENTURI; GODINHO, 2013). Entre as mulheres que viveram uma cesárea indesejada, a maioria teve as mãos amarradas e não pôde pegar ou tocar seu filho após o nascimento, muitas foram “dopadas” após

a cirurgia, sem informação prévia e sem darem consentimento, além de serem “largadas no cantinho” durante a recuperação cirúrgica e anestésica (SALGADO; NIY; DINIZ, 2013).

Uma pesquisa com mulheres do SUS identificou o uso de jargões de cunho moralista e discriminatório e que são usados como “brincadeiras” pelos profissionais. (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011). Também se verificou o uso de ameaças como forma de persuadir a paciente, com a naturalização da dor do parto como preço a ser pago para se tornar mãe (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011). Pesquisa recente (SENA, 2016) realizada via Internet com 30 mães verificou que a violência obstétrica pode ser promovida principalmente por profissionais que acompanham as mulheres em seus pré-natais, desrespeitando a Lei do Acompanhante e incentivando pouco a amamentação após o parto. Entre os profissionais que mais praticam a violência obstétrica estão ginecologistas-obstetras, auxiliares de enfermagem, enfermeiras e anestesistas, em geral, por meio de:

[...] agressão verbal, negligência, abandono, ameaças, incitação à cesariana contrária à vontade da mulher, desrespeito pela via de parto escolhida, marcação da cesariana sem consentimento, exposição do corpo nu da mulher, desconsideração do plano de parto, manifestação de crueldade, abuso anestésico, arrogância médica, tortura física e psicológica, preconceito de gênero, entre outros, com consequências devastadoras para a vida das mulheres. (SENA, 2016, p. 9).

Desse modo, ao se olhar com cautela para a assistência ao parto oferecida hoje no Brasil, nota-se um modelo que desrespeita o desejo das mulheres, utiliza-se de violência institucional, não segue as diretrizes mais atuais e mantém altas taxas de cesárea. Isso significa que, para uma parcela da população, estar grávida hoje no Brasil é estar em desvantagem no que diz respeito à segurança no parto e com risco aumentado para morbidades.

1.3.2 Depressão pós-parto (DPP)

Engravidar, dar à luz um bebê, cuidar dele, amamentá-lo, tornar-se mãe. Esses são eventos comuns na espécie humana, mas completamente singulares para a mulher. Desde a gravidez começam a ocorrer mudanças biológicas, somáticas, psicológicas e sociais que influenciarão a dinâmica psíquica individual e as relações sociais de cada mulher (PICCININI et al., 2008) durante todo este período que envolve gestação, parto e pós-parto.

A gravidez é um momento de importantes reestruturações na vida da mulher e nos papéis que esta exerce. Durante esse período ela tem que passar da condição de só filha para a de também mãe e reviver experiências anteriores, além de ter de reajustar seu relacionamento conjugal, sua situação socioeconômica [...] e suas atividades profissionais. [...] Neste processo, conteúdos inconscientes podem tornar-se conscientes ou aparecer disfarçados sob a forma de sonhos e sintomas. (PICCININI et al., 2008, p. 64).

PICCININI et al. (2008) relatam que esses sintomas são a possibilidade de que conflitos psíquicos sejam elaborados e a identidade da mulher passe por transformações. No entanto, muitas vezes somam-se a esse período outros fatores que podem predispor as mulheres a situações de maiores dificuldades emocionais, agravando sintomas ou instituindo transtornos mentais típicos deste período de gestação e pós-parto.

Há décadas, a natureza, a prevalência e os determinantes de transtornos de saúde mental em mulheres, durante a gravidez e no primeiro ano após o parto, são exaustivamente investigados em países de alta renda. Revisões sistemáticas sobre o tema sugerem que 10% das mulheres grávidas e 13% de mulheres no pós-parto sofrem de algum tipo de transtorno mental, em geral, transtornos depressivos ou de ansiedade (FISHER et al., 2012). Já estudo de prevalência realizado com gestantes

paulistanas de baixa renda verifica que 20,2% delas apresentam transtornos mentais comuns, como ansiedade ou depressão, durante a gestação (FAISAL-CURY et al., 2009).

Os transtornos mentais incluem: disforia puerperal,¹⁰ psicose pós-parto, transtornos de ansiedade e de depressão (CAMACHO et al., 2006), sendo a depressão pós-parto (DPP) um dos mais comumente estudados, por ser das complicações mais comuns e graves da gravidez e do parto. Ocorre nos primeiros meses pós-parto (WHO, 2010b) e, segundo a Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10), considera-se DPP quando os sintomas ocorrem até seis semanas após o parto. Já de acordo com os critérios do DSM-IV-TR, para que um quadro depressivo seja caracterizado como DPP, este deve estar situado nas primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê, podendo os sintomas perdurarem até 1 ano pós-parto.

A DPP possui grande impacto psicológico, biológico e social, configurando-se como um problema de saúde pública (WHO, 2010b). Sua prevalência está estimada em 15% nos países desenvolvidos e em 40% nos países em desenvolvimento (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011; WHO, 2010b). No entanto, estudo conduzido por NORHAYATI e colaboradores (2015) sugere que a prevalência de DPP pode variar de 1,9% a 82,1%, nos países em desenvolvimento, e de 5,2% a 74,0%, nos países desenvolvidos, uma vez que entre seus fatores determinantes estão os sociais, como a condição socioeconômica da mulher (ALHUSEN; ALVAREZ, 2016; MATIJASEVICH et al., 2009; MORAES et al., 2006; RUSCHI et al., 2007).

De acordo com CANTILINO et al. (2010), os sintomas mais comuns de DPP são: humor deprimido, perda de prazer e interesse nas atividades, alteração de peso

¹⁰ Também conhecida como blues puerperal ou *postpartum blues*.

e/ou apetite, alteração de sono, agitação ou retardo psicomotor, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade para concentrar-se ou tomar decisões e até pensamentos de morte ou suicídio.

Ainda há bastante controvérsia sobre as possíveis causas de DPP, uma vez que há grande variação entre os diferentes estudos, mas atualmente já se sabe que há fatores biológicos e sociais envolvidos. Entre os fatores biológicos, encontram-se as bruscas mudanças hormonais que ocorrem após o parto e durante a amamentação, histórico de depressão prévia (FAISAL-CURY et al., 2009) ou de depressão na família, história prévia de alteração de humor e consumo de álcool, problemas de tireoide, entre outros (WHO, 2010b).

Já entre os fatores sociais, um dos importantes preditores de DPP compreende a condição socioeconômica desfavorecida (ALHUSEN; ALVAREZ, 2016; MATIJASEVICH et al., 2009; MORAES et al., 2006; RUSCHI et al., 2007). Além disso, há uma importante relação entre DPP e problemas conjugais ou violência por parceiro íntimo (FAISAL-CURY et al., 2013), não receber apoio isento de julgamento ou crítica no pós-parto, ser solteira, entre outros (WHO, 2010b).

