



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

CÉLIA JOSÉ LAICE SITOE MUHANDULE

PARTO CESÁRIO A PEDIDO MATERNO: PERSPECTIVA DAS MULHERES E DE  
SEUS ACOMPANHANTES

CAMPINAS

2024

CÉLIA JOSÉ LAICE SITO E MUHANDULE

PARTO CESÁRIO A PEDIDO MATERNO: PERSPECTIVA DAS MULHERES E DE SEUS ACOMPANHANTES

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde, área de concentração AC - Saúde Materna e Perinatal

ORIENTADORA: PROF. DRA. ELIANA MARTORANO AMARAL

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA CÉLIA JOSÉ LAICE SITO E MUHANDULE ORIENTADA PELA PROFA. DR<sup>a</sup>. ELIANA MARTORANO AMARAL

CAMPINAS

2024

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

Si87p Sitoe Muhandule, Célia José Laice, 1995-  
Parto cesáreo a pedido materno : perspectiva das mulheres e de seus  
acompanhantes / Célia José Laice Sitoe Muhandule. – Campinas, SP : [s.n.],  
2024.

Orientador: Eliana Martorano Amaral.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade  
de Ciências Médicas.

1. Parto cesariana a pedido materno. 2. Acompanhante de parto. 3.  
Cônjuges. 4. Preferência do paciente. 5. Escolha da mulher. I. Amaral, Eliana  
Martorano, 1960-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

**Título em outro idioma:** Cesarean delivery on maternal request : the perspective of women  
and their companions

**Palavras-chave em inglês:**

Cesarean delivery on maternal request

Birth companion

Spouses

Patient preference

Women's choice

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

**Titulação:** Mestra em Ciências da Saúde

**Banca examinadora:**

Eliana Martorano Amaral [Orientador]

Fernanda Garanhani De Castro Surita

Roseli Mieko Yamamoto Nomura

**Data de defesa:** 23-01-2024

**Programa de Pós-Graduação:** Tocoginecologia

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0009-0005-4242-632X>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/7313589925349949>

## **COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**ORIENTADORA: PROF. DRA. ELIANA MARTORANO**

**AMARAL**

### **MEMBROS:**

- 1. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Eliana Martorano Amaral**
- 2. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Fernanda Garanhani De Castro Surita**
- 3. Prof. Dr. Roseli Mieko Yamamoto Nomura**

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

**Data de Defesa: 23/01/2024**

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no  
SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da  
FCM.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho ao meu bom Deus que nunca me abandona, nas minhas escolhas segue abrindo caminhos e me dando confiança para lidar com os desafios e adversidades do processo, pela graça.

Dedico também ao meu esposo e ao meu filho, pela força e confiança que sempre depositaram em mim, mesmo nos momentos mais difíceis o amor deles me sustentou e motivou-me a terminar essa fase da minha vida com êxito.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família e pais, pelo apoio constante e encorajamento, que significam muito para mim.

Ao Dr. Luis Bahamondes, quero expressar toda a minha gratidão. Agradeço-lhe pela oportunidade, pela confiança e experiências compartilhadas e pelo acolhimento. Muito obrigada, Kanimambo de coração.

A Dra Eliana Martorano Amaral por sua dedicação em mim. Pelos conhecimentos e experiências compartilhados comigo e por me desafiar a pensar mais além e pela confiança depositada. Muito obrigada professora.

Agradeço também a toda a equipa pedagógica da universidade e aos intervenientes profissionais responsáveis pela minha formação, por terem assegurado a parte teórica da mesma.

Aos meus amigos que sempre estiveram lá para mim. Seu apoio incondicional e encorajamento foram de grande ajuda.

Finalmente, agradeço a Organização Mundial da Saúde (OMS) pelo apoio financeiro.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O parto cesariano a pedido materno é uma cirurgia realizada na ausência de indicações materno-fetais e tem sido cada vez mais frequente. Apesar de falta de dados precisos sobre a sua prevalência, estima-se que contribuem com proporções entre 0,2% a 42% das taxas de cesariana, com a maioria dos estudos relatando uma taxa abaixo de 5,0%. No Brasil, vice-líder mundial, a taxa de cesariana é de 56%, sendo 80% no setor privado e 40% no setor público. O parto cesariano a pedido materno expõe a gestante, o feto e o recém-nascido a riscos desnecessários.

**OBJETIVO:** Este estudo tem como objetivo compreender a motivação das mulheres, para solicitar a cesariana, bem como a perspectiva dos seus acompanhantes a respeito de sua escolha.

**MÉTODO:** Estudo qualitativo de abordagem fenomenológica. Os pesquisadores realizaram entrevistas durante o pós-parto imediato, face a face, semiestruturadas, com mulheres que solicitaram cesariana e seus acompanhantes, atendidas no Hospital da Mulher da Universidade de Campinas, Brasil, de março a junho de 2023. Todas as entrevistas foram gravadas e foi feita a análise temática com auxílio do software Nvivo.

**RESULTADOS:** Foram entrevistadas 18 mulheres com idade entre 21 e 43 anos, sendo doze multíparas. Emergiram cinco temas principais: 1) medo da dor do parto, 2) busca de segurança devido a riscos maternos ou fetais, 3) experiências traumáticas de parto anteriores da paciente, família ou amigos 4) senso de controle e 5) falta de conhecimento sobre os riscos e benefícios do parto cesariano.

Foram entrevistados também 14 acompanhantes das mulheres que tiveram cesariana a pedido, sendo a maioria do sexo masculino com idade entre 21 a 45 anos. Emergiram três temas: 1) Apoiar a decisão da mulher 2) Experiências negativas no parto anterior 3) Necessidade de garantir o direito da mulher de escolher o parto mais confortável.

**CONCLUSÕES:** A desinformação sobre os riscos e complicações influenciam as mulheres na tomada de decisão sobre solicitação da cesariana. A percepção dos acompanhantes acerca da via de parto deve ser incluída considerada no aconselhamento para tomada de decisão da mulher. As novas leis sobre cesariana a pedido e laqueadura tubária podem estar contribuindo com esta decisão entre as mulheres estudadas. Devido à alta incidência de cesariana no Brasil, a sensação de segurança e a percepção de ser a “forma mais fácil de ter o filho” sugerem a necessidade de uma mudança cultural profunda para que se possa reduzir as cesarianas desnecessárias.

Palavras chaves: cesariana a pedido materno; CDMR; preferência da paciente; escolha da mulher; acompanhante do parto; parceiro;

## **ABSTRACT**

**BACKGROUND:** Caesarean section is a procedure performed in the absence of maternal-fetal indications. Despite the lack of precise data, it is estimated between 0.2% and 42% of caesarean section rates, with most studies reporting numbers below 5.0%. In Brazil, the world's second leading country, the caesarean section rate is 56%, 80% in the private sector and 40% in the public sector. Caesarean section on request is becoming increasingly common and it exposes the pregnant woman, the fetus and the newborn to unnecessary health risks when not required for clinical reasons.

**OBJECTIVE:** This study aims to understand women's motivation for requesting a caesarean section, as well as their companions' perspective on their choice.

**METHOD:** A qualitative study with a phenomenological approach. The researchers conducted in-depth, semi-structured face-to-face interviews with women who requested a caesarean section and their companions during the immediate postpartum period at the Women's Hospital of the University of Campinas, Brazil, from March to June 2023. All the interviews were recorded and thematic analysis was carried out using Nvivo software.

**RESULTS:** Eighteen women aged between 21 and 43 were interviewed, twelve of whom were multiparous and the others nulliparous. Five main themes emerged: 1) fear of childbirth pain, 2) fear of safety due to maternal or fetal risks, 3) previous traumatic childbirth experiences of the patient, family or friends, 4) sense of control and 5) lack of knowledge about the risks and benefits of caesarean section.

We also interviewed 14 companions of women who had a caesarean section on request, the majority of whom were male and aged between 21 and 45. Three themes emerged: 1) Supporting the woman's decision 2) Negative experiences of previous births 3) The need to 'guarantee' the woman's right to choose the most comfortable birth.

**CONCLUSIONS:** Caesarean section on request is a reality in Brazil, as elsewhere in the world. Misinformation about the risks and complications influences women's decision to request a caesarean section. The new laws and regulations in Brazil on caesarean section on request and tubal ligation seem to contribute to this decision among the women studied. The perception of caesarean section by companions needs to be better explored, since they have a role and likely influence on the woman's decision. Given the high incidence of caesarean sections in Brazil, the feeling of safety and of being the "easiest way to give birth" suggests the need for a profound cultural change in the way birth is understood, so that unnecessary caesarean sections can be reduced.

**Keywords:** Cesarean delivery on maternal request (CDMR); Patient preference;

Women's choice; Birth companion; Spouses;

# Sumário

|           |                                                                                         |           |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1.</b> | <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                                                 | <b>9</b>  |
| <b>2.</b> | <b>OBJETIVOS .....</b>                                                                  | <b>12</b> |
| 2.1.      | OBJETIVO GERAL.....                                                                     | 12        |
| 2.2.      | OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....                                                              | 12        |
| <b>3.</b> | <b>MATERIAL E MÉTODO .....</b>                                                          | <b>13</b> |
| 3.1.      | DESENHO DO ESTUDO .....                                                                 | 13        |
| 3.3.      | SELEÇÃO DOS SUJEITOS .....                                                              | 13        |
| 3.4.      | TAMANHO AMOSTRAL.....                                                                   | 14        |
| 3.5.      | VARIÁVEIS E CONCEITOS.....                                                              | 14        |
| 3.6.      | COLETA DOS DADOS.....                                                                   | 15        |
| 3.7.      | INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....                                                 | 15        |
| 3.8.      | PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....                                                 | 16        |
| 3.9.      | ASPECTOS ÉTICOS .....                                                                   | 16        |
| <b>4.</b> | <b>RESULTADOS.....</b>                                                                  | <b>17</b> |
| 4.1       | ARTIGO 1: PARTO CESARIANO A PEDIDO MATERNO: PERSPECTIVA DAS PUÉRPERAS NO PÓS-PARTO..... | 17        |
| 4.2       | ARTIGO 2: PARTO CESARIANO A PEDIDO MATERNO: A PERSPECTIVA DOS ACOMPANHANTES .....       | 35        |
| <b>5.</b> | <b>DISCUSSÃO GERAL.....</b>                                                             | <b>52</b> |
| <b>6.</b> | <b>CONCLUSÕES .....</b>                                                                 | <b>57</b> |
| <b>7.</b> | <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                 | <b>58</b> |
|           | <b>ANEXO 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PUÉRPERAS .....</b>         | <b>65</b> |
|           | <b>ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ACOMPANHANTES .....</b>    | <b>71</b> |
|           | <b>ANEXO 3 - GUIA DE ENTREVISTA PARA PUÉRPERAS .....</b>                                | <b>78</b> |
|           | <b>ANEXO 4 - GUIA DE ENTREVISTA PARA ACOMPANHANTES.....</b>                             | <b>79</b> |
|           | <b>ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP.....</b>                                       | <b>80</b> |
|           | <b>ANEXO 6 – AUTORIZAÇÃO DA REVISTA PARA USO DO ARTIGO.....</b>                         | <b>91</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

A cesariana é uma intervenção cirúrgica indicada para proteção da vida de gestantes e de recém-nascidos, sempre que a evolução para o parto vaginal deixa de ser segura. A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza que a cesariana deve ser realizada quando há necessidade por razões clínicas ou por convicção materna, após amplo aconselhamento baseado nas melhores evidências, sem sugerir uma determinada taxa (1). Sua utilização se impõe em situações específicas, como gestação gemelar se o 1º feto não for cefálico, placenta prévia total, acretismo placentário, HIV positivo sem tratamento ou com carga viral detectável ou coinfeção com hepatite C, infecção por herpes no terceiro trimestre (2,3).

As taxas gerais de cesariana são mais baixas na África Subsaariana, 5,0%, onde há dificuldade de acesso ao procedimento, e as mais altas na América Latina e Caribe, 42,8% (1). No Brasil, a taxa de cesariana atingiu 56%, a mais elevada depois da República Dominicana, com 58% (4)(5). A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1985, sugeriu que a taxa adequada deveria estar ao redor de 10-15%, embora em países com bons resultados maternos e perinatais em mortalidade, estas proporções encontravam-se em torno 19% (6). A cesariana apresentou um aumento significativo nas últimas décadas, com grande discrepância internacional, regional ou em diferentes tipos de instituições num mesmo país, em função de características sociodemográficas e reprodutivas da parturiente, assim como, a cultura médica na atenção ao parto (7,8).

Chama especial atenção o crescimento do parto cesárea a pedido materno (PCPM ou CDMR, na sigla em inglês)(9). Esta expressão foi definida pela primeira vez em 2007, pelo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG, sigla em inglês), sendo a primeira cesariana realizada na ausência de indicações clínicas ou obstétricas, por desejo materno, com a recomendação de ser efetivada com 39 semanas completas (10). Uma revisão sistemática, envolvendo 31 artigos, analisou cerca de 5 milhões de nascimentos totais de 14 países e encontrou 0,2 a 42,0%, com a maioria dos estudos relatando uma taxa média abaixo de 5,0% (3). O estudo com o menor percentual de cesariana a pedido materno foi da Irlanda (11), enquanto a China teve o maior percentual (3).

A realização do PCPM é controversa e suscita discussões éticas pelos riscos

associados ao parto abdominal, nas situações nas quais não há indicação clínica.

Entre esses riscos incluem-se maior necessidade de histerectomia, mortalidade materna, maior tempo de hospitalização, complicações associadas ao espectro de placenta acreta e/ou rotura uterina na gravidez subsequente, além de maior mortalidade neonatal, asma e obesidade infantil. Adicionalmente, há maior risco que o parto vaginal para tromboembolismo, hemorragias e depressão pós parto, bem como admissão à unidade de terapia intensiva neonatal, infecções neonatais, atraso verbal persistente e mortalidade infantil (até um ano de vida) (12–16). Quando realizada antes das 39 semanas de gestação, associa-se ao risco de problemas emocionais e comportamentais em crianças pré-escolares (17). No entanto, há uma redução de lacerações do 1º grau e incontinência urinária para a mulher (12). Mas como o PCPM é planejado, algumas destas complicações são menos relevantes.

Na literatura internacional, o PCPM está associado a medo da dor do parto vaginal, medo de perder controle durante o parto, prevenção de danos no assoalho pélvico, expectativa de minimizar o sofrimento fetal, parto prolongado, idade materna tardia, obesidade materna, alto grau de escolaridade, concepção via fertilização in vitro ou gravidez muito desejada, ansiedade, nuliparidade, experiência com parto anterior, influência de família, amigos ou sugestão de profissionais de saúde, aspectos emocionais, parto em um hospital com níveis mais elevados de cuidados maternos e assistência pré-natal baseada em obstetra (11,18–20).