Pensar em interromper a gravidez (MORAES et al., 2006), dificuldades para lidar com o bebê, interrupção da amamentação (DENNIS; MCQUEEN, 2009; HAGA et al., 2012; HASSELMANN; WERNECK; SILVA, 2008) ou dificuldades com ela (FIGUEIREDO et al., 2013) também são fatores já apontados na literatura como influentes no aparecimento de DPP. Um estudo holandês de 2010 evidencia que complicações perinatais, tais como pré-eclâmpsia, hospitalização, cesárea de emergência e hospitalização do bebê, aumentam o risco para mulheres desenvolverem DPP (BLOM et al., 2010). Mulheres que vivem uma situação de *near*

miss materno também estão em maior risco para transtornos mentais (SOUZA et al., 2009).

O diagnóstico da DPP deve ser feito por profissional experiente e qualificado para ouvir a história clínica e reconhecer os sintomas e pode contar com o auxílio de escalas de avaliação que podem ser usadas para medir e caracterizar os sintomas. Uma das mais utilizadas é a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (DE FIGUEIREDO et al., 2015; RUSCHI et al., 2007; SANTOS et al., 2007).

Os efeitos da DPP são amplificados em contextos de pobreza e adversidade social e impactam não somente a saúde da puérpera, como também de sua família, especialmente a relação com o seu bebê, e podem afetar negativamente o crescimento e desenvolvimento das crianças (WHO, 2010b). Companheiros de mulheres com DPP estão mais suscetíveis a também desenvolverem depressão, ao mesmo tempo em que os conflitos conjugais podem aparecer ou ficarem mais graves (FAISAL-CURY et al., 2013), aumentando as chances de complicações para os filhos, como atraso no desenvolvimento físico, cognitivo e social, distúrbios do sono, entre outras (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a frequência, e fatores associados, de danos causados pela assistência às puérperas e aos recém-nascidos do Sudeste brasileiro durante e após o parto, e a associação destes danos com a depressão no período pós-parto, em 2011 e 2012.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a frequência de danos às puérperas a partir dos critérios estabelecidos para o Termômetro de Segurança da Maternidade (TSM).¹¹
- Verificar a prevalência de depressão pós-parto em mulheres da região Sudeste.
- Identificar fatores associados à depressão pós-parto.
- Discutir a assistência obstétrica no Brasil do ponto de vista do cuidado livre de danos e os benefícios do uso do Termômetro de Segurança da Maternidade.

¹¹ *Maternity Safety Thermometer*, em inglês.

3 MÉTODO¹²

3.1 DESENHO

Este estudo é parte do “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” (NNB), estudo transversal que foi coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca ENSP/FIOCRUZ e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Ministério da Ciência e Tecnologia do Brasil e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Ministério da Saúde.

Trata-se de um estudo de âmbito nacional, multicêntrico e de base hospitalar, que realizou entrevistas presenciais com puérperas no pós-parto imediato, por telefone (a primeira, até 6 meses e a segunda, até 12 meses após o parto), além de coleta de dados do prontuário hospitalar no período de fevereiro de 2011 a julho de 2012. Para informações complementares, consultar LEAL et al. (2014) e VASCONCELLOS et al. (2014).

3.2 AMOSTRA

Para se definir a amostra do NNB, foi realizado um estudo probabilístico e que contou com duas fases: definição dos estabelecimentos de saúde participantes e das puérperas que seriam entrevistadas. Eram elegíveis todas as instituições de saúde que, de acordo com dados do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (Sinasc), tinham registrado 500 partos/ano ou mais em 2007, o que correspondeu a 1.394 dos

¹² Este capítulo contém informações descritas em LEAL et al. (2014) e VASCONCELLOS et al. (2014).

3.961 estabelecimentos do país, responsáveis por 78,6% dos 2.851.572 nascimentos vivos naquele mesmo ano. No total, 266 instituições de saúde foram sorteadas em todo o Brasil e, em cada unidade, foram sorteadas 90 puérperas de forma randomizada e aleatória, totalizando 23.940 puérperas em todo o país.

A amostra foi estratificada por Grande Região Geográfica (Norte, Nordeste Centro-Oeste, Sudeste e Sul), por localização do município (Capital e Interior) e pelo tipo de administração (público, privado ou misto).

Em cada hospital foram entrevistadas 90 puérperas em um período que compreendia, ao menos, uma semana, incluindo os finais de semana e feriados. Para isso, o número de entrevistas diárias não ultrapassou 12, sendo que para hospitais com grande volume de partos (mais do que 12 por dia), 12 puérperas eram selecionadas aleatoriamente de uma lista de internações que incluía todos os nascimentos ocorridos no período de 24h. As mulheres e os recém-nascidos que permaneceram hospitalizados foram monitorados pelo estudo durante todo o período de internação (puérperas por 42 dias e recém-nascidos por 28 dias), incluindo aqueles que foram transferidos para outro hospital.

Foram consideradas elegíveis para o estudo todas as puérperas cujos bebês nasceram nos hospitais estudados e estes nasceram vivos ou natimortos com peso >500g e/ou idade gestacional >22 semanas. Foram excluídas do estudo mulheres que possuíam algum distúrbio mental grave, estrangeiras que não falavam português, surdas/mudas ou que tiveram um aborto por ordem judicial.

Na amostra nacional foram incluídos 266 hospitais e 23.894 puérperas, sendo esta representativa das cinco macrorregiões do país (LEAL et al., 2012; VASCONCELLOS et al., 2014).

Para o presente estudo, foram utilizados dados de todas as entrevistadas na Região Sudeste do Brasil, com nascimentos em 89 hospitais da região, totalizando 10.155 pares de mulheres e recém-nascidos (amostra ponderada).

3.3 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: questionários estruturados para a entrevista presencial com a puérpera no período de internação, nas duas entrevistas por telefone (a primeira, até 6 meses e a segunda, até 12 meses pós-parto), na coleta de dados dos prontuários das puérperas entrevistadas e respectivos recém-nascidos; registro fotográfico do cartão de pré-natal e de eventuais exames de ultrassom, quando existentes (Figura 1).

3.4 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram realizados os passos descritos a seguir (Figura 1).

1. Nas primeiras 24 horas após o parto, foi realizada uma entrevista presencial utilizando-se questionário eletrônico (primeira entrevista), que contava com variáveis de identificação da mulher, nível socioeconômico e educacional, condições de vida, histórico de saúde e obstétrico, dados antropométricos, informações da gestação atual, atenção pré-natal, doenças e uso de medicações durante a gestação, informações sobre o parto e o pós-parto, bem como a assistência oferecida à mulher e ao

recém-nascido. Neste período, foram coletadas informações do cartão de pré-natal e de exames de ultrassom, se houvessem.