Assim, o PCPM traz tensões éticas para os prestadores de serviços, desde que se define como uma cesariana potencialmente desnecessária (21) e com evidências de aumento de risco materno (22). Alguns estudos consideram a aceitação deste tipo de parto pelos obstetras como uma prática clínica defensiva (23), por acreditarem que a cesariana é um procedimento cirúrgico seguro. Em um estudo realizado na França, 27,7% dos gineco-obstetras se declararam dispostos a realizar cesariana a pedido materno, porém, esta resposta esteve mais presente entre aqueles com prática privada. Algo similar deve ocorrer no Brasil diante da alta incidência de cesariana em hospitais privados, com taxa de 85% de cesariana, enquanto alcança 55% nos hospitais público/misto com (24,25).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução nº 2.284/20 que preconiza o direito das gestantes, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha completas 39 semanas, recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e

cesariana, seus respectivos benefícios e riscos. Também a realização da esterilização cirúrgica no momento do parto, proibida desde 1996, passou a ser autorizada pela Lei Federal 14.443/2022, devendo ser solicitada 60 dias antes do parto, a partir dos 21 anos de idade da mulher, independentemente do número de filhos (26)(27). Além disso, desde 2005, a gestante tem direito a um acompanhante de sua escolha durante o trabalho do parto, parto e pós parto de acordo com a Lei Federal nº 11.108, em seu artigo 19, para apoiar-la a ter uma experiência de parto positiva independentemente da via de parto (28).

Estudos sugerem que a esterilização cirúrgica durante o parto parece ser uma das razões para o parto cesariano a pedido (27 – rever citação) (29–31). Proibida sua realização desde 1996, a laqueadura passou a ser permitida em 2022, pela Lei 14.443 de 2022, que modifica as exigências para a realização de laqueadura e vasectomias no âmbito do planejamento familiar. Está Lei também prevê que a laqueadura possa ocorrer no momento seguinte à cesárea, evitando que a mulher passe por duas cirurgias (32). O PCPM é mais prevalente entre as mulheres com determinadas características demográficas, como maior grau de escolaridade, poder econômico, vivendo, com acesso a plano de saúde, idade materna avançada, vivendo em áreas com notável grau de desenvolvimento sócio econômico (33). Assim, a opção por cesariana poderia estar sendo mais acessível a um determinado grupo de mulheres, o que reforçaria as inequidades em saúde. Na maioria dos países do mundo, o PCPM é responsável por uma proporção pequena, porém crescente de todos os partos cesariana, reafirmando o acesso desigual (3,12,33).

Por outro lado, muitas intervenções, mesmo não farmacológicas podem contribuir com a redução das más experiências de parto. O apoio contínuo à mulher dado pela presença de um acompanhante, que pode ser um parceiro ou outra pessoa de sua escolha, dando suporte emocional e contribuindo para relembrar a fisiologia do parto e as medidas de maior conforto, sabidamente traz benefícios (34).

Portanto, torna-se pertinente explorar as perspectivas das mulheres e seus acompanhantes sobre o PCPM para compreender as razões para solicitação da cesariana e potencial apoio nas estratégias para prevenção das cesarianas desnecessárias. Nosso objetivo foi estudar as experiências, atitudes, percepções e crenças das mulheres que solicitaram a cesariana, assim como dos seus acompanhantes num hospital de referência público no Brasil, onde a legislação permite e facilita o acesso a esta opção para todas as mulheres.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Compreender as motivações para solicitação do parto cesariana a pedido, na perspectiva das mulheres e seus acompanhantes.

### **2.2. Objetivos específicos**

- I. Explorar as razões do parto cesariano a pedido materno, na perspectiva das mulheres que foram submetidas a essa via de parto;
- II. Descrever o conhecimento e experiências dos acompanhantes sobre o tipo de parto realizado e sua participação na decisão das mulheres em solicitar o parto cesariano.

### **3. MATERIAL E MÉTODO**

#### **3.1. Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo, utilizando entrevistas semiestruturadas. Os dados foram analisados segundo o método fenomenológico, proposto por Amadeo Giorgi, baseado na fenomenologia de Edmund Husserl (35,36). A fenomenologia visa descrever a essência dos significados expressos pelos participantes sobre suas experiências, distanciando-se de teorias, crenças ou críticas pré-estabelecidas.

#### **3.2. Local do estudo**

O presente estudo realizou-se na unidade de internação em Obstetrícia (Patologia Obstétrica/Alojamento Conjunto) do Hospital Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, Centro de Atenção à Saúde da Mulher (Caism), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil, no período de março a julho de 2023.

#### **3.3. Seleção dos sujeitos**

Foram convidadas a participar do estudo mulheres com idade igual ou superior a 18 anos e que tiveram parto cesariano a pedido materno (PCPM), além de seus acompanhantes que tenham assistido o parto ou que acompanharam a puérpera durante a internação puerperal no CAISM/UNICAMP. Identificaram-se, diariamente, puérperas elegíveis através das informações de registro obstétrico no sistema eletrônico. Buscaram-se todas as puérperas que tiveram registro de PCPM, que foram convidadas, assim como seus acompanhantes, a participarem da pesquisa.

Preenchidos os critérios de inclusão e após ser informada sobre a pesquisa e concordar em participar do estudo, as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Anexo 1 O mesmo procedimento foi seguido para seus acompanhantes (Anexo 2). Ambos os consentimentos foram aprovados, juntamente com o projeto de pesquisa, pelo Comitê de Ética da Unicamp (Anexo 5).

Utilizaram-se guias para orientar todas as entrevistas, em duas versões: uma para as puérperas (Anexo 3) e outra para os seus acompanhantes (Anexo 4). Os formulários foram pré-testados com cinco puérperas e cinco acompanhantes.

Para as mulheres, os critérios de inclusão foram:

- (1) Ter idade igual ou superior a 18 anos;

(2) Ter parto cesariana a pedido;

(3) Aceitar gravar a entrevista.

Para os acompanhantes das mulheres acima, os critérios de inclusão foram:

(1) Presença no trabalho de parto/parto e/ou período pós-parto imediato;

(2) Ter vivenciado a gestação de perto;

(3) Com idade igual ou superior a 18 anos;

(4) Aceitar gravar a entrevista.

### **3.4. Tamanho amostral**

Por se tratar de um estudo qualitativo, não houve cálculo do tamanho amostral. O conjunto de análise foi formado por saturação (38), quando todas as dimensões estudadas estavam representadas e novas entrevistas não acrescentavam novos temas para análise. Esta saturação foi atingida por um processo contínuo de análise preliminar dos dados, tendo como ponto de referência as questões que foram colocadas aos entrevistados para responder os objetivos desta pesquisa. Na entrevista com as puérperas, a saturação começou a ser observada a partir da entrevista 12. Foram feitas mais seis entrevistas para validar a saturação de todas os temas que emergiram, tendo sido encerrada a coleta de dados com 18 participantes. Para os acompanhantes, o fechamento amostral ocorreu na entrevista 14, sendo que a partir da entrevista oito já era possível observar a repetição das respostas.

### **3.5. Variáveis e conceitos**

#### **Identificação e dados sócio-demográficos**

Idade: Número de anos da mulher, autorreferida em entrevista, em número inteiro.

Cor da pele/etnia: cor da pele da mulher, autorreferida em entrevista, categorizada em branca, parda, preta, amarela e outra.

Estado civil: variável categórica, indicativa do atual estado marital. Categorizada em: solteira, casada, união estável, divorciada e viúva.

Renda familiar: somatório da renda individual dos moradores no domicílio da mulher, auto referida em entrevista, expressa em reais.

Escolaridade: avaliado pela última série completada na escola, informada na entrevista; categorizada em anos completos.

Cidade de procedência é a mesma da maternidade: se a paciente mora ou não na

mesma cidade onde está localizado a instituição onde está internada.

### **História da gravidez**

Paridade: refere-se ao número de partos ou abortos anteriores ao parto em estudo. Categorizada em primípara aquela que nunca houvera parido e múltipara, a gestante com história de qualquer número de partos ou abortos anteriores.

Idade gestacional na realização da cesariana: tempo de gestação, identificado através da diferença em semanas da data da última menstruação e/ou ultrassom obstétrico realizado idealmente até o segundo trimestre, registado no prontuário médico da mulher na data do parto. Variável obtida conforme consta em prontuário médico ou calculada pelo avaliador, descrita em semanas completas, categorizada em termo (quando maior ou igual a 37 semanas) e pré-termo (quando menor que 37 semanas).

Cesariana anterior: número de partos cesarianos realizadas antes do parto em estudo, categorizada como nenhuma, uma ou mais de acordo com registo no prontuário.

### **Conhecimento e experiências de acompanhantes sobre PCPM:**

Informações acerca de PCPM, experiência prévia de cesárea e/ou parto vaginal, que significados dão ao PCPM e como se posicionam ou manifestam para a gestante.

### **3.6. Coleta dos dados**

Os dados foram coletados através de dois guias para entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas foram realizadas de forma presencial, no pós-parto imediato nas enfermarias para puérperas. Duraram, em média 22 minutos (10-32 minutos). Todas entrevistas foram gravadas.

Buscamos as características sociodemográficos e reprodutivos dos participantes incluídos, através da coleta dos dados nos prontuários eletrônicos das mulheres que solicitaram a cesariana, confirmando-se com o autorrelato

### **3.7. Instrumentos para coleta de dados**

A entrevista com a puérpera foi guiada por um questionário semi-estruturado (Anexo 4), contendo perguntas baseadas em seis dimensões: sócio-demográfica; histórico de reprodução; conhecimento das opções de parto, seus riscos e benéficos; razões para a solicitação da cesariana e processo de tomada de decisão; planificação

de gravidezes futuras; satisfação com o parto atual. As perguntas foram desenvolvidas com base na literatura, discutidas pela equipe de pesquisa e, posteriormente, submetidas a coleta piloto com uma amostra de cinco participantes. O outro instrumento, dirigido aos acompanhantes, também era constituído por questões abertas que procuravam identificar o conhecimento dos acompanhantes sobre as opções de parto e sua influência na tomada de decisão da puérpera para a solicitação da cesariana a pedido (Anexo 5).

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

As entrevistas foram feitas pela pesquisadora principal, com gravação em áudio, que posteriormente foi transcrito com auxílio do software Reshape®, uma plataforma online que usa a inteligência artificial para transformar os áudios em textos, e com o suporte do software Nvivo®. O Nvivo® é uma ferramenta que permite organizar, armazenar, codificar os dados de investigação e oferece gerenciamento dinâmico do banco (39). Também com auxílio do software Nvivo, foi realizada a análise temática das entrevistas até atingir a saturação.

A análise dos dados foi realizada de acordo com as diretrizes propostas por Braun e Clark (40). Após múltiplas leituras das transcrições, a pesquisadora principal gerou uma lista de códigos que refletiam aspectos de interesse e foram agrupados em temas, posteriormente fez-se a descrição dos temas. Também incluiu-se tabelas para descrever as variáveis sociodemográficas e clínicas de interesse dos casos.

### **3.9. Aspectos éticos**

Este trabalho atendeu às normas de pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Foram respeitados os princípios éticos preconizados pela Resolução 466/2012 (28). A pesquisa está registrada e aprovada no comitê de ética em pesquisa sob número de CAAE: 65052722000005404.

Para assegurar a confidencialidade, os pesquisadores se responsabilizaram a manter o registro e a segurança das informações. Tiveram acesso aos dados apenas os pesquisadores e o orientador do estudo. Todos os participantes foram orientados dos objetivos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – anexos 1 e 2

## 4. RESULTADOS

Os resultados foram compilados no formato de dois artigos científicos, submetidos a publicação em revistas científicas.

### 4.1 Artigo 1: Parto cesariano a pedido materno: perspectiva das puérperas no pós-parto

---

#### BMC Pregnancy and Childbirth - Receipt of Manuscript 'CAESAREAN DELIVERY ON...'

1 mensagem

BMC Pregnancy and Childbirth <bmcpregnancyandchildbirth@biomedcentral.com>

ter., 2 de jan. de 2024 às  
12:13

Para: laicenucha@gmail.com

Ref: Submission ID d19bbf2d-cf80-446a-bc5b-b2842286d8ec

Dear Dr Siteo Muhandule,

Please note that you are listed as a co-author on the manuscript "CAESAREAN DELIVERY ON MATERNAL REQUEST: the perspective of the postpartum women", which was submitted to BMC Pregnancy and Childbirth on 02 January 2024 UTC.

If you have any queries related to this manuscript please contact the corresponding author, who is solely responsible for communicating with the journal.

Kind regards,

Peer Review Advisors

BMC Pregnancy and Childbirth

**CAESAREAN DELIVERY ON MATERNAL REQUEST: the perspective of the postpartum women**

**Célia J. L. Siteo<sup>1\*</sup>, Cristine M. S. Benetti<sup>1</sup>, Laura B. Fogulin<sup>1</sup>, Silvana F. Bento<sup>2</sup>, Eliana Amaral<sup>1</sup>**

**Author address**

<sup>1</sup>School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brazil.

<sup>2</sup>Prof. Dr. José A Pinotti Women's Hospital, Center of Integral Services for the Health of Women (CAISM), University of Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brazil.

**Word count of abstract: 200**

**Word count of the manuscript: 3413**

We certify that the data contained in this manuscript is original and has not been published, has not been submitted, and is not being submitted elsewhere.

**Conflict of interest:** The authors do not have any conflict.

**\*Corresponding author:**

Célia J. L. Siteo Muhandule, MSc student;  
Caixa Postal 6081  
13084624, Campinas, SP, Brazil  
Telephone: +55-19- 994717999  
Email: [laicenucha@gmail.com](mailto:laicenucha@gmail.com)

## 25 **Background**

26       Caesarean delivery on maternal request (CDMR) is a trend, following a  
27 movement to give a voice and guarantee the women's right to choose. (1,2). However,  
28 C-section exposes the pregnant woman and her fetus to health risks if unnecessary  
29 (3). The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) defined CDMR  
30 as a primary caesarean delivery on maternal request in the absence of any maternal  
31 or fetal indications, performed from 39 weeks of pregnancy (3).

32       Worldwide, CDMR accounts for a growing proportion of caesarean births,  
33 estimated to range from 0.2% to 42% of all C-sections, varying according to the  
34 sociodemographic characteristics of the women and the care profile of the maternity  
35 service where the birth takes place (4). In Brazil, where the rate of C-section is 56%,  
36 varying from 40% in the public sector to 84% in the private sector, the proportion of  
37 CDMR is not known (2).

38       For women, elective C-section is associated with a risk of hysterectomy,  
39 mortality, hospitalization, abnormal placentation and uterine rupture (5). There are  
40 added risks for the newborn and child, such as admission to the neonatal intensive  
41 care unit, infections, persistent verbal delay, infant mortality, neonatal death, asthma  
42 and obesity (5–7). On the other hand, CDMR is associated with a lower chance of  
43 urinary incontinence in the first year postpartum and fetal brachial plexus injuries (3,8).

44       In Brazil, the Federal Council of Medicine (CFM) in Resolution No. 2,284/20  
45 states that it is the right of pregnant women, in elective situations, to opt for a cesarean  
46 section, guaranteed by their autonomy, as long as having received all the information  
47 in detail about vaginal and cesarean birth, their benefits and risks, being performed at  
48 39 weeks (CFM 2020). A State Law regulated even before the right to request a C-  
49 section in the State of Sao Paulo LEI Nº 17.137, DE 23 DE AGOSTO DE 2019. A  
50 similar proposal is under analysis at the House of Representatives at national level, as

51 Draft Law 768/2021. Also, surgical sterilization, previously restricted at the moment of  
52 birth, was also recently legalized during delivery (Federal Law 14,443/2022) and must  
53 be requested 60 days in advance. However, there is a lack of knowledge about how  
54 they interpret these legal permissions, as well as the risks associated with an  
55 unnecessary abdominal delivery. This study aims to understand the reasons for CDMR  
56 among women delivering in an academic public maternity service.

57

## 58 **METHODS**

### 59 **Study design**

60 This is a qualitative study, with a phenomenological approach, using semi-  
61 structured interviews. The data were analyzed according to the method of  
62 psychological and human science, proposed by Amadeo Giorgi, based on the  
63 phenomenology of Edmund Husserl (9,10). Phenomenology aims to describe the  
64 essence of the meanings expressed by participants about their experiences, distancing  
65 themselves from pre-established theories, beliefs or criticism. The researcher puts the  
66 world in brackets, stripping away the necessary judgments about what is happening  
67 and how the other person expresses their experience to understand the peculiar and  
68 singular way of the reported experience, also called phenomenological reduction  
69 (9,11).

### 70 **Participants**

71 The study was carried out with postpartum women submitted to CDMR in a  
72 university reference maternity hospital for high-risk pregnancies in the State of São  
73 Paulo/Brazil, from March to June 2023. The sample included: postpartum women who  
74 had CDMR, were at least 18 years of age, and agreed to record the interview.

75 To recruit participants, the principal investigator accessed the electronic  
76 database system of the reference hospital. After identifying all women who had a C-

77 section the previous day, she reviewed the indications for an abdominal delivery. All  
78 women who had CDMR registered were invited to participate. The Informed Consent  
79 Form was presented the research project was presented and, and all doubts were  
80 clarified. Those who agreed to participate after reading, signed the Consent Form,  
81 preceding the interviews.

82 To carry out the study, ethical standards for research involving human beings in  
83 the country were followed and the research project was approved by the Research  
84 Ethics Committee of the State University of Campinas (UNICAMP), under  
85 CAAE:65052722000005404.

86

#### 87 **Data collection**

88 The interviews were carried out by a master's student (CSM), of Mozambican  
89 nationality, who has higher education in public health and who is inserted in a different  
90 cultural context from Brazil, with regard to cesarean section. The interviews take place  
91 in a private room within the post-partum ward, The women had the option of taking  
92 their babies to the interview room or leaving them with their companions if they felt  
93 confident.

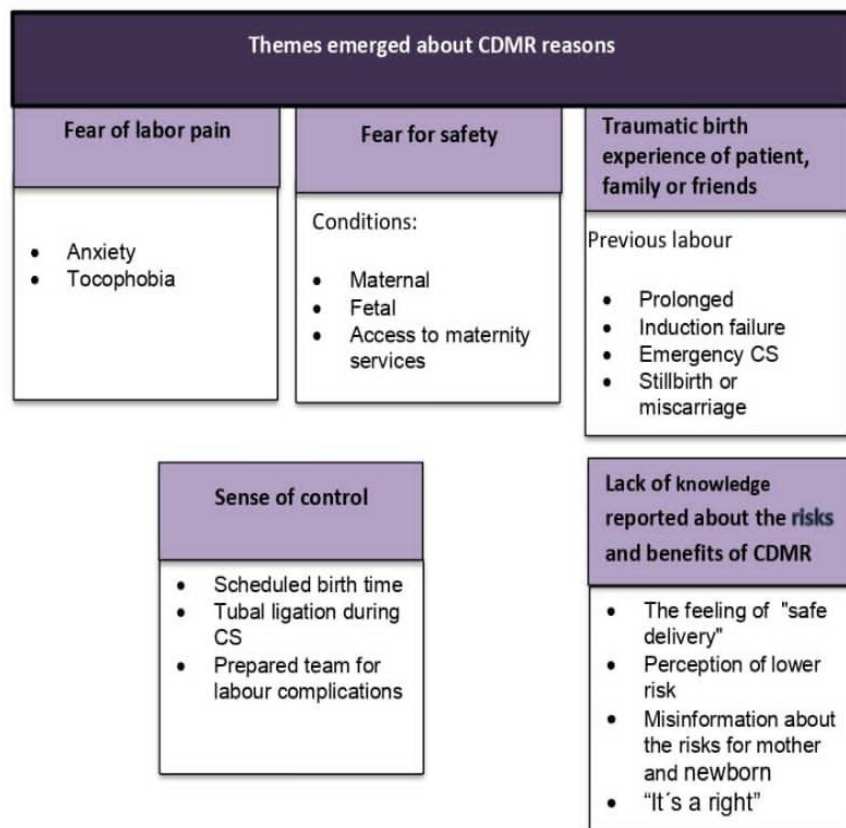
94 An interview guide was developed, discussed by the researchers and pre-tested  
95 consisting of open guiding questions on previous birth experience and the reasons that  
96 led to a request for a caesarean in their current pregnancy. The women's responses  
97 recorded were later transcribed using Reshape, an online platform that supports audio  
98 transcription. The interview carried out two days after birth, lasted an average of 22  
99 minutes (11 to 32 minutes).

#### 100 **Data analysis**

101 The thematic analysis followed the method proposed by Braun and Clark (12),  
102 consisting of a six steps structure of identifying and analysing patterns. It was

supported by Nvivo12® Software.

The first author (CS) carried out the six steps recommended: 1. Familiarization with the data (transcriptions were read thoroughly to obtain an overall impression); 2. Generation of initial codes (unique units of themes were identified in the transcribed text, consisting of one or more sentences or paragraphs); 3. Search for themes (the units of meaning were reflected upon and thematized according to the women's point of view); 4. the thematized units of meaning were revised and condensed; 5. defining and naming the themes (themes emerged) - figure 1; 6 The themes that emerged regarding the phenomenon studied were described.



**Figure 1:** Themes emerged from reasons for women's choice on CDMR

## RESULTS

Among the 28 women eligible for inclusion, six refused to participate and four

129 were excluded because they did not agree to record the interview. In total, interviews  
 130 with 18 women between 20 and 43 years of age were analyzed, predominantly with  
 131 some clinical or obstetric complications, with at least nine years of schooling, a steady  
 132 partner and living in the region, outside the town. Two-thirds of the women interviewed  
 133 had a previous C-section, a current C-section was performed before 39 weeks for 10  
 134 of 18, and few had tubal ligation during current delivery.

135 The main sociodemographic and reproductive characteristics of these women  
 136 are presented in Table 1 and Table 2.

137 **Table1.** Women's sociodemographic characteristics

| #   | Age | Schooling | Relationship status | Family income (minimum wage salary) | Work outside home | Skin color white | Residence same city? |
|-----|-----|-----------|---------------------|-------------------------------------|-------------------|------------------|----------------------|
| P3  | 30  | Higher    | married             | 4.1                                 | yes               | yes              | no                   |
| P4  | 38  | Higher    | single              | 7.2                                 | yes               | yes              | no                   |
| P5  | 36  | Higher    | co-habiting         | 3.0                                 | yes               | yes              | no                   |
| P6  | 27  | Secondary | married             | 1.9                                 | yes               | yes              | no                   |
| P7  | 23  | Secondary | married             | 1.5                                 | yes               | yes              | no                   |
| P9  | 43  | Secondary | married             | 1.8                                 | yes               | yes              | no                   |
| P10 | 26  | Secondary | married             | 1.9                                 | yes               | no               | yes                  |
| P12 | 27  | Secondary | married             | 1.0                                 | yes               | yes              | no                   |
| P14 | 21  | Secondary | co-habiting         | 0.8                                 | no                | yes              | no                   |
| P15 | 31  | Secondary | single              | 1.4                                 | yes               | no               | yes                  |
| P16 | 30  | Secondary | co-habiting         | 2.0                                 | yes               | no               | no                   |
| P17 | 35  | Secondary | married             | 1.5                                 | yes               | yes              | no                   |
| P18 | 29  | Primary   | married             | 3.4                                 | no                | no               | no                   |
| P20 | 34  | Secondary | married             | 0.9                                 | no                | no               | no                   |
| P21 | 43  | Secondary | married             | 4.5                                 | yes               | no               | no                   |
| P22 | 35  | Secondary | single              | 2.5                                 | no                | yes              | yes                  |
| P23 | 38  | Secondary | married             | 2.9                                 | no                | no               | no                   |
| P24 | 30  | Secondary | single              | 1.3                                 | yes               | yes              | no                   |

138

139

140 **Table2.** Women's reproductive characteristics

| Participant | Previous C-section | G/P/A*         | Previous pregnancy outcome | Gestational age (completed weeks) | Maternal or fetal morbidity | Tubal ligation during current C-section |
|-------------|--------------------|----------------|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| P3          | 1                  | G: 3 P: 1 A: 1 | miscarriage                | 38                                | yes                         | no                                      |
| P4          | 0                  | G: 1 P: 0 A: 0 | NA**                       | 37                                | yes                         | no                                      |
| P5          | 1                  | G: 3 P: 2 A: 0 | neonatal death             | 38                                | yes                         | Yes                                     |
| P6          | 0                  | G: 1 P: 0 A: 0 | NA                         | 37                                | yes                         | no                                      |
| P7          | 0                  | G: 1 P: 0 A: 0 | NA                         | 40                                | yes                         | no                                      |
| P9          | 1                  | G: 2 P: 1 A: 0 | born-alive                 | 39                                | yes                         | no                                      |
| P10         | 0                  | G: 1 P: 0 A: 0 | NA                         | 40                                | yes                         | no                                      |
| P12         | 1                  | G: 2 P: 1 A: 0 | born-alive                 | 38                                | yes                         | no                                      |
| P14         | 0                  | G: 1 P: 0 A: 0 | NA                         | 39                                | yes                         | no                                      |
| P15         | 1                  | G: 2 P: 1 A: 0 | born-alive                 | 39                                | yes                         | no                                      |
| P16         | 1                  | G: 3 P: 1 A: 1 | miscarriage                | 38                                | yes                         | yes                                     |
| P17         | 1                  | G: 2 P: 1 A: 0 | born-alive                 | 37                                | yes                         | yes                                     |
| P18         | 1                  | G: 2 P: 1 A: 0 | born-alive                 | 39                                | yes                         | no                                      |
| P20         | 1                  | G: 2 P: 1 A: 0 | born-alive                 | 38                                | yes                         | no                                      |
| P21         | 1                  | G: 3 P: 1 A: 1 | miscarriage                | 38                                | no                          | no                                      |
| P22         | 1                  | G: 3 P: 1 A: 1 | miscarriage                | 39                                | yes                         | yes                                     |
| P23         | 0                  | G: 2 P: 0 A: 1 | miscarriage                | 37                                | yes                         | no                                      |
| P24         | 1                  | G: 2 P: 1 A: 0 | born-alive                 | 39                                | yes                         | yes                                     |

141 \*G/P/A = Gesta/para/abortion (numbers)

\*\* Not applicable

142

143 The reasons for CDMR reported by postpartum women are presented in the themes:

144 **1) Fear of labour pain**

145 Many women opted for a C-section because they were afraid of the pain of  
 146 labour. This fear arose from unpleasant experiences reported by family members and  
 147 those close to them. These reports make them think they would be unable to tolerate  
 148 the pain of labour.

149 " I was afraid of the pain of childbirth, I heard it hurt a lot, people said I wouldn't  
 150 be able to bear it, everyone said that it stuck in my head, you know." (P7, first  
 151 CS)

152 Multiparous women also reported fear of pain as one of the reasons for CDMR,  
 153 despite having gone through labour, they still feared the pain of childbirth. Also, their  
 154 previous C-section was remembered as a peaceful birth.

155 *"The caesarean, mine is because of fear. Because the normal thing is... They*  
 156 *said that recovery is faster afterwards, but it's a lot of suffering. Many hours,*  
 157 *some women suffer for hours. I didn't want to know... the experiences I heard,*  
 158 *and lived, weren't so good, I think that's what I was left with. So I didn't want to*  
 159 *know. Very few people say that natural birth is good. Ah, it came out so quickly*  
 160 *that I didn't notice. It's one in a million. " (P21, second CS)*

161

## 162 **2) Feeling of safety due to maternal or fetal risks**

163 Other women preferred CDMR because they felt that it was the safest option,  
 164 especially when they had the perception that there was some anomaly with them or  
 165 the fetus. The majority had morbidity(ies), resulting or not from the pregnancy, and  
 166 they fear not having time to reach the reference maternity if going into spontaneous  
 167 labour, as they lived far away.

168 *"...I wanted a C-section because I had a transplant and I'm scared too, right?*  
 169 *Fear. As I live far away, I was afraid I wouldn't be able to do it. Going into labour*  
 170 *early, not being able to get here, right? Because it was half an hour and*  
 171 *something was going to happen. So I wanted to plan the right day for me to*  
 172 *come so that there would be no risk." (P6, First CS)*

173

## 174 **3) Traumatic birth experience of patient, family or friends**

175 Nulliparous women, with whom family and friends shared negative experiences  
 176 of childbirth were left with the idea that vaginal birth brought a lot of suffering.

177 *"Yes, my mother actually, she already encouraged me. She has two children*

178 *from a normal pregnancy and said it was difficult, sometimes she might need to*  
 179 *pull the child, breaking some bones. She said, to do a C-section because it's*  
 180 *better. I even have a friend of mine who tried to induce and she went to the*  
 181 *shower, went to the ball, and couldn't. There was no dilation, right? Then, finally,*  
 182 *in the last case, they performed a C-section. Then listening to her also made*  
 183 *me scared." (P14 first CS)*

184

185 Multiparous women who had negative experiences in the previous birth, such  
 186 as slow progression of labour, accompanied by painful contractions without dilation  
 187 and failure induction labour no longer wanted to try a vaginal birth.