2. Após a alta da mulher e de seu bebê, coletaram-se as informações do prontuário hospitalar, com dados sobre atenção pré-natal, admissão hospitalar, informações sobre o trabalho de parto e parto, medicações, intervenções realizadas e os resultados do parto para a mulher e para o recém-nascido. Caso a puérpera permanecesse internada por mais de 42 dias e/ou o recém-nascido por mais de 28 dias, seus prontuários eram coletados levando-se em conta esse período.
3. Antes do sexto mês pós-parto foi realizada uma entrevista telefônica (segunda entrevista), obtendo informações sobre re-hospitalização, complicações puerperais, satisfação com a assistência prestada, reavaliação das razões da escolha da via de parto, bem como informações sobre aleitamento, imunização, morbidade e morte.
4. Antes do 12º mês pós-parto foi realizada nova entrevista telefônica (terceira entrevista) para aplicação da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS), para verificar a presença de sintomas de depressão pós-parto na semana que antecedeu a entrevista, e do Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C), para rastreamento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Ambos os instrumentos são escalas largamente utilizadas para diagnóstico e rastreamento das respectivas morbidades e são numerosos os estudos nacionais e internacionais que as utilizam.

5. Uma entrevista foi realizada pelo supervisor de campo diretamente com a direção de cada hospital, a fim de obter informações sobre a sua estrutura física e profissional, logo que teve início o campo dentro da instituição.

Figura 1 – Fluxo de coleta de dados do Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Região Sudeste do Brasil, 2011-2012.

As entrevistas foram realizadas com o uso de um netbook e exportadas diariamente pelo supervisor de campo, diretamente para o portal da pesquisa, que alimentava o banco de dados localizado no servidor da Fiocruz, no Rio de Janeiro. Desta forma, os coordenadores estaduais podiam monitorar em tempo real o trabalho de campo.

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO¹³

Este estudo utilizou-se do banco de dados da Região Sudeste do Brasil. Identificaram-se nesse banco os itens previstos pelo TSM por meio de busca de variáveis disponíveis no “Dicionário de variáveis do NNB”, disponibilizado pela coordenação do Inquérito. Também foram construídas sintaxes com base nas variáveis disponíveis no mesmo Dicionário. Foram utilizados dados da entrevista com a puérpera na maternidade, no primeiro e no segundo contato telefônico, dados do cartão de pré-natal, dos prontuários e de exames (caso estes existissem).

As seguintes variáveis foram utilizadas para a caracterização da população estudada: idade, cor da pele (autorreferida), escolaridade, situação conjugal, classe econômica, tipo de serviço utilizado (público ou privado), consumo de álcool e tabagismo durante a gestação atual, número de gestações anteriores, número de partos anteriores, idade gestacional no parto, tipo de parto da gestação atual, peso do bebê.

¹³ Esta seção traz informações referentes aos Manuscritos 1 e 3, uma vez que o Manuscrito 2 corresponde a um Editorial e não utilizou dados estatísticos.

No *Manuscrito 1*, foram analisadas as variáveis descritas no Quadro 1, integrantes do Termômetro de Segurança da Maternidade (TSM).

Quadro 1 – Variáveis independentes do Manuscrito 1.

TSM	Variáveis
Incisão cirúrgica abdominal ou Trauma perineal	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma perineal (Resposta “sim” para presença de sutura referida pela puérpera) • Episiotomia (resposta “sim” no prontuário) • Cesárea (resposta “sim” no prontuário) • Laparotomia (resposta “sim” no prontuário)
Hemorragia pós-parto	<ul style="list-style-type: none"> • Transfusão de cinco ou mais unidades de hemácia (resposta “sim” no prontuário) • Sangramento referido (resposta “sim” para sangramento referida pela puérpera)
Infecção	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção (resposta “sim” para sinais de infecção referida pela puérpera)
Bebê	<ul style="list-style-type: none"> • Apgar no 5º minuto de vida ≤ 6 (valor no prontuário) • Internação do bebê (resposta “sim” no prontuário)
Percepção sobre segurança	<ul style="list-style-type: none"> • Separação do bebê (respostas “apenas viu o bebê” e “não teve contato com o bebê” para “Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você:” e resposta “não” para “o bebê veio para o quarto junto com você?”) • Falta de saúde e segurança (respostas “regular”, “ruim” ou “péssimo” para “clareza com que os profissionais de saúde explicaram as coisas na internação para o parto”, “tempo disponível para fazer perguntas sobre sua saúde ou o seu tratamento na internação para o parto” e “possibilidade de participar junto com a equipe de saúde das decisões sobre o seu trabalho de parto e o parto”) • Desassistência (respostas “regular”, “ruim” ou “péssimo” para “tempo de espera desde que chegou na maternidade até ser atendida”) • Desrespeito (respostas “regular”, “ruim” ou “péssimo” para “como a Sra. avalia o respeito dos profissionais ao recebê-la e ao falar”, “como a Sra. avalia a maneira como sua intimidade foi respeitada durante o exame físico e o atendimento”) • Maus-tratos (respostas “regular”, “ruim” ou “péssimo” para “na sua internação para o parto, a Sra. considera que foi vítima de maus-tratos?”) • Cuidado precário (mãe) (respostas “regular”, “ruim” ou “péssimo” para opinião da mãe sobre os cuidados e as orientações recebidas depois do parto até a alta da maternidade) • Cuidado precário (bebê) (Respostas “regular”, “ruim” ou “péssimo” para opinião da mãe sobre o atendimento ao bebê na maternidade)
Cuidado Livre de Danos	<ul style="list-style-type: none"> • Número de danos = zero

No *Manuscrito 3*, foi utilizada a “depressão pós-parto” como variável dependente. As variáveis independentes são descritas no Quadro 2.

Quadro 2 – Variáveis independentes do Manuscrito 3.