188 *" Because I kind of already knew what was going to happen... I didn't want to go*  
 189 *through everything, right? The pain, the suffering, right? However, recovery is*  
 190 *difficult too, because my body is difficult to heal. Now I'm conscious, I was able*  
 191 *to enjoy the birth..... I wanted to enjoy this moment." (P3 second CS)*

192

#### 193 **4) Feeling of control**

194 For some women, a C-section is a way of giving birth that has proven to be more  
 195 practical and in line with their life dynamics. This method of delivery allowed better  
 196 planning, and the possibility of scheduling the day of birth, in addition to considering it  
 197 quick and minimizing the feeling of unpredictability. Some women decided to have  
 198 CDMR to perform tubal ligation concomitantly.

199 *"... I don't have time I'm quite honest, my time is very, very limited ... I want to*  
 200 *have a C-section, okay.....You made an appointment, it's on the correct date,*  
 201 *you go there and do it. No vaginal birth, you have to wait for the urge to happen."*  
 202 *( P4, first CS)*

203

204 **5) Lack of referred knowledge about the risks and benefits of caesarean birth**

205 Reports from some women show that they do not have clear knowledge about  
206 the risks and benefits of caesarean birth. Many perceive doctors' advice about the  
207 method of delivery as a way of scaring them. Even those who managed to remember  
208 the information received had the option for a C-section clearly defined.

209 *"Because they knew about a caesarean in such a terrible way. They talked, they*  
210 *talked, they talked, oh, that, you could be at risk of that. They said it could*  
211 *happen, right? Then, at the end, you commit, sign the paper, like, you're going*  
212 *to die.."* (P 21 second CS)

213 **Discussion**

214 The main reasons reported by women to undergo CDMR are associated with  
215 fear of vaginal birth or practical issues. Many stated that they would not be able to bear  
216 the pain of vaginal birth, due to the influence of family members and friends. Others  
217 lived in a different city, hours away from the reference hospital where the birth would  
218 take place. All but one woman interviewed had comorbidity, and these clinical  
219 situations generated a lot of fear and anxiety. Pregnant women did not want to suffer  
220 and/or lose control of the situation in terms of the best care possible. Our findings,  
221 despite reflecting the practices of a specific population, follow the international debate  
222 on the subject (13).

223 In Brazil, legislation on C-sections ensure that pregnant women have the right,  
224 in elective situations, to opt for a C-section performed after 39 completed weeks of  
225 pregnancy A State Law regulated even before the right to request a C-section in the  
226 State of Sao Paulo LEI Nº 17.137, DE 23 DE AGOSTO DE 2019. A similar proposal is  
227 under analysis at the House of Representatives at national level, as Draft Law  
228 768/2021. Also, the right to request tubal ligation during the birth period (Federal Law

229 14,443/2022) can contribute to increased C-sections, without clinical indications (14–  
230 16). Nevertheless, in our sample, many had CDMR even before 39 weeks, and after  
231 one previous caesarean, situations that extrapolate the strict definitions from literature  
232 and the regulation mentioned previously.

233         However, the risks of C-section versus vaginal delivery seemed to be  
234 insufficiently discussed, or reflected by these women, preventing a true informed  
235 decision. The long-lasting and well-established culture of C-sections generates a  
236 sense of safety and normalizes C-sections as a natural way of delivering, especially  
237 among women from higher socioeconomic groups, women with more years of  
238 schooling, and white women(17). This profile fits with some characteristics of this study  
239 participants.

240         Studies show that children born by C-section have a greater chance of  
241 developing asthma, type 1 diabetes, obesity and other autoimmune childhood  
242 diseases (18). Also, after a C-section, women are at risk of abnormal placentation and  
243 placenta accreta, premature placental abruption, miscarriage and stillbirth in  
244 subsequent pregnancies (19), late initiation of breastfeeding (13,18,20), higher  
245 prevalence of postpartum and urinary infections, anaesthetic complications, headache,  
246 surgical complications, but also, lower risk of anaemia, short-term urinary incontinence,  
247 and haemorrhoids (21).

248         It should be highlighted as a limitation in this work the fact that the interviews  
249 were carried out among women treated at a reference service, generating a sample of  
250 women with clinical and pregnancy complications, many with a previous C-section.  
251 Therefore, the results of this study offer some light, but cannot be extrapolated to the  
252 general population of pregnant women.

253

254

255 **Conclusion**

256       The decision to CDMR needs to be better informed and the change to the culture  
257 of vaginal birth as the route with the lowest risk to maternal and newborn fetus health,  
258 is a challenge to be faced by health professionals. Considering the well-established  
259 culture of C-sections as a natural delivering mode, it is essential to expand this debate  
260 to the broader society, including the media and groups of women and activist groups  
261 on health rights, seeking a better quality of life for women, children, and families.

263   **Abbreviations**

264   UNICAMP: University State of Campinas

265   CAISM: Prof. Dr. José A Pinotti Women's Hospital, Center of Integral Assistance for  
266   Women's Health

267   CDMR: Caesarean delivery on maternal request

268   ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

269   C-section: Caesarean delivery

270 **Ethics approval and consent to participate**

271 The internal review boards of UNICAMP -Institutional Review Board, Faculty  
272 of Medicine, University of Campinas, SP, Brazil (CAEE: 65052722000005404)  
273 All the participants gave their informed consent verbally in their presence, with their consent  
274 written. The research followed the determinations of the Declaration of Helsinki, as well as  
275 the norms that regulate the research involving human beings in Brazil.

276 **Consent for publication**

277 Not applicable.

278 **Availability of data and materials**

279 The datasets analyzed during the current study are available from the corresponding author  
280 upon reasonable request.

281 **Competing interests**

282 The authors declare that they have no competing interests.

283 **Funding sources**

284 There is no funding source for this study. The first author, an MSc student, received  
285 a fellowship from HRP/WHO.

286 **Authors' contributions**

287 CS, CB and EA designed the study.

288 CS and LF collected the data.

289 CS, CB, SB and EA analyzed the data.

290 CS wrote the first draft and CB, SB, and EA contributed to the final version. All authors read  
291 and approved the final manuscript.

292 **Acknowledgements**

293 The authors thank all the women who participated in this study, would not have been  
294 possible without their time and generosity, as well as, all the health professionals in  
295 the CAISM.

## References

1. Loke AY, Davies L, Mak Y. Is it the decision of women to choose a cesarean section as the mode of birth? A review of literature on the views of stakeholders. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):286. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2440-2>. Accessed 2022 Jul 28.
2. Rodrigues AP, de Oliveira DCC, Gomes ML, de Azevedo Nicida LR, Torres JA, da Trindade Dias Coutinho A, et al. Women's voice on changes in childbirth care practices: a qualitative approach to women's experiences in Brazilian private hospitals participating in the Adequate Childbirth Project. *Reprod Health*. 2022;20:1–13. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01539-y>. 2022 Jun 18.
3. ACOG Committee Opinion No. 761: Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstet Gynecol*. 2019;133(1):e73–7. <https://journals.lww.com/00006250-201901000-00052>. Accessed 2022 Set 29.
4. Begum T, Saif-Ur-Rahman KM, Yaqoot F, Stekelenburg J, Anuradha S, Biswas T, et al. Global incidence of caesarean deliveries on maternal request: a systematic review and meta-regression. *BJOG*. 2021;128(5):798–806. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16491>. Accessed 2022 Jul 16.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Caesarean birth NICE guideline [NG192]: Recommendations. 2021. [www.nice.org.uk/guidance/ng192](http://www.nice.org.uk/guidance/ng192). Accessed 2022 Jul 28
6. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*. 2018;392(10155):1341–8. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7) Accessed 2022 Jun19.
7. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2018;15(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>. Accessed 2023 Aug 4.
8. Ecker J. Elective Cesarean Delivery on Maternal Request. *JAMA*. 2013 ;309(18):1930. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2013.3982>. Accessed 2023 Mar 28.

- 346 9. Giorgi A. The Descriptive Phenomenological Psychological Method. J  
347 Phenomenol Psychol. 2012;43(1):3–12.  
348 [https://brill.com/view/journals/jpp/43/1/article-p3\\_2.xml](https://brill.com/view/journals/jpp/43/1/article-p3_2.xml). Accessed 2023 Nov 10  
349  
350
- 351 10. Giorgi A. An affirmation of the phenomenological psychological descriptive  
352 method: a response to Rennie (2012). Psychol Methods. 2014;19(4):542–51.  
353 <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/met0000015>. Accessed 2023 Nov  
354 10.  
355  
356
- 357 11. Barbosa CG. Considerações sobre o método fenomenológico de Amadeo  
358 Giorgi. Plur - Rev Psicol UNESP Bauru . 2023;1(2022):e022016.  
359 <https://revistaplural.emnuvens.com.br/prp/article/view/9>. Accessed 2023 Nov  
360 11.  
361  
362
- 363 12. Souza LK de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a  
364 Análise Temática. Arq Bras Psicol . 2019;71(2):51–67.  
365 [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso&tng=pt%0Ahttp://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso&tng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso&tng=pt%0Ahttp://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso&tng=pt). Accessed 2022 Jun 10  
366  
367  
368  
369  
370
- 371 13. Guo Y, Murphy MSQ, Erwin E, Fakhraei R, Corsi DJ, White RR, et al. Birth  
372 outcomes following cesarean delivery on maternal request: a population-based  
373 cohort study. CMAJ. 2021;193(18):E633–44.  
374 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33941522/>. Accessed 2023 Mar 28.  
375  
376  
377
- 378 14. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.284, de 22 de outubro de  
379 2020. Dispõe que é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar  
380 parto cesariano, garantidas a autonomia do médico e da paciente e a  
381 segurança do binômio materno-fetal, e revoga a Resolução CFM nº  
382 2.144/2016. Diário Oficial da União. [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2284\\_2020.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2284_2020.pdf). Accessed 2023 May 18.  
383  
384  
385
- 386 15. Braga A, Sun SY, Zaconeta ACM, Junior AT, Luz AG, Osanan G, et al.  
387 Increase in cesarean sections in Brazil - a call to reflection. Rev Bras Ginecol  
388 Obstet . 2023;45(3):109–12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37105193>.  
389 Accessed 2023 Set 17.  
390  
391
- 392 16. Brasil. Lei 14.442 de 2 de setembro de 2022. 2022;180:19869.  
393 [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2022/Lei/L14442.htm#art6](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14442.htm#art6). Accessed 2023 Set 13.  
394  
395  
396

- 397 17. Freitas PF, Drachler M de L, Leite JC de C, Grassi PR. [Social inequalities in  
398 cesarean section rates in Primiparae, Southern Brazil]. *Rev Saude Publica*.  
399 2005;39(5):761–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16254652>. Accessed  
400 2023 Jun 27.
- 401
- 402
- 403 18. Gedefaw G, Goedert MH, Abebe E, Demis A. Effect of cesarean section on  
404 initiation of breastfeeding: Findings from 2016 Ethiopian Demographic and  
405 Health Survey. *PLoS One*. 2020;15(12 December):1–13.  
406 <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0244229>. Accessed 2022 Oct 28.
- 407
- 408
- 409 19. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with  
410 cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic  
411 review and meta-analysis. Myers JE, editor. *PLOS Med*. 2018  
412 23;15(1):e1002494. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29360829>. Accessed  
413 2022 Jul 21.
- 414
- 415
- 416 20. Mu W, Huang YH, Chaumont A, Létourneau I, El-Chaar D, Xia T, et al.  
417 Breastfeeding after caesarean delivery on maternal request: protocol of a  
418 systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2020;10(8):e038309.  
419 <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2020-038309>. Accessed  
420 2022 Set 23.
- 421
- 422
- 423 21. Mascarello KC, Matijasevich A, Barros AJD de, Barros FCLF de, Santos I da S  
424 dos, Labrecque JA, et al. Analysis of early and late maternal complications  
425 associated with delivery using propensity score. *Rev Bras Epidemiol*.  
426 2021;24:13. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2021000100422&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2021000100422&tlng=en). Accessed 2023 Jul 13.
- 427
- 428
- 429 22. Brasil. Governo de Estado de São Paulo. lei nº 17.137, de 23 de agosto de  
430 2019. Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de  
431 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo  
432 quando escolhido o parto normal. *Diário Oficial*.  
433 <https://www.camara.leg.br/noticias/737640-projeto-garante-a-mulher-direito-de-optar-por-cesariana-ou-de-ser-anestesiada-no-parto-normal/>. Accessed 2023  
434 Dez 29.
- 435
- 436

## 4.2 Artigo 2: Parto cesariano a pedido materno: a perspectiva dos acompanhantes

**Cesarean delivery on maternal request: the companions' perspective**  
**Célia J. L. Siteo<sup>1\*</sup>, Cristine M. S. Benetti<sup>1</sup>, Laura B. Fogulin<sup>1</sup>, Silvana F. Bento<sup>2</sup>, Eliana Amaral<sup>1</sup>**

### **Author address**

<sup>1</sup>School of Medical Sciences, University of Campinas (UNICAMP),  
 Campinas, SP, Brazil.

<sup>2</sup>Prof. Dr. José A. Pinotti Women's Hospital, Center for Integral Assistance  
 to Women's Health (CAISM), University of Campinas (UNICAMP),  
 Campinas, SP, Brazil.

**Word count of abstract: 238**

**Word count of manuscript: 3193**

We certify that the data contained in this manuscript is original and has not  
 been published, has not been submitted, and is not being submitted  
 elsewhere.

**Conflict of interest:** The authors do not have any conflict.

### **\*Corresponding author:**

Célia J. L. Siteo Muhandule, MSc student;

Caixa Postal 6081

13084624, Campinas, SP, Brazil

Telephone: +55-19- 994717999

Email: [laicenucha@gmail.com](mailto:laicenucha@gmail.com)

1 **ABSTRACT**

2 **Background:** Many personal and cultural factors, including the perception of  
3 family members and close friends, influence women's attitudes towards their  
4 mode of delivery choice. This study aimed to explore the experiences,  
5 perceptions, attitudes, and beliefs of labour and delivery companions of  
6 women who underwent a C-section on request (CDMR).

7 **Methods:** This qualitative study used in-depth, semi-structured individual  
8 face-to-face interviews, submitted to thematic analysis, under a  
9 phenomenological research framework. Participants who were companions  
10 of immediate postpartum women (partner, mother, sister, mother-in-law or  
11 friend) were interviewed at a public university hospital in Brazil.

12 **Results:** Men preferred vaginal birth and women had a favorable attitude  
13 towards cesarean birth, but everyone considered vaginal birth the ideal mode  
14 of delivery. Male partners emphasized that they had limitations in advising  
15 women about C-sections, as they had never experienced childbirth, and  
16 assumed that their role was limited to supporting the women's decision. On  
17 the other hand, the female companions invoked memories of a birth  
18 experience that was positive for C-section or negative for vaginal delivery to  
19 support the woman's choice. Even if cesarean delivery was perceived as  
20 involving greater maternal risks than vaginal birth, companions justified these  
21 risks by the need to 'guarantee' the woman's right to choose.

22 **Conclusions:** There is a different attitude towards the mode of delivery  
23 between men and women accompanying a parturient who opt for CDMR.  
24 Respect for women's decision on mode of delivery is a disseminated concept  
25 among companions in this environment.

26 **Keywords:** Labor, companions, C-section on request, partners

## 27 BACKGROUND

28       Cesarean births have grown significantly around the world, reaching a  
29 global rate of 21.1%, varying from 5.0 to 42.8% in different regions (1). If the  
30 procedure is scarce in certain regions, there is an excessive use in different  
31 regions of the world, and within each region or country, reflecting the inequity  
32 in childbirth care. Clinical care advances have made the procedure safer,  
33 outweighing the risks when there is a precise indication. Nevertheless, there  
34 are risks in the short and long term, both for the woman and the newborn,  
35 which cannot be ignored (2,3). In Brazil, C-section rates continue to rise,  
36 keeping the country in its prominent position among those with the highest  
37 rates in the world (4).

38       If there are regions where there is a need for efforts to make the procedure  
39 accessible to those in need, in other regions clinical indication cannot explain  
40 rates and distribution of cesarean deliveries. While a review of the literature  
41 found that maternal desire for a C-section was an important factor in the  
42 growth of abdominal birth rates around the world, others consider this factor  
43 of minimal importance. Although women have the right to request a C-section,  
44 their decision towards childbirth seems to be influenced by the attitude of  
45 health professionals, especially doctors, (5).

46       A poorly defined percentage of cases is due to C-section at maternal  
47 request (CDMR), regardless of medical indication due to maternal or fetal  
48 conditions (6,7). In Brazil, regulation on CDMR has been available since  
49 2016, and women can choose cesarean birth in the absence of clinical  
50 indications (8).

51       Social norms and expectations of partners or relatives influence

women's perceptions and decision-making to request a C-section. So birth preferences must be understood within women's contexts (9). Several studies seek to explore the factors that determine its use, and complex and interconnected factors emerge that point to the woman's socio-demographic context, beliefs and attitudes, financial conditions, hospital characteristics and the profile of professionals involved at the time of birth, in addition to cultural aspects (10).

There are interventions to support women in labour, seeking the success represented by safe vaginal birth and experienced as a positive experience. Among them, several studies consider that continuous support for women in labour through the presence of a companion (partner or other person of the woman's desire) during childbirth is beneficial (11).

Nevertheless, family members and people close to them may have different perceptions about the procedure. They can contribute to a deeper understanding of the woman's acceptance and request for a C-section, especially if they have had previous birth experience. In Brazil, pregnant women have had the right to a companion of their choice during birth and postpartum since 2005 (12).

However, the role of companions and their experiences in supporting women during prenatal care and childbirth, how they perceive, support or oppose their choice, and how they interact with women when they are making decisions about childbirth is hardly ever studied. Therefore, it is important to explore companions' perspectives on CDMR to understand how they could support strategies to prevent unnecessary C-sections. Our objective was to explore the experiences, attitudes, perceptions and beliefs of companions

77 regarding CDMR in a Brazilian university hospital.

78

## 79 **METHODS**

### 80 **Study design**

81 This is a qualitative study, with a phenomenological approach, using  
82 semi-structured interviews. The data were analyzed according to the  
83 phenomenological method of psychological and human science (13,14).  
84 Phenomenology aims to describe the essence of the meanings expressed by  
85 participants about their experiences, distancing themselves from pre-  
86 established theories, beliefs or criticism. The researcher puts the world in  
87 brackets, stripping away the necessary judgments about what is happening  
88 and how the other person expresses their experience to understand the  
89 peculiar and singular way of the reported experience, also called  
90 phenomenological reduction (13,15).

91

### 92 **Selection of participants**

93 All companions at labour/delivery or post-partum, aged 18 years or  
94 older, were eligible to participate. Initially, the principal investigator accessed  
95 daily the list of women who had CDMR, at the electronic hospital database  
96 system. Approaching the participants in the postpartum care ward, they were  
97 invited to participate. The Informed Consent Form was presented and offered  
98 to volunteers to read, and after clarifying any doubts, the ones who agreed to  
99 participate signed the Consent Form.

100 To carry out the study, ethical standards for research involving human  
101 beings in the country were followed and the research project was approved

102 by the Research Ethics Committee of the State University of Campinas  
103 (UNICAMP), under CAAE:65052722000005404.

104

#### 105 **Data collection**

106 The interviews were carried out by a master's student (CSM) in a  
107 private room. An interview guide was developed consisting of open questions,  
108 which were discussed and pre-tested. It covered sociodemographic aspects,  
109 experiences with C-sections, previous knowledge about birth options, and its  
110 risks and benefits, and the attitude of companions on women's decision to  
111 request a C-section.

112 The interview was carried out on the second or third day after CDMR  
113 and lasted 15 minutes on average (ranging from 8 to 23 minutes). The  
114 questions were asked in Portuguese. Participants' responses were recorded  
115 and transcribed without identifying the participants. Saturation determines  
116 when to stop inviting companions to participate.

117

#### 118 **Data analysis**

119 Data analysis was carried out according to the guidelines proposed by  
120 Braun and Clark (16) After multiple readings of the transcripts, the main  
121 researcher generated a list of codes that reflected relevant aspects of the  
122 data. Two researchers accessed similarities, patterns and differences  
123 between respondents and defined themes, using Nvivo®. Once the themes  
124 were defined, all responses were read again, categorized and regrouped.

125

126

## 127 **Results**

128       We carried out a total of 14 individual interviews, six with women and  
129 eight with men. Women were between 21 and 57 years and men were  
130 between 21 and 55 years old. Most male companions were white, had  
131 completed at least high school, had a family income of up to two minimum  
132 wages (\$ 544.64), and lived with the women they were accompanying. Some  
133 female companions, who lived elsewhere, have moved to support the woman  
134 in the postpartum phase. The sociodemographic characteristics of  
135 participants are presented in Table 1.

136       All companions had birth experience or attended the birth of someone  
137 close to them. Some female companions have had elective or emergency  
138 cesarean deliveries, while some men were becoming fathers for the second  
139 time and had already attended a previous cesarean or vaginal birth.

140 Table 1. Characteristics of companions of women undergoing cesarean section on maternal request

| Companion identification | Age | Education   | Skin color | Relationship with woman | Number of children | Type of own or witnessed birth |
|--------------------------|-----|-------------|------------|-------------------------|--------------------|--------------------------------|
| A 3                      | 53  | Primary     | white      | mother                  | Three              | Caesarean                      |
| A 4                      | 32  | High school | white      | sister                  | one                | Caesarean                      |
| A 6                      | 48  | Primary     | white      | mother-in-law           | two                | Cesarean and vaginal           |
| A 8                      | 27  | High school | black      | partner                 | None               | _____                          |
| A 9                      | 45  | High school | brown      | partner                 | one                | Caesarean                      |
| A 10                     | 29  | High school | brown      | partner                 | none               | _____                          |
| A 12*                    | 21  | Primary     | white      | partner                 | two                | Vaginal                        |
| A14                      | 57  | Primary     | white      | mother                  | three              | Forceps and cesarean section   |
| A15                      | 43  | Primary     | white      | partner                 | one                | Caesarean                      |
| A 16                     | 48  | High school | brown      | mother                  | one                | Caesarean                      |
| A17*                     | 51  | Primary     | white      | partner                 | two                | Vaginal                        |
| A 18                     | 29  | Primary     | brown      | partner                 | none               | _____                          |
| A 24                     | 33  | Higher ed   | white      | partner                 | one                | Caesarean                      |
| A 25                     | 39  | Primary     | white      | partner                 | one                | Caesarean                      |

141 A- Companion identification

142 \*- has children from another marriage

143

144 We observed that many perspectives on CDMR were influenced by beliefs  
 145 about the risks of vaginal birth in contexts where there are few options for pain relief,  
 146 but also by having undergone an emergency C-section, often after experiencing  
 147 labour. For accompanying men, their main role should be to support their partners'  
 148 decisions as a way of safeguarding their autonomy, in addition to declaring their lack  
 149 or little knowledge about the labour process, which restricted their contribution to the  
 150 decision about the birth.

151 The following three final themes emerged: 1) Supporting the woman's decision  
 152 2) Negative experiences in the previous birth 3) the Need to 'guarantee' the woman's  
 153 right to choose a more comfortable birth. Below is a summary of each theme that  
 154 emerged from the analysis.

155 **1) Support the woman's decision**

156 All Companions considered vaginal birth to be the preferred mode of delivery in  
157 the absence of medical indications for C-section. Nevertheless, women were generally  
158 more positive about C-sections than men. Having little knowledge of the subject, they  
159 considered that their biggest role was to support the woman's decision since she was  
160 the one who would go through labour and experience all the phases of childbirth.  
161 Although it was a shared decision, they felt that the woman's word should always  
162 prevail.

163 *"I don't know exactly what the advantages and benefits are. I always, you know,*  
164 *I followed my mother's pregnancy, I followed the pregnancy of some of my sisters,*  
165 *right, and they always opted for a natural birth precisely because the recovery was*  
166 *easier, better, had less pain and so on, you know, to be able to have a better recovery.*  
167 *So our initial option was also for the birth to be natural, right, but due to the health*  
168 *problem she had, right, and so on, we preferred to do a C-section."* (P10 first-time  
169 father)

170

171 **2) Negative experiences in the previous birth**

172 Some of the companions had memories of negative experiences of vaginal birth.  
173 Many times, the woman in labour had to undergo an emergency C-section after  
174 prolonged labour or after a failed induction. They reported how painful it was to live or  
175 see someone close to them going through these situations. They consider that CDMR  
176 guarantees the well-being of the mother and the newborn.

177 *"So I had three children, the first child was normal, I don't know what was*  
178 *happening, the doctor had to climb on top to try to push the baby out. So, it was horrible.*  
179 *My daughter, the second, didn't wake up, she just slept. So, it wasn't normal. And she*  
180 *tried in different ways, hours and hours of suffering and then they removed the iron*  
181 *base, I can't say which birth it was, which hurt her all over. She was badly hurt in her*  
182 *arms and head. But it was a very long birth. And the last one, I didn't have anything*  
183 *because I had a C-section. I suffered nothing. So, I said, oh, daughter, if you do what*  
184 *is normal, you will have an attack of agony."* (P14, two previous vaginal deliveries and  
185 one CS)

186 **3) To "guarantee the well-being" of the mother and newborn**

187 Other companions considered that there were signs that did not leave them at  
 188 ease regarding the possibility of the woman having a natural birth. Generally, the  
 189 concern was with the size of the fetus or some health problem of the mother. The  
 190 knowledge about the right to choose the type of birth, justified the choice of C-section,  
 191 even recognizing the benefits of vaginal birth.

192 *"We follow the information a little, we know about the laws that exist, right, that*  
 193 *support pregnant women at this time. So we chose to do the C-section precisely*  
 194 *because we knew that, based on the law, she could already request this C-section.*  
 195 *Because the baby was quite big, what they say, I don't know. And we knew that she*  
 196 *would have difficulty having a natural birth. So we chose to have a C-section precisely*  
 197 *to prevent any risk that could occur during natural birth."* (P10, first-time father)

198

199

## 200 Discussion

201 The perspectives of companions regarding childbirth, their experiences and  
 202 attitudes in the decision-making process of requesting a C-section in an environment  
 203 with a high incidence of C-sections emerged in this study. The positive attitude towards  
 204 cesarean deliveries accompanies a tendency towards normalization of this method of  
 205 birth, based on the perception that it is safer and suits the lifestyle of women (17).  
 206 However, this perspective differs from that observed among companions or  
 207 communities who view cesarean births as a risk to the mother's life, mostly living in  
 208 regions with few resources (4).

209 There were divergent opinions among companions on the issue of  
 210 CDMR, and it varied depending on the socioeconomic level and birth  
 211 experience of those involved. Although most of them considered cesarean  
 212 birth preferable to guarantee health and well-being in situations where there  
 213 is a condition of concern for the fetus or mother, positive attitudes towards  
 214 vaginal birth were also observed.

215 Companions who have already experienced cesarean birth  
 216 disregarded the complications of abdominal surgical birth when talking or  
 217 giving guidance to other women. Complications reported in the literature  
 218 include post-operative pain, late breastfeeding, low Apgar, healing problems,  
 219 longer recovery time and complications in subsequent pregnancies with  
 220 abnormal placentation, previa and accreta, as well as respiratory and

immunological problems that newborns experience. -born children can experience it during childhood (18). Therefore, greater dissemination of these findings to parturient women and their potential companions is necessary so that decisions are adequately informed.

A fact that reinforces the need for a C-section, even in the absence of clinical or obstetric indications, is the intention of not having any more children in the future. In Brazil, a federal law (14.443, Sept 2, 2022) authorizes tubal ligation for women during delivery after appropriate counselling during antenatal care (19). Thus, arguments related to protecting the reproductive future have no impact on reflection on the risk of unnecessary C-sections. This also differs from reports from studies carried out in developing countries, where cesarean birth is seen as a limitation on the number of children and, therefore, is not desired (9).

No other studies were identified on the perspectives or influence of companions in requesting a C-section. Although the present study was carried out in a reference centre for high-risk pregnancies, not representing the general population, it is clear that women's Companions consider that this method of delivery can guarantee good results. They neglect or minimize maternal and newborn complications since they do not have a clear understanding of their long-term consequences. Similar findings have also been reported in other studies (20–22). Therefore, it is necessary to find an effective way to communicate and discuss such risks with companions, in addition to women requesting C-sections without medical indication.

Interviewing the companions individually allowed greater freedom to express their opinions, including negative feelings about the decision to have a cesarean or vaginal birth. As we included female and male companions, we were able to capture their convergent and divergent perspectives on CDMR. The qualitative design made it possible to explore how cesarean delivery was viewed in the social context of these women who underwent C-sections on request and can understand how it could be influencing birth preferences.

One limitation of this study is that it was carried out in a reference service for high-risk pregnancies. As a result, there is greater concern about the influence of the mode of delivery on maternal and perinatal outcomes, although the conditions were not sufficient to justify a medically indicated C-

255 section. As all qualitative results are defined by the specific context in which  
256 they occur, generalization is often restricted (23).