Blocos	Domínio	Variáveis	
Distal	Condições socioeconômicas	<ul style="list-style-type: none"> • “Escore socioeconômico” <ul style="list-style-type: none"> ○ C/D/E ○ A/B • “Escolaridade materna” <ul style="list-style-type: none"> ○ no máximo ensino fundamental completo ○ pelo menos ensino médio completo • “Fonte de pagamento” <ul style="list-style-type: none"> ○ pública ○ privada • “Raça/cor da pele” <ul style="list-style-type: none"> ○ preta ○ não preta 	
Intermediário I	Vulnerabilidade individual	<ul style="list-style-type: none"> • “Situação conjugal” <ul style="list-style-type: none"> ○ sem companheiro ○ com companheiro • “Queria engravidar” <ul style="list-style-type: none"> ○ não ○ queria esperar mais tempo ○ sim • “Tabagismo” <ul style="list-style-type: none"> ○ não ○ sim • “Uso inadequado de álcool” <ul style="list-style-type: none"> ○ não ○ não usou de forma inadequada ○ sim 	
Intermediário II	Histórico de saúde e de gestações anteriores	<ul style="list-style-type: none"> • “Doença psiquiátrica prévia” <ul style="list-style-type: none"> ○ não ○ sim • “Doença crônica prévia” <ul style="list-style-type: none"> ○ não ○ sim • “Número de gestações anteriores” <ul style="list-style-type: none"> ○ primigesta ○ 1 ou 2 ○ 3 ou mais 	<ul style="list-style-type: none"> • “Tentou um aborto” <ul style="list-style-type: none"> ○ não ○ primigesta ○ sim • “Natimorto prévio” <ul style="list-style-type: none"> ○ não ○ primigesta ○ sim • “Neomorto prévio” <ul style="list-style-type: none"> ○ não ○ primigesta ○ sim
Proximal	Gestação atual	<ul style="list-style-type: none"> • “Experiência no parto” <ul style="list-style-type: none"> ○ excelente ○ bom ○ regular/ruim/péssimo • “Morte do bebê” <ul style="list-style-type: none"> ○ não ○ sim • Número de danos <ul style="list-style-type: none"> ○ ≤ 2 ○ $=3$ ○ ≥ 4 	

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para o Manuscrito 1, a análise descritiva foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas para os danos, bem como para as variáveis que os compuseram. Posteriormente, foi criada uma variável para quantificar o número de danos para cada mulher entrevistada. Esta variável foi categorizada em 0, 1, 2 ou mais danos (variável dependente), a fim de verificar sua associação com o tipo de parto e a fonte de financiamento do parto (variáveis independentes). Além disso, para esta análise, optou-se por desconsiderar o dano 1, uma vez que o nascimento por cesárea, considerado como dano pelo TSM, representa uma das categorias da variável “tipo de parto”. Como medida de associação, utilizou-se a razão de chances (*odds ratio* – OR), calculada por modelo logístico multinomial, tendo como categoria de referência (OR=1,00) o parto normal espontâneo e o financiamento público do parto. Considerou-se nível de significância de 5% com apresentação de intervalo de confiança de 95%. A relação do tipo de parto com o número de danos também foi analisada segundo os estratos da variável fonte de financiamento. Mulheres sem informação, ou que responderam “não sabe” para as variáveis utilizadas na composição dos danos não foram consideradas nesta análise. Convencionou-se separar o parto vaginal espontâneo do parto vaginal não espontâneo (com indução, vácuo ou fórceps) e a cesárea eletiva (sem trabalho de parto) da cesárea com trabalho de parto (espontâneo ou induzido), uma vez que existem diferenças quanto às indicações e aos desfechos entre os diferentes tipos de nascimento (FREITAS; SAVI, 2011). Todas as análises, sintáticas e estatísticas, foram realizadas com auxílio do software SPSS 19.0 (SPSS Inc., Chicago, USA), considerando-se amostra complexa para inclusão de efeito de desenho amostral.

Para o Manuscrito 3, realizou-se análise exploratória dos dados por meio do cálculo de medidas resumo e de variabilidade para a variável idade e de distribuições de frequências para as demais variáveis, categóricas. Para a identificação de fatores associados à DPP utilizou-se como medida de associação o *odds ratio* (OR), com respectivo Intervalo de Confiança de 95% (IC95%), calculada por meio de análise de regressão logística simples e ajustada, segundo o modelo hierárquico teórico conceitual. Para todas as variáveis foi estabelecida uma categoria de referência, considerada a de menor risco para a ocorrência de depressão pós-parto (DPP).

Para a construção do modelo hierarquizado, o bloco de variáveis socioeconômicas foi analisado como o mais distal em relação ao desfecho, seguido do bloco referente à vulnerabilidade individual e ao histórico de saúde e gestações anteriores, considerados intermediários. Por fim, características da gestação atual entraram na análise como bloco proximal. Variáveis de cada bloco com valor de $p \leq 0,20$ ou de importância clínica e epidemiológica para a ocorrência do desfecho foram mantidas no modelo hierarquizado para controle de efeitos confundidores residuais. Na análise e discussão dos resultados, variáveis independentes com nível de significância de 5% foram consideradas associadas à DPP.

Todas as análises foram realizadas considerando-se amostra complexa para inclusão de efeito de desenho amostral, com auxílio do software SPSS 19.0 (SPSS Inc., Chicago, USA).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento (NNB) foi submetido a e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de

Saúde Pública – Fiocruz (Anexo III). O presente estudo também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Anexo IV).

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi lido para todas as puérperas participantes do NNB no início da pesquisa, tendo sido entregue uma cópia impressa deste TCLE assinado pela mulher e pelo entrevistador a cada umas puérperas ou para o seu responsável legal. O presente estudo trabalhou apenas com banco de dados, o que dispensa o uso de um novo TCLE.

Um termo de concessão para uso de dados da pesquisa NNB foi submetido e aprovado pela coordenação regional do Inquérito (Anexo V).

4 RESULTADOS

4.1 MANUSCRITO 1

4.2 MANUSCRITO 2

4.3 MANUSCRITO 3

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Utilizar os itens propostos pelo TSM para identificação de danos na população da Região Sudeste do Brasil mostrou ser ótimo recurso. A partir do uso desse instrumento, evidenciou-se que a assistência ao parto no Brasil ainda promove um número maior de danos (*harmful care*) do que o cuidado livre de danos (*harm free care*). O parto vaginal espontâneo ainda é o tipo de parto que mais protege a mulher e o bebê de um ou mais danos em relação à cesárea. No entanto, quando observado o tipo de financiamento da assistência (público e privado), a cesárea no SUS possui danos associados em seus dois modelos (com e sem trabalho de parto), ainda que a cesárea sem trabalho de parto no setor privado apresente o maior número de danos associados. Essa associação de danos à cesárea no setor público pode ser explicado pelas intervenções que são utilizadas durante todo o processo do trabalho de parto, muitas vezes, de forma rotineira, e que estão associadas a um pior desfecho para a mãe e para o bebê, resultando em uma temperatura elevada de danos.

A baixa qualidade dos dados sobre hemorragia e infecção evidenciou a necessidade de se superar a cegueira de gênero que invisibiliza os dados de saúde da mulher após o nascimento de seu filho. Para isso, é necessário desenvolver instrumentos sensíveis à captação de tais dados e mudar a formação dos recursos humanos de modo a contemplar a avaliação destes eventos adversos. O preenchimento dos prontuários também deve ser aprimorado, de forma que informações tão relevantes como essas não sejam omitidas dos grandes inquéritos que estudam parto e nascimento. Tal fato torna-se mais relevante com os dados recentes sobre hemorragia e mortalidade materna no Brasil, que por sua vez exibem

curvas ascendentes e muito possivelmente associadas, uma vez que a hemorragia é uma das causas mais comuns de mortes maternas no país.

A cesárea, a laceração com necessidade de sutura (espontânea ou por episiotomia), a internação de bebês e a separação de mães e bebês foram os itens com temperatura mais elevada de danos, evidenciando a necessidade de mais estudos para identificar sua prevalência na população e a criação de estratégias para que tais situações sejam evitadas.

Com relação à DPP, identificou-se que 25,8% das mulheres no pós-parto vivenciam sintomas de DPP pouco antes de completar 12 meses do nascimento de seus filhos. Além de fatores socioeconômicos, outros aspectos de vulnerabilidade individual e relativos a gestações anteriores e atuais estão associados à depressão pós-parto. Ressalta-se que a experiência de parto, quando avaliada negativamente, esteve associada à DPP, assim como a ocorrência de danos: quanto maior o número de danos, maior a associação.

No que diz respeito à transição obstétrica, o Brasil está no nível III, ou seja, a qualidade do atendimento compreende um dos principais determinantes dos resultados de saúde das mulheres (SOUZA, 2013) e impacta diretamente na mortalidade e na morbidade. Ainda que a mortalidade materna no Brasil esteja em 70 mortes por 100 mil nascidos vivos, é sabido que “o uso de tecnologias de saúde favorece a redução da morbimortalidade materna, mas a hipermedicalização ou o uso excessivo e desnecessário das tecnologias de saúde na assistência à gestação e ao parto representam também riscos para as mulheres, fetos e recém-nascidos” (SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014, p. S11). Salienta-se, assim, a necessidade de se cuidar sem gerar danos, ou gerando o mínimo de dano possível. Esta reflexão traz para o debate o conceito de “prevenção quaternária”, ou seja, identificar as mulheres

que estão sob risco de hipermedicalização de forma a reduzir as intervenções desnecessárias ou excessivas, com o intuito de minimizar as iatrogenias (SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014), ou seja, oferecer um cuidado livre de danos.

Pensar a assistência obstétrica do ponto de vista da prevenção quaternária, ou seja, de se evitar uma assistência iatrogênica (que produz danos), em direção a um cuidado livre de danos, constitui uma abordagem inovadora e ainda é um grande desafio. Mas pode ser um caminho de sucesso para uma assistência que não somente evite mortes e conte o número de complicações, mas que efetivamente cuide e se importe com cada uma de suas pacientes, mães e bebês.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, J. M. DE; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 36, p. 79–92, mar. 2011.
- ALHUSEN, J. L.; ALVAREZ, C. Perinatal depression: A clinical update. **The Nurse practitioner**, v. 41, n. 5, p. 50–5, 2016.
- AMARAL, E.; LUZ, A. G.; SOUZA, J. P. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 29, n. 9, p. 484–9, 2007.
- BARROS, F. C. et al. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, Sup 3, p. S390–S398, 2008.
- BARROS, F. C. et al. Cesarean sections in Brazil: will they ever stop increasing? **Pan American Journal of Public Health**, v. 38, n. 3, p. 217–225, 2015.
- BETTIOL, H. et al. Factors associated with preterm births in Southeast Brazil: A comparison of two birth cohorts born 15 years apart. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 14, n. 1, p. 30–38, 2000.
- BLOM, E. A. et al. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 117, n. 11, p. 1390–1398, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>.
- CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: Classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 92–102, 2006.
- CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 6, p. 288–294, 2010.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: An emerging problem. **Lancet**, v. 359, n. 9318, p. 1681–1685, 2002.
- DE FIGUEIREDO, F. P. et al. Postpartum depression screening by telephone: a good alternative for public health and research. **Archives of Women's Mental**

Health, v. 18, n. 3, p. 547–553, 2015.

DENNIS, C.-L.; MCQUEEN, K. The Relationship Between Infant-Feeding Outcomes and Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review. **Pediatrics**, v. 123, n. 4, p. e736–e751, 2009.

DIAS, M. A. B. et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 30, Supl., p. S169–S181, 2014.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**, v. 19, n. 2, p. 313–326, 2009.

DINIZ, C. S. G. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. **Interface – Communication, Health, Education**, v. 18, n. 48, p. 217–220, 2014.

DINIZ, C. S. G.; SCHNECK, M. A. D. B. C. A.; RANCE, S. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Supl., p. S140–S153, 2014.

DINIZ, S. G. 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. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377–382, 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, Supl., p. S101–S116, 2014.

ESTEVES-PEREIRA, A. P. et al. Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: A population-based case control study in Brazil. **PLoS ONE**, v. 11, n. 4, p. 1–13, 2016.

FAISAL-CURY, A. et al. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil: depression and anxiety during pregnancy. **Archives of Women's Mental Health**, v. 12, n. 5, p. 335–343, 2009.

FAISAL-CURY, A. et al. Temporal relationship between intimate partner violence and postpartum depression in a sample of low income women. **Maternal and Child Health Journal**, v. 17, n. 7, p. 1297–1303, 2013.

FIGUEIREDO, B. et al. Breastfeeding and postpartum depression: State of the art review. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 4, p. 332–338, 2013.

FISHER, J. et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: A systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 90, n. 2, p. 139–149, 2012.

FREITAS, P. F.; SAVI, E. P. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 10, p. 2009–2020, 2011.

- HAGA, S. M. et al. A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: Multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. **Archives of Women's Mental Health**, v. 15, n. 3, p. 175–184, 2012.
- HASSELMANN, M. H.; WERNECK, G. L.; SILVA, C. V. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Cad Saúde Pública**, v. 24, Supl. 2, p. S341–S352, 2008.
- HOTIMSKY, S. N.; AGUIAR, J. M. DE; VENTURI, G. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado – Uma década de mudanças da opinião pública**. São Paulo: Sesc/Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 217–229.
- LEAL, M. do C. et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive Health**, v. 13, Suppl. 3, p. 163–174, 2016a.
- LEAL, M. do C. et al. Provider-initiated late preterm births in Brazil: Differences between public and private health services. **PLoS ONE**, v. 11, n. 5, p. 1–14, 2016b.
- LEAL, M. do C.; GAMA, S. G. N. DA. Nascer no Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v. 30, Supl., p. S5–S7, 2014.
- LEAL, M. do C. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9, n. 1, p. 15, 2012.
- LEAL, M. D. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, Supl., p. S17–S32, ago. 2014.
- LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 11, n. 4, p. 369–379, 2011.
- MATIJASEVICH, A. et al. Differentials and income-related inequalities in maternal depression during the first two years after childbirth: birth cohort studies from Brazil and the UK. **Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH**, v. 5, n. 12, 2009.
- MELO, C. R. DE. **Adaptação transcultural do Maternity Safety Thermometer para o português do Brasil**. Teste (Doutorado)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.
- MORAES, I. G. da S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 65–70, 2006.
- MOREIRA, E. L. M. et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, Supl., p. S128–S139, 2014.
- MOYER, C. A. et al. “They treat you like you are not a human being”: Maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. **Midwifery**, v. 30, n. 2, p. 262–

268, 2014.