257         The C-section culture that made Brazil experience a progressive  
258 increase in its rates, from 10% in the 1960s to 51% in the 20th century,  
259 normalized this method of delivery. A decision from the National Council of  
260 Medicine Nº 2.284/2020 regulates the right for women to request a C-section,  
261 to be performed at 39 weeks (5) and approved and proposed laws from the  
262 House of Representatives at state and national level supports the women on  
263 their choices (ALESP 2019, Chamber of Deputies, 2020). Although the level  
264 of rates reached concerns, for researchers and those who deal with health  
265 policies, the implementation of programs to reduce unnecessary C-sections  
266 faces a very unfavourable environment, putting pressure on health  
267 professionals and women that maximizes risks and perceived  
268 inconveniences of vaginal birth.

269         The World Health Organization (WHO, 2018) proposed many  
270 interventions to reduce unnecessary C-section (24). It includes educational  
271 strategies for women and families to support decision-making on mode of  
272 delivery, use of clinical guidelines, audits of caesarean sections, timely  
273 feedback to health professionals about caesarean section practices and  
274 requirement for second opinion for caesarean section indication at point of  
275 care (24,25). A well-informed companion can support women in exercising  
276 their autonomy and choice, considering technical and clinical aspects in  
277 addition to subjective perceptions about the route of delivery, largely  
278 influenced by culture.

279         This study offers a deeper understanding of the reasons behind  
280 requesting a C-section and the attitudes of important supporters, who can  
281 have a major influence on women's decisions. We understand that the results  
282 can guide future interventions on supporting vaginal delivery if future  
283 companions can participate more actively in counselling sessions during  
284 pregnancy. Sharing these important moments may emerge as an opportunity  
285 to help women reflect and be more confident about the safety of vaginal birth,  
286 feeling their partners, close relatives, and friends support them.

320 professionals in the CAISM.

287

288 **Conclusion**

289 Support from someone chosen and trusted by women during birth is  
 290 an effective strategy for a successful birth. These results highlight the  
 291 importance of guiding the risks and benefits of different delivery modes to  
 292 companions-to-be, since they may play an important role in supporting  
 293 pregnant woman in making their decision.

294

295 **Ethics approval and consent to participate**

296 The internal review boards of UNICAMP -Institutional Review Board, Faculty  
 297 of Medicine, University of Campinas, SP, Brazil (CAEE: 65052722000005404)

298 All the participants gave their informed consent verbally and provided their written consent.  
 299 The research followed the determinations of the Declaration of Helsinki, as well as the norms  
 300 that regulate the research involving human beings in Brazil.

301 **Consent for publication**

302 Not applicable.

303 **Availability of data and materials**

304 The datasets analyzed during the current study are available from the corresponding author  
 305 upon reasonable request.

306 **Competing interests**

307 The authors declare that they have no competing interests.

308 **Funding sources**

309 There is no funding source for this study. The first author, an MSc student,  
 310 received a fellowship from HRP/WHO.

311 **Authors' contributions**

312 CS, CB and EA designed the study.

313 CS and LF collected the data.

314 CS, CB, SB and EA analyzed the data.

315 CS wrote the first draft and CB, SB, and EA contributed to the final version. All authors read  
 316 and approved the final manuscript.

317 **Acknowledgements**

318 The authors thank all the women who participated in this study, would not have  
 319 been possible without their time and generosity, as well as, all the health

## References

1. Betran AP, Ye J, Moller A-BB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: Global and regional estimates. *BMJ Glob Heal* . 2021;6(6):5671. <http://gh.bmj.com/>. Accessed 2022 Jul 20
2. Cristina Mascarello KI, Lessa Horta BI, Freitas Silveira MI. Complicações maternas e cesárea sem indicação. *Rev Saude Publica* . 2017;1–12. <http://www.rsp.fsp.usp.br/>. Accessed 2023 Jul 21
3. Paixao ES, Bottomley C, Pescarini JM, Wong KLM, Cardim LL, Ribeiro Silva R de C, et al. Associations between cesarean delivery and child mortality: A national record linkage longitudinal study of 17.8 million births in Brazil. Tumwine JK, editor. *PLoS Med* . 2021 Oct 12;18(10) :e10 03791. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003791>. Accessed 2023 Jun 14
4. Souza JP, Betran AP, Dumont A, de Mucio B, Gibbs Pickens CM, Deneux-Tharaux C, et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG* . 2016 Feb;123(3):427–36. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26259689>. Accessed 2023 May 25
5. Medicina OCFDE. Resolução cfm nº 2.284/2020. 2021;2020(D). [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2284\\_2020.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2284_2020.pdf)
6. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet* . 2018;392(10155):1341–8. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7). Accessed 2022 Jul 26
7. Mylonas I, Friese K. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Dtsch Arztebl Int* . 2015 Jul 20;112(29–30):489. [/PMC/articles/PMC4555060/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2555060/). Accessed 2022 Jul 20
8. Medicina OCFDE. Resolução cfm nº 2.144/2016. 2016; <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>
9. Litorp H, Mgaya A, Kidanto HL, Johnsdotter S, Essén B. “What about the mother?” Women’s and companions’ perspectives on caesarean birth in a low resource setting with rising caesarean section rates. *Midwifery* . 2015 Jul;31(7):713–20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.008>. Accessed 2022 May 20
10. Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *J Matern Neonatal Med* . 2020 Nov 16;33(22):3867–72. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30810436>. Accessed 2022 Oct 28
11. Bohren MA, Hazfiarini A, Vazquez Corona M, Colomar M, De Mucio B, Tunçalp Ö, et al. From global recommendations to (in)action: A scoping review of the coverage of companion of choice for women during labour and birth. McCall SJ, editor. *PLOS Glob Public Heal* . 2023 Feb 1;3(2):e0001476. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001476>. Accessed 2022 Set 20

- Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneek CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. Cad Saude Publica . 2014 Aug;30(suppl 1):S140–53. [http:// www.scielo.br/scielo.php?scri](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=pt&tling=pt)
- pt=sci\_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=pt&tling=pt. Accessed 2022 Apr 20
- Giorgi A. The Descriptive Phenomenological Psychological Method. J Phenomenol Psychol . 2012;43(1):3–12. [https://brill.com/view/jou rnals/jpp/43/1/a](https://brill.com/view/journals/jpp/43/1/article-p3_2.xml)
- ricle-p3\_2.xml. Accessed 2023 Jul 20
- Giorgi A. An affirmation of the phenomenological psychological descriptive method: a response to Rennie (2012). Psychol Methods . 2014 Dec;19(4):542–51. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/met0000015>. Accessed 2023 Jul 20
- Barbosa CG. Considerações sobre o método fenomenológico de Amadeo Giorgi. Plur - Rev Psicol UNESP Bauru . 2023 Mar 16;1(2022):e022016. <https://revistaplural.emnuvens.com.br/prp/article/view/9>. Accessed 2023 Jun 18
- Souza LK de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. Arq Bras Psicol . 2019;71(2):51–67. [http://pepsic.bvsalud.org/scie](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso&tling=pt%0Ahttp://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso&tling=pt)
- lo.php?script=sci\_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso&tling=pt%0Ahttp://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_abstract&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso&tling=pt. Accessed 2023 Aug 12
- Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. Physis Rev Saúde Coletiva . 2015 Sep;25(3):885–904. [http://www.scielo.b](http://www.scielo.br/3e2kkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkiiir/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300885&lng=pt&tling=pt)
- 3e2kkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkkiiir/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0103-73312015000300885&lng=pt&tling=pt. Accessed 2023 May 14
- Mu W, Huang YH, Chaumont A, Létoimeau I, El-Chaar D, Xia T, et al. Breastfeeding after caesarean delivery on maternal request: protocol of a systematic review and meta-analysis. BMJ Open . 2020 Aug 13;10(8):e038309. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32792447>. Accessed 2022 Jun 29
- Brasil. Lei 14.442 de 2 de setembro de 2022. 2022;180:19869. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2022/Lei/L14442.htm#art6](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14442.htm#art6)
- Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. Myers JE, editor. PLOS Med . 2018 Jan 23 [cited 2023 Aug 4];15(1):e1002494. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29360829>. Accessed 2023 Aug 4
- Johansson M, Alvan J, Pettersson A, Hildingsson I. Conflicting attitudes between clinicians and women regarding maternal requested caesarean section: a qualitative evidence synthesis. BMC Pregnancy Childbirth . 2023 Mar 28;23(1):210. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36978038>. Accessed 2023 Set 26

- 421 22. Walędziak M, Jodzis A, Róžańska-Walędziak A. Factors Influencing Polish  
422 Women's Preference for the Mode of Delivery and Shared-Decision Making: Has  
423 Anything Changed over the Last Decade? *Med.* 2022 Dec 1;58(12). Accessed 2022  
424 Aug 18
- 425
- 426 23. Minayo MC de S. Scientificity, generalization and dissemination of qualitative  
427 studies. *Cien Saude Colet* . 2017 Jan;22(1):16–7. [http://www.scielo. br/scie lo.ph p?](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100016&lng=pt&tlng=pt)  
428 [script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017000100016&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100016&lng=pt&tlng=pt) Accessed 2022  
429 Nov 23
- 430
- 431 24. WHO. WHO recommends non-clinical interventions to reduce unnecessary  
432 caesarean sections. Vol. 66, WHO. 2018. p. 37–9.
- 433
- 434 25. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, et al. Non-  
435 clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane*  
436 *Database Syst Rev* . 2018 Sep 28;9(9):CD005528. [http://www.ncbi.nlm](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30264405)  
437 [m.nih.gov/pubmed/30264405](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30264405). Accessed 2022 Oct 20
- 438
- 439 26. Brasil.Governo de Estado de São Paulo. lei nº 17.137, de 23 de agosto de  
440 2019. Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de  
441 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo  
442 quando escolhido o parto normal. *Diário Oficial*.  
443 [https://www.camara.leg.br/noticias/737640-projeto-garante-a-mulher-direito-de-](https://www.camara.leg.br/noticias/737640-projeto-garante-a-mulher-direito-de-optar-por-cesariana-ou-de-ser-anestesiada-no-parto-normal/)  
444 [optar-por-cesariana-ou-de-ser-anestesiada-no-parto-normal/](https://www.camara.leg.br/noticias/737640-projeto-garante-a-mulher-direito-de-optar-por-cesariana-ou-de-ser-anestesiada-no-parto-normal/). Accessed 2023  
445 Dez 29.

## 5. DISCUSSÃO GERAL

Os principais motivos relatados pelas mulheres para a solicitação da cesariana estiveram associados ao medo do parto vaginal; muitas afirmavam que não conseguiriam suportar a dor do parto normal e que não queriam sofrer. Esta opinião esteve muito influenciada pelas narrativas de familiares e pessoas conhecidas, favorável ao parto cesariano. Tais narrativas geravam medo, insegurança e ansiedade nas gestantes. Ainda, os acompanhantes masculinos entenderam que seu papel era dar suporte à mulher, mesmo que tivessem informação sobre as vantagens de um parto vaginal e fossem favoráveis à opção por esta via. Nossos achados refletem as práticas de uma população específica, mas acompanham o debate nacional e internacional sobre o assunto.(11,16,40)

Também muitas mulheres moravam em outras cidades, numa distância que exigia até duas horas de viagem até o hospital de referência onde seria realizado o parto. Esse fato gerava ansiedade porque muitas não tinham carro e dependiam de outras pessoas para levá-las ao hospital. Temiam não conseguir transporte quando necessário e preferiam se programar. Importante recordar que quase todas tinham alguma condição clínica ou obstétrica para estarem em atendimento num hospital de referência terciária, ainda que suas condições não indicassem, necessariamente, uma cesárea eletiva. Ainda assim, tinham uma percepção de maior segurança no parto cesariana diante de suas condições clínicas e muitas desejam a laqueadura.

No Brasil, a legislação assegura que a gestante tem direito de optar pela cesariana, mas o procedimento realizado em situações eletivas deve aguardar até idade gestacional de 39 semanas completas de gestação (26,27). Ainda, é possível solicitar a laqueadura durante o parto, uma mudança recente da legislação (26). Em ambos as normas, sobressai a perspectiva do respeito à decisão informada e autonomia das mulheres. E esta postura orienta as ações na instituição onde realizamos a pesquisa.

No entanto, os riscos de parto cesariana são pouco conhecidos do público e das mulheres, em particular, gerando falsa-segurança. A preocupação com o crescimento destas cesáreas desnecessárias e o conflito ético dos profissionais que entendem que as cesáreas não seriam indicadas nestes casos tem sido bastante discutidos na literatura mais recente(19,41–43).

Pesquisas mostram que crianças nascidas pelo parto cesariana tem maior chance de desenvolver asma, diabetes tipo 1, obesidade e outras doenças infantis autoimunes, sobretudo quando a cesariana ocorre antes do início de trabalho de parto, com membranas íntegras (45). Para a mulher, além dos riscos mais imediatos de infecção pós-cesariana, sangramento puerperal aumentado e riscos cirúrgicos habituais e início tardio de amamentação (46–48), há o risco de placentação anormal, descolamento prematuro da placenta, aborto espontâneo e natimorto na gestação subsequente (45).

Em nosso estudo, as mulheres mostraram seu poder de escolha sobre o parto. Justificavam a sensação de segurança pela possibilidade de agendar o parto, ter uma equipe pronta para assisti-las e poder responder rapidamente em caso de intercorrências. Resultados similares foram observados no estudo de Bryant, dando ênfase à visão de que as mulheres são sujeitos autônomos em sua experiência de parto, podendo posicionar a cesariana como via preferencial de parto, ainda que a literatura disponível não confirme o parto cesáreo como a via mais segura (42,47).

A maioria das mulheres aqui estudadas se encontrava na faixa etária entre 19 e 30 anos. Alguns estudos sugerem que quanto maior a faixa etária, maior o percentual de realização de cesariana a pedido, chegando a 81,4% entre aquelas com idade maior ou igual a 35 anos (48,49).

Uma pesquisa transversal fez avaliação dos índices de parto cesariana e vaginal e fatores associados em hospitais públicos no Brasil, observando que mais de 50% das mulheres submetidas a cesariana eram multíparas com cesárea anterior (8). Também constatamos que boa parte dos PCPM foram realizados em multíparas com cesárea anterior e antes das 39 semanas completas. As razões para antecipação do parto podem estar associadas às morbidades que a deixaram inseguras e ansiosas. Esta situação não se alinha com as orientações do Conselho Federal de Medicina e outros protocolos internacionais (9,11,44). No entanto, os relatos da literatura acerca de PCPM não se originam de populações de mulheres atendidas em serviços que atendem majoritariamente o alto risco obstétrico.

Também mostramos as perspectivas dos acompanhantes em relação ao PCPM, suas experiências e atitudes no processo de tomada de decisão em um ambiente de alta incidência de cesarianas. As mulheres acompanhantes

manifestaram atitudes mais favoráveis à solicitação da cesariana do que os homens, sobretudo aquelas que já tiveram experiência de parto negativa. Essas mulheres baseiam-se nas memórias de trabalhos de parto malsucedidos que terminaram em cesarianas de urgência. Muitas das perspectivas das mulheres acompanhantes foram influenciadas por crenças acerca de parto vaginal em contextos menos respeitosos e humanizados, onde há poucas opções para o alívio da dor.