NHS. **NHS Safety Thermometer: It's not just counting ... It's caring**. London: NHS, 2015. Disponível em: <https://www.safetythermometer.nhs.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=285>. Acesso em: 1 jul. 2015.

NHS. **Maternity Safety Thermometer**. London: NHS, 2016. Disponível em: <https://www.safetythermometer.nhs.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=285>.

NORHAYATI, M. N. et al. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. **Journal of Affective Disorders**, v. 175, p. 34–52, 2015.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 1, p. 63–72, 2008.

POTTER, J. E. et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 323, n. 7322, p. 1155–1158, 2001.

POWER, M. et al. Learning from the design and development of the NHS Safety Thermometer. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 26, n. 3, p. 287–297, 2014.

POWER, M. et al. **NHS Safety Thermometer National Data Report 2014-15**. London: NHS, 2016.

POWER, M.; STEWART, K.; BROTHERTON, A. What is the NHS Safety Thermometer? **Clinical risk**, v. 18, n. 5, p. 163–169, 2012.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 3, p. 274–280, 2007.

SALGADO, H.de O.; NIY, D. Y.; DINIZ, C. S. G. Groggy and with tied hands: the first contact with the newborn according to women that had an unwanted c-section. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**, v. 23, n. 2, p. 190–197, 2013.

SALGADO, H. de O. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento**. Dissertação (mestrado em ciências)–Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), São Paulo, 2012.

SANDALL, J.; MORTON, C.; BICK, D. Safety in childbirth and the three “C”s: Community, context and culture. **Midwifery**, v. 26, n. 5, p. 481–482, 2010.

SANTOS, I. S. 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**, v. 23, n. 11, p. 2577–2588, 2007.

SAY, L.; SOUZA, J. P.; PATTINSON, R. C. Maternal near miss – towards a standard

tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 23, n. 3, p. 287–296, 2009.

SENA, L. M. **Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração**. A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Tese (Doutorado)—Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SILVA, A. A. M. da et al. Morbidade neonatal near miss na pesquisa Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, Supl., p. S182–S191, 2014.

SOUZA, J. P. et al. An Emerging “Maternal Near-Miss Syndrome”: Narratives of Women Who Almost Died During Pregnancy and Childbirth. **Birth**, v. 36, n. 2, p. 149–158, 2009.

SOUZA, J. P. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 33, n. 10, p. 273–279, 2011.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, Supl., p. S11–S13, 2014.

SOUZA, J. P. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 35, n. 2, p. 533–536, 2013.

VASCONCELLOS, M. T. L. de et al. Sampling design for the Birth in Brazil: National Survey into Labor and Birth. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. Supl., p. S49–S58, 2014.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2013.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863–76, 28 maio 2011.

VICTORA, C. G. et al. Countdown to 2015: A decade of tracking progress for maternal, newborn, and child survival. **Lancet**, v. 387, n. 10032, p. 2049–2059, 2016.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, Supl., p. S85–S100, 2014.

VILLAR, J. et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, v. 367, n. 9525, p. 1819–1829, 2006.

VILLAR, J. et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 335, n. 7628, p. 1025, 17 nov. 2007.

WHO. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 326, n. 8452, p. 436–437, 1985.

WHO. **Caesarean section without medical indication increases risk of short-term adverse outcomes for mothers**. Geneva: WHO, 2010a.

WHO. **Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature**WHO. Geneva: WHO, 2010b.

WHO. **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1>.

WHO. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015**. Geneva: WHO, 2015a.

WHO. **MDG 5: improve maternal health**. Geneva: WHO, 2015b. Disponível em: <http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/en/>. Acesso em: jun. 2016.

ANEXO I - MATERNITY SAFETY THERMOMETER

Maternity Safety Thermometer
PLACE AND MODE OF BIRTH	
PLACE OF SURVEY	☐ Community ☐ Hospital ☐ Midwifery Led Unit
DATE OF SURVEY	____/____/____
ETHNICITY	☐ White British ☐ BME (Black & Minority Ethnic) ☐ Not stated
SPEAKS ENGLISH	☐ Yes ☐ No
AGE	☐ 19 years old or less ☐ 20-34 yrs old ☐ 35-39 yrs old ☐ 40 or more
GESTATION (completed weeks)	☐ Less than 28 weeks ☐ 28-36 weeks ☐ 37 – 42 weeks ☐ more than 42 weeks
PARITY	☐ (please write number in the box, must be parity of 1 or more)
PREGNANCY	☐ Singleton ☐ Multiple
BMI (at booking)	☐ 18.5 or less ☐ 18.5-24.9 ☐ 25-29.9 ☐ 30-34.9 ☐ 35-39.9 ☐ 40 or more
WHERE DID SHE GIVE BIRTH?	☐ Obstetric Unit ☐ Co-located Midwifery Unit ☐ Free standing Midwifery Unit ☐ Home ☐ Other: _____
BABY'S DOB ____/____/____	☐ Spontaneous ☐ Ventouse ☐ Forceps ☐ Failed Instrumental ☐ Caesarean ☐ Admission to HDU / ITU / CCU after the birth
BIRTH DETAILS (tick all that apply)	
PERINEAL TRAUMA / ABDOMINAL WOUND	☐ Abdominal wound following any other surgery (e.g. laparoscopy) ☐ Caesarean ☐ 1 st degree tear ☐ 2 nd degree tear (tick all that apply) ☐ 3 rd /4 th degree tear ☐ Episiotomy
HAS THE WOMAN HAD A PERINEAL TRAUMA AND/OR ABDOMINAL WOUND? ☐ No ☐ Yes →	
POST PARTUM HAEMORRHAGE	
WHAT WAS THE ESTIMATED BLOOD LOSS?	☐ 499 ml or less ☐ 500-999 ml ☐ 1000-1999 ml ☐ 2000 ml+
SINCE BIRTH, HAS THE WOMAN: (tick all that apply)	☐ Had any faint or collapse? ☐ Had an Hb ever measured at less than 7.0 g/dl? ☐ Received a blood transfusion? ☐ Received IV iron? ☐ None of these
INFECTION	
HAS THE WOMAN HAD ANY OF THE FOLLOWING INFECTIONS SINCE THE ONSET OF LABOUR OR WITHIN 10 DAYS OF BIRTH? (At the point of survey) ☐ No ☐ Yes →	☐ Urinary tract infection ☐ Caesarean/abdominal wound ☐ Mastitis ☐ Uterine infection ☐ Perineal wound (tick all that apply)
BABY	
DID THE BABY HAVE AN APOGAR SCORE OF 6 OR LESS AT 5 MINUTES OF BIRTH?	☐ Yes ☐ No
DID THE BABY REQUIRE TRANSFER/ADMISSION TO SCBU/NNUNICU?	☐ No ☐ Yes – Expected ☐ Yes – Unexpected
WOMEN'S PERCEPTION OF SAFETY – TO BE ASKED OF THE WOMAN	
Were you ever separated from your baby?	☐ Yes ☐ No
Were you left alone by midwives or doctors at a time when it worried you (during labour and birth)?	☐ Yes ☐ No
If you raised a concern during labour and birth about safety, did you feel that it was taken seriously?	☐ Yes ☐ No ☐ No concerns
Would you like to talk about any of these questions with a midwife/doctor or other person?	☐ Yes ☐ No (if 'yes', please refer to a midwife/doctor to follow-up)
OPTIONAL LOCAL MEASURE / NOTES	

LOCAL E TIPO DE PARTO	
LOCAL DA PESQUISA	☐ Comunidade ☐ Hospital ☐ Centro de parto normal
DATA DA PESQUISA	____/____/____
COR DA PELE	☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Não declarada
FALA PORTUGUES	☐ Sim ☐ Não
IDADE	☐ 18 anos ou menos ☐ 20-24 anos ☐ 25-29 anos ☐ 30 ou mais
IDADE GESTACIONAL SEMANAS COMPLETAS	☐ Menor de 28 sem. ☐ 28-36 sem. ☐ 37-42 sem. ☐ 39-42 sem. ☐ Mais de 42 sem.
	☐ (a gestação deve ser maior ou igual a 6)
GESTAÇÃO	☐ Única ☐ Múltipla
IMC (na admissão)	☐ 18,0 ou menos ☐ 18,0-24,9 ☐ 25-29,9 ☐ 30-34,9 ☐ 35-39,9 ☐ 40 ou mais
ONDE ELA TEVE O SEU 1º PARTO	☐ Centro Obstétrico ☐ Centro de Parto Normal (ou-hospital) ou geri-hospital ☐ Casa de Parto ☐ Em casa ☐ Outros (especificar): _____
DATA DE NASCIMENTO DO BEBÊ ____/____/____	☐ Normal ☐ Vácuo extrínseco ☐ Fórceps ☐ Parto instrumental (episiotomia, episiotomia, Síncopa)
INFORMAÇÕES DO PARTO (marque todas as opções que se aplicam)	☐ Cesariana ☐ Admissão da mulher em Unidade Semi-intensiva/UTI/UTI-Sedação/UTI-ventilada
TRAUMA PERINEAL/TRAUMA CIRÚRGICO NASCIMENTAL	
A MULHER TEVE TRAUMA PERINEAL OU CIRÚRGICO NASCIMENTAL?	☐ Lesão de 1º grau ☐ Lesão de 2º grau ☐ Lesão de 3º grau/4º grau ☐ Episiotomia (marque todas as opções que se aplicam) ☐ Cesariana
☐ Não ☐ Sim	
HEMORRAGIA PÓS-PARTO	
QUAL FOI A PERDA SANGÜEA ESTIMADA?	☐ 499 ml ou menos ☐ 500-999 ml ☐ 1000-1999 ml ☐ 2000 ml ou mais ☐ Sem registro
DEPOIS DO PARTO, A MULHER... (marque todas as opções que se aplicam)	☐ Teve algum episódio de icterícia ou deamato? ☐ Teve alguma vez a medida da Hb (hemoglobina) foi inferior a 7g/dl? ☐ Recebeu transfusão de sangue? ☐ Recebeu ferro intravenoso? ☐ Nenhum dos anteriores
INFECÇÃO	
A MULHER TEVE ALGUMA DAS SINTOMAS DESESCREITAS?	☐ Infecção do trato urinário ☐ Infecção na região da cavidade pélvica, abdominal
DEPOIS DO INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO, ATÉ 10 DIAS PÓS-PARTO? (se o momento da avaliação)	☐ Mastite ☐ Infecção Uterina ☐ Infecção de ferimento perineal ☐ Outros (s): _____ (marque todas as opções que se aplicam)
☐ Não ☐ Sim	
SEDE	
O BEBÊ TEVE ESCORVA DE ALGUM MÊMBRO OU RIGIDEZ NO 2º MÊMBRO ANTES DO NASCIMENTO?	☐ Sim ☐ Não

O BEBÊ PRECISOU SER TRANSFERIDO/ADMITIDO EM Unidade De Cuidado Intermediário Neonatal/Unidade Neonatal/UTI Neonatal?	☐ Não ☐ Sim – Previsto ☐ Sim – Imprevisto
PERCEPÇÃO DA MULHER SOBRE SEGURANÇA...PERGUNTAR À MULHER	
Alguma vez você foi separada do seu bebê, exceto se ele foi internado em uma Unidade Neonatal para receber o tratamento necessário?	☐ Sim ☐ Não
Você foi deixada sozinha pelos médicos/enfermeiras obstétricas/obstetrias em algum momento em que estava se sentindo preocupada (durante o trabalho de parto ou parto)?	☐ Sim ☐ Não
Se você expressou preocupação sobre segurança durante o trabalho de parto ou parto, você considera que foi levada a sério?	☐ Sim ☐ Não ☐ Sem preocupação
Você gostaria de falar sobre alguma questão com o médico/enfermeira obstétrica/obstetria ou outro profissional?	☐ Sim ☐ Não <small>(Em caso afirmativo, favor referenciar a mulher para um do médico/enfermeira obstétrica/obstetria para dar seguimento).</small>
NOTAS OPCIONAIS	

Fonte: NHS. Versão adaptada do instrumento *Maternity Safety Thermometer* para o português do Brasil

ANEXO III – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FIOCRUZ

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa para o projeto “Nascer o Brasil: Inquérito nacional sobre o parto e Nascimento”.

Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca Comitê de Ética em Pesquisa
Rio de Janeiro, 10 de junho de 2010.		
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:</p>		
PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 92/10 CAAE: 0096.0.031.000-10		
<p>Título do Projeto: “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento (título inicial: Inquérito epidemiológico sobre as consequências da cesariana desnecessária no Brasil)”</p>		
<p>Classificação no Fluxograma: Grupo III</p>		
<p>Pesquisadora Responsável: Maria do Carmo Leal</p>		
<p>Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz</p>		
<p>Data de recebimento no CEP-ENSP: 26 / 04 / 2010</p>		
<p>Data de apreciação: 11 / 05 / 2010</p>		
<p>Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.</p>		
<p>Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (<i>item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96</i>) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.</p>		
<p>Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.</p>
DR. SERGIO REGO Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/ENSP		

ANEXO IV – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Morbidade materna na saúde mental pós-parto: dados do Inquérito Nascer no Brasil na região Sudeste do Brasil.