Por muito tempo, os parceiros tiveram seu envolvimento limitado, com falta ou pouco conhecimento sobre o processo de trabalho de parto. A perspectiva dos homens acompanhantes era de que o seu principal papel seria apoiar a decisão das suas parceiras como forma de salvaguardar sua autonomia. Portanto, é legítimo e compreensível que tenham dificuldades para debater com as mulheres a sua perspectiva sobre o parto.

Deve-se ressaltar como limitação neste trabalho o fato de as entrevistas terem sido realizadas imediatamente após o parto, o que pode ter alterado o relato de algumas mulheres, devido às questões emocionais que envolvem esse momento e o fato de ter sido uma amostra por conveniência. De qualquer forma, entende-se que os resultados refletem uma cultura de cesariana no Brasil, estabelecida desde as últimas décadas do século XX (49), normalizando o parto abdominal cirúrgico.

Outro elemento que reforça a opção pelo parto cesariana mesmo na ausência de indicações clínicas ou obstétricas é a falta de necessidade das mulheres protegerem a sua saúde reprodutiva, numa realidade em que a taxa de fertilidade tem caído vertiginosamente, como se vê no Brasil (50). Isso difere dos relatos dos estudos realizados em países em desenvolvimento, onde o parto cesariana é visto como uma limitação no número de filhos que a mulher pode ter e, portanto, não é desejado (51).

Assim, a solicitação de uma cesariana sem indicação clínica precisa ser melhor informada. A mudança para uma cultura de parto vaginal como a melhor opção, no Brasil e várias partes do mundo, é um desafio a ser enfrentado pelos profissionais de saúde, com apoio da mídia e dos coletivos que buscam melhor qualidade de saúde e vida para as mulheres, crianças e famílias.

A sensação de que a cesariana é um parto mais controlado e que traz maior segurança, além da influência negativa de experiências prévias relatadas de parto vaginal próprias ou de outras, influenciam a decisão das mulheres, independente do aconselhamento que tenham recebido. O impacto dos protocolos de indução do

trabalho de parto, reduzindo a taxa de partos iniciados espontaneamente (53) e o papel dos novos regulamentos nacionais sobre laqueadura tubária, como estímulo a cesarianas que poderiam ter sido evitadas, precisam ser melhor compreendidos.

Devido à alta incidência de cesariana no Brasil já no primeiro parto, as estratégias de redução de cesárea desnecessária precisam focar, além da cesárea primária, naquelas indicadas como segundo parto. A popularização da cesárea num país de índices alarmantes traz, para muitas gestantes, a sensação de esta ser a forma mais natural de parir, gerando falsa sensação de segurança. É necessária uma profunda mudança cultural para reduzir os partos abdominais desnecessários.

Salientamos a preocupação de que os acompanhantes possam ignorar os riscos maternos associados à cesariana, valorizando a percepção de que, assim, pode-se garantir um bebê saudável. Os acompanhantes precisam ser chamados a refletir sobre seu relevante papel no apoio para a tomada de decisão da mulher. Dar suporte durante o parto, após receber aconselhamento pré-natal sobre as indicações e complicações da cesariana pode contribuir com o exercício da autonomia consciente da mulher e sua preparação para o parto. Estudos como o nosso mostram paradoxos nas perspectivas sobre o parto cesariano e identificam lacunas de conhecimento, fenômenos e riscos associados ao trabalho de parto, parto e puerpério e à opção por cesárea. Contribuem para orientar programas de esclarecimentos sólidos para que as mulheres e seus acompanhantes nos quais se possa discutir a opção de parto, considerando aspectos relevantes em saúde a curto médio e longo prazo trazidos pelos profissionais de saúde.

Este complexo sistema torna desafiadora a reflexão e proposta de uma política de redução das cesarianas desnecessárias (sem indicação clínica para a mãe e o feto). Muitas intervenções foram testadas buscando reduzir as cesáreas em geral, o que incluiria as cesáreas a pedido(54). A World Health Organization publicou, em 2018, seu guia de orientação de intervenções não medicamentosas para reduzir cesáreas, salientando o papel das auditorias e segunda opinião, entre outras (55). O Brasil, com recursos do Ministério da Saúde, iniciou o Projeto Parto Adequado nas maternidades privadas, com o objetivo de reduzir as cesáreas evitáveis (56). A adoção da classificação de Robson tem permitido acompanhar tendências e criar possibilidade de acompanhar e contrastar índices dos serviços, o que era difícil anteriormente (9,57).

A normalização da cesariana no Brasil, vista por algumas gerações como a

via natural e isenta de riscos, é um fenômeno cultural de grande complexidade. Entre os fatores que levaram a esta normalização, inclui-se o temor de acusação de má prática pelos obstetras e até o retorno financeiro mais favorável para o parto cirúrgico, além da comodidade de agendar o procedimento (23,42,48). Este perfil de atuação profissional no parto, centrada no médico e dependente apenas de sua ação profissional, certamente é um dos principais elementos da criação de uma cultura que difere muito do que se observa em outros países (33). Uma mudança na direção de um trabalho conjunto e complementar com outros profissionais, especialmente enfermeiras(os) obstetras, além de fisioterapeutas, psicólogos, pediatras, num processo de cuidar mais multiprofissional, é essencial para induzir esta mudança.

Esperamos que nossos resultados possam orientar futuras investigações, bem como estimular novas reflexões sobre o uso desnecessário da cesariana, em situações em que pode ser evitada.

## 6. CONCLUSÕES

As mulheres submetidas a parto cesariana a pedido relataram diversas razões para a sua escolha de tipo de parto: o medo da dor do parto, sensação de segurança devido aos riscos maternos ou fetais, experiência traumática de nascimento de paciente, família ou amigos, sensação de controle e falta de conhecimento referido sobre os riscos e benefícios do parto cesariana.

As acompanhantes tinham experiência de parto desagradável e influenciaram as mulheres a solicitar a cesariana buscando a segurança do feto e menor sofrimento materno. Os acompanhantes masculinos, por sua vez, reconheciam conhecimento limitado em relação ao parto. Ainda que acreditassem que o parto vaginal é mais recomendado, entendem que seu papel é apoiar e respeitar a decisão da parceira.

## 7. REFERÊNCIAS

1. WHO statement on caesarean section rates [Internet]. [cited 2022 Jul 28]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
2. Mylonas I, Friese K. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2015 Jul 20 [cited 2022 Jun 20];112(29–30):489. Available from: [/pmc/articles/PMC4555060/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2555060/)
3. Begum T, Saif-Ur-Rahman KM, Yaqoot F, Stekelenburg J, Anuradha S, Biswas T, et al. Global incidence of caesarean deliveries on maternal request: a systematic review and meta-regression. *BJOG* [Internet]. 2021 Apr 8;128(5):798–806. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16491>
4. Betran AP, Ye J, Moller A-BB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: Global and regional estimates. *BMJ Glob Heal* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 20];6(6):5671. Available from: <http://gh.bmj.com/>
5. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet* [Internet]. 2018;392(10155):1341–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
6. Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, et al. Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality Original Investigation. *JAMA* [Internet]. 2015;314(21):2263–70. Available from: <https://jamanetwork.com/>
7. de Pádua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Filho OBM. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2010 [cited 2022 Aug 16];44(1):70–9. Available from: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/YFtSmLjPMLPr6nVNmpG6gwk/?lang=pt>
8. Solanki G, Fawcus S, Daviaud E. A cross sectional analytic study of modes of delivery and caesarean section rates in a private health insured South African population. *PLoS One* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2022 Jul 26];14(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31247013/>
9. Silva CEB da, Guida JPS, Costa ML. Increased Cesarean Section Rates during the COVID-19 Pandemic: Looking for Reasons through the Robson Ten Group

- Classification System. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2023 Jul;45(7):e371–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37595593>
10. ACOG, Porter TF. ACOG Committee Opinion No. 761: Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2019 Jan [cited 2023 Aug 4];133(1):e73–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30575671>
  11. Guo Y, Murphy MSQ, Erwin E, Fakhraei R, Corsi DJ, White RR, et al. Birth outcomes following cesarean delivery on maternal request: a population-based cohort study. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2021 May 3 [cited 2023 Mar 28];193(18):E634–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33941522/>
  12. National Institute for Health and Care Excellence. Caesarean birth NICE guideline [NG192]: Recommendations [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 28]. Available from: [www.nice.org.uk/guidance/ng192](http://www.nice.org.uk/guidance/ng192)
  13. Liang J, Zhang Z, Yang W, Dai M, Lin L, Chen Y, et al. Association between Cesarean Section and Weight Status in Chinese Children and Adolescents: A National Survey. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2017 Dec 20;14(12):1609. Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/14/12/1609>
  14. Si K, Li H-T, Zhou Y, Li Z, Zhang L, Zhang Y, et al. Cesarean delivery on maternal request and common child health outcomes: A prospective cohort study in China. *J Glob Health* [Internet]. 2022 Feb 26;12:11001. Available from: <http://jogh.org/documents/2022/jogh-12-11001.pdf>
  15. Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, Garthus-Niegel S, Scheele F, Honig A. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017 Jun 19;17(1):195. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28629393>
  16. Shaterian N, Alsadat Rahnemaei F, Ghavidel N, Abdi F. Elective cesarean section on maternal request without indication: reasons for it, and its advantages and disadvantages. *Cent Eur J Nurs Midwifery* [Internet]. 2021 Sep 7;12(3):458–69. Available from: <http://cejnm.osu.cz/doi/10.15452/cejnm.2020.11.0017.html>
  17. Huang K, Yan S, Wu X, Zhu P, Tao F. Elective caesarean section on maternal request prior to 39 gestational weeks and childhood psychopathology: a birth cohort study in China. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2019 Jan 14;19(1):22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30642307>
  18. Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N. Reasons for elective

- cesarean section on maternal request: a systematic review. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 2020 Nov 16;33(22):3867–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30810436>
19. Choudary A, Siraj A, Tariq H, Chughtai F, Urooj U. ETHICAL DILEMMA OF CESAREAN SECTION ON MATERNAL REQUEST (CSMR). *Pakistan Armed Forces Med J* [Internet]. 2021 Apr 29;71(2):535–9. Available from: <http://www.pafmj.org/index.php/PAFMJ/article/view/5448>
  20. Eide KT, Morken N-HH, Børøe K. Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 Dec 29;19(1):1–11. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2250-6>
  21. Schantz C, Lhotte M, Pantelias A-C. [Not Available]. *Sante Publique* [Internet]. 2021;32(5):497–505. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35724165>
  22. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. *Lancet* [Internet]. 2010 Feb 6 [cited 2022 Jun 20];375(9713):490–9. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673609618705/fulltext>
  23. Rudey EL, Leal M do C, Rego G. Defensive medicine and cesarean sections in Brazil. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2021 Jan 8;100(1):e24176. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/MD.00000000000024176>
  24. Dias BAS, Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M. Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2022;38(6). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2022000605011&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2022000605011&tlng=pt)
  25. Boucherie AS, Girault A, Berlingo L, Goffinet F, Le Ray C. Cesarean delivery on maternal request: How do French obstetricians feel about it? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2022 Feb;269:84–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211521010058>
  26. Medicina OCFDE. Resolução cfm nº 2.284/2020. 2021;2020(D). Available from: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2284\\_2020.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2284_2020.pdf)

27. Brasil. Lei 14.442 de 2 de setembro de 2022. 2022;180:19869. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2022/Lei/L14442.htm#art6](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14442.htm#art6)
  
28. Ministério da Saúde. LEI Nº 11.108 - DE 7 DE ABRIL DE 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Of da União [Internet]. 2005;DOU DE 8/4(1):1. Available from: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-mulher/legislacao/lei\\_n\\_11.180\\_-\\_acompanhante.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-mulher/legislacao/lei_n_11.180_-_acompanhante.pdf)
  
29. Pradhan T, Mahato RD, Dhamala JN, Dahal P. Patient Perceptions and fetal outcome of Cesarean delivery on Maternal request at Birat Medical College Teaching Hospital. Nepal J Obstet Gynaecol. 2022;17(34):57–61.
  
30. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama A de S, Chor D, D’Orsi E, et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cad Saude Publica [Internet]. 2003 Dec;19(6):1611–20. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000600006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600006&lng=pt&tlng=pt)
  
31. Copelli FH da S, Rocha L, Zampieri M de FM, Gregório VRP, Custódio ZA de O. Determinants of women’s preference for cesarean section. Texto Context - Enferm [Internet]. 2015 Jun;24(2):336–43. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000200336&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200336&lng=en&tlng=en)
  
32. Diniz CSG, D’Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2014 Aug;30(suppl 1):S140–53. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=pt&tlng=pt)
  
33. Panda S, Begley C, Daly D. Influence of women’s request and preference on the rising rate of caesarean section - a comparison of reviews. Midwifery [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2023 May 9];88:102765. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0266613820301376?token=08090BC03A2B82CDB3BDA5EE08F9F627E6171B0964C430BFEF8A34CC9797F49F43139DEE2B32EEA92A86F32316C6B5C4&originRegion=us-east-1&originCreation=20230510012818>

34. Bohren MA, Hazfiarini A, Vazquez Corona M, Colomar M, De Mucio B, Tunçalp Ö, et al. From global recommendations to (in)action: A scoping review of the coverage of companion of choice for women during labour and birth. McCall SJ, editor. *PLOS Glob Public Heal* [Internet]. 2023 Feb 1;3(2):e0001476. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pgph.0001476>
35. Giorgi A. The Descriptive Phenomenological Psychological Method. *J Phenomenol Psychol* [Internet]. 2012;43(1):3–12. Available from: [https://brill.com/view/journals/jpp/43/1/article-p3\\_2.xml](https://brill.com/view/journals/jpp/43/1/article-p3_2.xml)
36. Giorgi A. An affirmation of the phenomenological psychological descriptive method: a response to Rennie (2012). *Psychol Methods* [Internet]. 2014 Dec;19(4):542–51. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/met0000015>
37. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. [Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation]. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2011 Feb;27(2):388–94. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=pt&tlng=pt)
38. Guizzo BS, Krzimirski C de O, de Oliveira DLLC. [The software QSR Nvivo 2.0 in qualitative data analysis: a tool for health and human sciences researches]. *Rev Gauch Enferm* [Internet]. 2003 Apr;24(1):53–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15112949>
39. Souza LK de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arq Bras Psicol* [Internet]. 2019;71(2):51–67. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
40. O'Donovan C, O'Donovan J. Why do women request an elective cesarean delivery for non-medical reasons? A systematic review of the qualitative literature [Internet]. *Birth Birth*; Jun 1, 2018 p. 109–19. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29105822/>
41. Kennedy HP, Grant J, Walton C, Sandall J. Elective caesarean delivery: A mixed method qualitative investigation. *Midwifery* [Internet]. 2013;29(12):e138–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.008>
42. Sorrentino F, Greco F, Palieri T, Vasciaveo L, Stabile G, Carlucci S, et al. Cesarean Section on Maternal Request-Ethical and Juridic Issues: A Narrative Review. *Medicina*