Pesquisador: HELOISA DE OLIVEIRA SALGADO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45307815.3.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.127.715

Data da Relatoria: 19/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de doutoramento, vinculado a uma ampla pesquisa de abrangência nacional sobre as condições de nascimento no Brasil, coordenado pela FIOCRUZ. No presente projeto, o foco será a morbidade materna e seus fatores associados. Esta pesquisa já foi avaliada em Comitês de Ética e já conta com muitas publicações em revistas nacionais e internacionais.

Objetivo da Pesquisa:

Tem, como objetivo geral, a partir dos dados coletados para o "Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento", verificar o impacto da morbidade materna na saúde mental pós-parto, a saber, depressão pós-parto e estresse pós-traumático pós-parto, no ano de 2011 e 2012 no Estado de São Paulo. Ainda, apresentam-se como objetivos específicos: 1) Verificar a incidência de morbidade materna; 2) Verificar os fatores associados à morbidade materna; 3) Verificar associação entre morbidade materna e saúde mental (transtorno de estresse pós-traumático e depressão pós-parto); 4) Verificar a incidência de transtorno de estresse pós-traumático e depressão pós-parto em mulheres que viveram experiências de morbidade materna.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não oferece riscos, pois trata-se de análise secundária de dados já coletados de modo ético.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira César

CEP: 01.248-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3081-7779

Fax: (11)3081-7779

E-mail: ccep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.1027.715

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa altamente relevante para a saúde pública brasileira e mundial, que poderá aportar conhecimentos novos a um problema persistente em nossa realidade sanitária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica

Recomendações:

Nenhuma recomendação adicional

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Sem pendências ou inadequações

Conduz-se pela aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Acolho parecer do relator pela aprovação.

SÃO PAULO, 28 de Junho de 2015

Assinado por:
Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivalo
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: ccep@fhp.usp.br
CEP: 01.246-904

ANEXO V – TERMO DE CONCESSÃO DO USO DE DADOS DA PESQUISA NASCER NO BRASIL

TERMO DE CONCESSÃO DO USO DE DADOS DA PESQUISA NASCER NO BRASIL

Pesquisador responsável: Heloisa de Oliveira Salgado

Título da pesquisa: Morbidade materna na saúde mental pós-parto: dados do Inquérito Nascere no Brasil na região Sudeste do Brasil.

Objetivos da pesquisa: A partir dos dados coletados para o "Nascere no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento", verificar o impacto da morbidade materna na saúde mental pós-parto, a saber, depressão pós-parto e estresse pós-traumático pós-parto, no ano de 2011 e 2012 no Estado de São Paulo.

Eu, Carmen Simone Grilo Diniz, gestora pelo banco de dados da pesquisa Nascere no Brasil no Sudeste, declaro ter recebido os documentos referentes à solicitação de dados para a realização da pesquisa acima citada. Após contemplar os referidos documentos, CONCEDO a utilização dos dados.

São Paulo, 05 de maio de 2015.

Carmen Simone Grilo Diniz
Gestora

ANEXO VI – CURRÍCULO LATTES DA ALUNA

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Heloisa de Oliveira Salgado)

12/12/16 08:29

Heloisa de Oliveira Salgado

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6772601541358814>
Última atualização do currículo em 18/11/2015

Graduação e bacharelado em Psicologia pela FFCLRP da Universidade de São Paulo (1999), especialização em Psicologia da Infância pelo Setor de Saúde Mental do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo (2000), Mestre e Doutoranda pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Saúde Materno-infantil (2012), sob orientação da Profa Carmen Simone Diniz. Desenvolve o projeto Morbidade materna na saúde mental pós-parto: dados do inquérito Nascer no Brasil na região Sudeste do Brasil. Possui experiência na área de Saúde, com ênfase em Saúde da Mulher, Saúde Materno-Infantil e Saúde Mental. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Heloisa de Oliveira Salgado
Nome em citações bibliográficas SALGADO, H. O.;SALGADO, HELOISA DE OLIVEIRA

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2013 Doutorado em andamento em Doutorado.
Faculdade de Saúde Pública / USP.
Orientador: 🧑‍🎓 Carmen Simone Grilo Diniz.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

2010 - 2012 Mestrado em Mestrado em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública / USP.
Título: A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões no parto e nascimento., Ano de Obtenção: 2012.
Orientador: 🧑‍🎓 Carmen Simone Grilo Diniz.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
Palavras-chave: humanização; cesárea; epidemiologia; evidências científicas; obstetrícia; cesárea indesejada.
Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: SAÚDE MATERNO-INFANTIL.
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana; Pesquisa e desenvolvimento científico.

2000 - 2001 Especialização em Psicologia da Infância. (Carga Horária: 812h).
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.
Título: O psicólogo na enfermagem pediátrica através de um estudo de caso: o trabalho com a família e com a equipe.
Orientador: Profa Dra Mary Lise M. Silveira.

2014 - 2015 Aperfeiçoamento em Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal. (Carga Horária: 180h).
Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil.

ANEXO VII – CURRÍCULO LATTES DA ORIENTADORA

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Carmen Simone Grilo Diniz)

12/12/16 08:30

Carmen Simone Grilo Diniz

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7232133934331288>
Última atualização do currículo em 11/08/2016

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1984). Residência (1987), mestrado (1996) e doutorado (2001) em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo, e pós-doutorado em Saúde Materno-infantil pelo Cemicamp (2004). Pós-doutorado (visiting reader) no King's College London, Women's Health Division (2012). É livre-docente do Departamento de Saúde Materno-infantil na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2011). Colaborou por 20 anos com o Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde (1985-2004) em atividade de assistência, pesquisa e ensino. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Preventiva, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Violência de Gênero, Gênero e Saúde Materna, Saúde Materno-infantil, Saúde Pública baseada em evidências. Foi coordenadora regional (região Sudeste) do Inquérito Nacional Nascer no Brasil (2010-2012). Coordena o grupo do CNPq GEMAS (Gênero e evidências em maternidade e saúde). É chefe do Departamento de Saúde Materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP (2014-2016). Coordena o projeto de pesquisa Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC), apoiado pela FAPESP (2016-2018) **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Carmen Simone Grilo Diniz
Nome em citações bibliográficas	Diniz, C. S. G.; Diniz, S.; Diniz, Simone; Diniz, Simone G.; Diniz, Simone Grilo; Diniz, Carmen Simone Grilo; Carmem Simone Grilo Diniz; Diniz, CSG, Carmen SG Diniz; Diniz Carmem Simone Grilo; Diniz, Carmem Simone Grilo; DINIZ, CARMEM SIMONE; Simone Carmem Grilo Diniz; DINIZ, SIMONE CARMEM GRILO

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. Av. Doutor Arnaldo, 715, 2º andar Cerqueira César 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617124 Fax: (11) 30850240
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1997 - 2001	Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 7). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto, Ano de obtenção: 2001. Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP,
--------------------	---