- (Kaunas) [Internet]. 2022 Sep 10;58(9):1255. Available from: <https://www.mdpi.com/1648-9144/58/9/1255>
43. Loke AY, Davies L, Mak Y. Is it the decision of women to choose a cesarean section as the mode of birth? A review of literature on the views of stakeholders. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 Aug 9;19(1):286. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2440-2>
  44. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. Myers JE, editor. *PLOS Med* [Internet]. 2018 Jan 23 [cited 2023 Aug 4];15(1):e1002494. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29360829>
  45. Mu W, Huang YH, Chaumont A, Létourneau I, El-Chaar D, Xia T, et al. Breast feeding after caesarean delivery on maternal request: protocol of a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2020 Aug 13;10(8):e038309. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32792447>
  46. Gedefaw G, Goedert MH, Abebe E, Demis A. Effect of cesarean section on initiation of breast feeding: Findings from 2016 Ethiopian Demographic and Health Survey. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(12 December):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0244229>
  47. Johansson M, Alvan J, Pettersson A, Hildingsson I. Conflicting attitudes between clinicians and women regarding maternal requested cesarean section: a qualitative evidence synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2023 Mar 28;23(1):210. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36978038>
  48. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 Sep;25(3):885–904. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000300885&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300885&lng=pt&tlng=pt)
  49. Viana TGF, Martins EF, Sousa AMM, Souza KV de, Rezende EM, Matozinhos FP. Reasons for performing a cesarean section according to the puerperal women reports and the registry of medical records in maternity hospitals in Belo Horizonte. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2018;22:1–8. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20180003>
  50. Tapisiz OL, Coskun B, Coskun B, Mollamahmutoglu L. A historical perspective of

- cesarean section: Past, present, and future. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2018 Aug 1;57(4):618–9.
51. Leal MDC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018 Jun;23(6):1915–28. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=pt&tlng=pt)
  52. Litorp H, Mgaya A, Kidanto HL, Johnsdotter S, Essén B. “What about the mother?” Women’s and caregivers’ perspectives on caesarean birth in a low-resource setting with rising caesarean section rates. *Midwifery* [Internet]. 2015 Jul;31(7):713–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.008>
  53. Luthy DA, Malmgren JA, Zingheim RW. Cesarean delivery after elective induction in nulliparous women: The physician effect. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2004 Nov 1 [cited 2022 Aug 10];191(5):1511–5. Available from: <http://www.ajog.org/article/S0002937804007501/fulltext>
  54. Zahumensky J, Psenkova P, Dolezal P, Otapkova P, Papcun P, Ferianec V, et al. Impact of implementing a multifaceted intervention to reduce rates of cesarean section: A quality-improvement study. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2020 Nov 5;151(2):244–8. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13345>
  55. WHO. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Vol. 66, WHO. 2018. p. 37–9.
  56. Rodrigues AP, de Oliveira DCC, Gomes ML, de Azevedo Nicida LR, Torres JA, da Trindade Dias Coutinho A, et al. Women’s voice on changes in childbirth care practices: a qualitative approach to women’s experiences in Brazilian private hospitals participating in the Adequate Childbirth Project. *Reprod Health* [Internet]. 2022;20:1–13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01539-y>
  57. Betran A, Torloni M, Zhang J, Gülmezoglu A. <scp>WHO</scp> Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2016 Apr 22;123(5):667–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26681211>

## **ANEXO 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PUÉRPERAS**

**Título da pesquisa:** Pesquisa qualitativa sobre as motivações do parto cesariana a pedido materno, na perspectiva das mulheres e seus acompanhantes, CAISM, 2022.

**Pesquisadora Responsável:** Profa. Dra. Eliana Martorano Amaral

Equipe de pesquisadoras: Eliana M. Amaral, Célia Siteo, Laura Fogulin e Cristine Benetti

Número do CAAE: 65052722.0.0000.5404

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pela pesquisadora e pelo/a participante, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com a pesquisadora.

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

### Justificativa e objetivos:

O objetivo desta pesquisa é compreender as reais motivações para a solicitação de cesariana antes ou durante a indução do trabalho de parto, para ampliar o conhecimento e sugerir intervenções mais assertivas e oportunas, voltadas ao controle das taxas de cesariana, tendo em conta a perspectiva das mulheres e acompanhantes.

### Procedimentos

Participando do estudo você está sendo convidado a: a participar de uma

entrevista em que as pesquisadoras farão perguntas relacionadas com os motivos que levam as mulheres a pedir pela cesariana como parto, assim como serão coletados dados de identificação e dados sócio-demográficos. Estima-se que a entrevista levará 45 minutos e será gravada. A gravação da entrevista não é de caráter obrigatória, contudo solicitamos a sua autorização para gravarmos, como forma de melhorar a qualidade dos registros para que possamos ter transcrições fiéis à entrevista. Os dados correspondentes não permitirão a identificação das mulheres entrevistadas. Nesse sentido, durante o processo de redação do conteúdo registrado durante as entrevistas, todos os dados de identificação serão omitidos para garantir que você não possa ser identificado. As entrevistas também serão numeradas de forma que não permita a identificação de participantes individuais. As gravações das entrevistas serão colocadas de forma segura e enviadas para um local online para serem armazenadas após a entrevista. As transcrições serão mantidas sob um serviço online para armazenamento de dados, acessíveis apenas à equipe de pesquisa. Todas as gravações serão mantidas em um lugar seguro. Removeremos as informações que permitiriam sua identificação, e os dados serão armazenados por 5 anos e depois serão destruídos.

Você é livre para escolher participar do estudo com gravação de áudio ou sem gravação, e você pode retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Se por qualquer razão você interromper sua participação, seus dados coletados até este momento podem ser usados, caso contrário, se você retirar seu consentimento, seus dados serão excluídos e não serão usados. A recusa em participar não resultará em qualquer penalidade ou perda de benefícios. Você pode pular qualquer pergunta que não queira responder. Todos os dados da pesquisa estarão sob os cuidados do investigador principal.

( ) concordo em participar do presente estudo, porém NÃO AUTORIZO a gravação da minha voz em áudio.

( ) concordo em participar do presente estudo e AUTORIZO a gravação da minha voz em áudio, sendo necessário meu consentimento a cada nova pesquisa, que deverá ser aprovada pelo CEP institucional e, se for o caso, pela CONEP.

#### Desconfortos e riscos previstos

Você **não** deve participar deste estudo se for menor de 18 anos. Você poderá sentir desconfortos como: vergonha, estresse, ansiedade, quebra de sigilo, cansaço, aborrecimento, quebra de anonimato, invasão de privacidade, possibilidade de constrangimento, indisponibilidade de tempo para responder ao instrumento, alterações de comportamento, exposição de seus dados que possam resultar na sua identificação, desconforto emocional relacionado à presença da pesquisadora, ao responder questões sensíveis tais como sexualidade e intimidade pessoal, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, divulgação de dados confidenciais, alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por conscientização sobre uma condição psicológica, alterações na visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre saúde reprodutiva e outros desconfortos não previsíveis.

Estamos pedindo que compartilhe conosco algumas informações muito pessoais e confidenciais, e você pode se sentir desconfortável falando sobre alguns dos tópicos. Você não precisa responder a nenhuma pergunta ou participar da entrevista se você não deseja fazê-lo, e isso também é bom. Você não precisa nos dar nenhuma razão para não responder a nenhuma pergunta, ou por se recusar a participar da entrevista.

Durante a participação do estudo, caso necessite de cuidados especializados, médico ou aconselhamento de saúde mental será encaminhada para profissionais de saúde dos serviços de encaminhamento oferecidos pelo CAISM.

#### **Benefícios**

Ao participar desta pesquisa, não terá benefícios diretos e imediatos, mas a sua participação poderá contribuir para reflexões futuras em relação a saúde da mulher no período gestacional e pós parto, podendo contribuir para que iniciativas futuras sejam pensadas no que respeita a forma de nascer, gestão do parto cesariana á pedido materno, tendo em conta as percepções das mulheres e seus acompanhantes.

Ao final do projeto, a equipe de pesquisa divulgará por meio de plataforma online artigo científico como resultado deste estudo. Os resultados serão repassados aos participantes em forma de resumo por escrito. O participante também poderá receber os resultados na íntegra, caso solicite esta devolutiva por e-mail.

### Sigilo e privacidade

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

### Ressarcimento e Indenização

A sua participação neste estudo é voluntária. Você não terá qualquer despesa por participar desta pesquisa. Caso tenha gastos para participar desta pesquisa fora da sua rotina você será ressarcido integralmente de suas despesas. Você tem direito a indenização devido a qualquer dano decorrente desta pesquisa.

### Tratamento dos dados

Esta pesquisa prevê o armazenamento dos dados coletados em repositório de dados, em local virtual de acesso público, com o objetivo de possível reutilização, verificação e compartilhamento em trabalhos de colaboração científica com outros grupos de pesquisa.

Sua identidade não será revelada nesses dados, pois os dados só serão armazenados de forma anônima (isto é, os dados não terão identificação), utilizando mecanismos que impeçam a possibilidade de associação, direta ou indireta com você. Cabe ressaltar que quem compartilhar os dados também não terá possibilidade de identificação dos participantes de quem os dados se originaram. Sendo assim, não haverá possibilidade de reversão da anonimização.

### Acompanhamento e assistência

Disponibilizo o contato da pesquisadora para esclarecimentos de dúvidas durante a pesquisa ou após o encerramento ou interrupção da pesquisa e a pesquisadora usará a forma de contato fornecida por você para entrar em contato, em caso de dúvidas decorrentes da pesquisa, dentro do horário comercial.

### Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora **Eliana Martorano Amaral**, no endereço Alexander Fleming 101 - Secretaria da Obstetrícia, Cidade Universitária, 13083-881 - Campinas, SP - Brasil - Caixa-postal: 6081 Telefone: (19) 3521- 9334, ramal: 19477 ou pelo Email:

[elianaa@unicamp.br](mailto:elianaa@unicamp.br).

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

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

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

Consentimento livre e esclarecido:

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

---

Nome da participante da pesquisa:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Assinatura da participante da pesquisa)

Responsabilidade da Pesquisadora:

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

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

---

(Assinatura da pesquisadora)

## **ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ACOMPANHANTES**

### Termo de consentimento livre e esclarecido

**Título da pesquisa:** Pesquisa qualitativa sobre as motivações do parto cesariana a pedido materno, na perspectiva das mulheres e seus acompanhantes, CAISM, 2022.

**Pesquisadora Responsável:** Profa. Dra. Eliana Martorano Amaral

**Equipe de pesquisa:** Eliana M. Amaral, Célia Siteo, Laura Fogulin e Cristine Benetti

Número do CAAE: 65052722.0.0000.5404

### **APRESENTAÇÃO DA PESQUISA**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa qualitativa sobre motivações da cesariana materna na perspectiva de mulheres e seus acompanhantes, que será realizada no CAISM sob responsabilidade da pesquisadora Eliana Martorano Amaral.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante e será disponibilizado no primeiro contato com a pesquisadora, no formato físico durante a admissão das gestantes para o parto. Este Termo é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pela pesquisadora e pelo/a participante, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com a pesquisadora.

Por favor, leia com atenção e calma, buscando entender completamente a proposta da pesquisa. Se tiver dúvidas sobre qualquer ponto da pesquisa ou de sua participação, antes ou mesmo depois de concordar em ser participante da pesquisa, você poderá esclarecê-las com as pesquisadoras da equipe Célia Siteo e Laura Bianchini Fogulin pelos meios de contato descritos neste Termo. Se preferir, você pode consultar seus familiares e/ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá qualquer tipo de penalização ou prejuízo se você não quiser participar ou se retirar

sua autorização em qualquer momento, mesmo depois de iniciar sua participação nesta pesquisa.

### **INFORMAÇÕES SOBRE ESTA PESQUISA**

**Objetivo:** compreender as reais motivações para a solicitação de cesariana antes ou durante a indução do trabalho de parto.

**Importância do estudo:** ampliar o conhecimento e sugerir intervenções mais oportunas, voltadas à redução das cesarianas desnecessárias, tendo em conta a perspectiva das mulheres e acompanhante.

### **Procedimentos e metodologias**

Participando do estudo você está sendo convidado a: a participar de uma entrevista em que as pesquisadoras farão perguntas relacionadas com os motivos que levam as mulheres a dar à luz pela via da cesariana a pedido, assim como serão coletados dados de identificação e dados sócio-demográficos, a decorrer por meio de chamada telefônica no Whatsapp ou Google Meet a ser agendada de acordo com a sua disponibilidade. Assim como pode ser presencial numa sala restrita do CAISM, se preferir, estima-se que a entrevista levará 30 minutos e será gravada. A gravação da entrevista não é de caráter obrigatória, contudo solicitamos a sua autorização para gravarmos, como forma de melhorar a qualidade dos registros para que possamos ter transcrições fiéis à entrevista. O estudo e os dados correspondentes não permitirão a identificação das mulheres entrevistadas. Nesse sentido, durante o processo de redação do conteúdo registrado durante as entrevistas, todos os dados de identificação serão omitidos para garantir que você não possa ser identificado. As entrevistas também serão numeradas de forma que não permita a identificação de participantes individuais.

As gravações das entrevistas serão colocadas de forma segura e enviadas para um local online para serem armazenadas após a entrevista. As transcrições serão mantidas sob um serviço online para armazenamento de dados, acessíveis apenas à equipe de pesquisa. Todas as gravações serão mantidas em um lugar seguro. Removeremos as informações que permitiriam sua identificação, e os dados serão armazenados por 5 anos e depois serão destruídos.

Você é livre para se recusar a participar, e você pode retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Se por qualquer razão você

interromper sua participação, seus dados coletados até este momento podem ser usados, caso contrário, se você retirar seu consentimento, seus dados serão excluídos e não serão usados. A recusa em participar não resultará em qualquer penalidade ou perda de benefícios. Você pode pular qualquer pergunta que não queira responder. Todos os dados da pesquisa estarão sob os cuidados do investigador principal.

### **Tratamento dos dados**

Esta pesquisa prevê o armazenamento dos dados coletados em repositório de dados, em local virtual de acesso público, com o objetivo de possível reutilização, verificação e compartilhamento em trabalhos de colaboração científica com outros grupos de pesquisa.

Sua identidade não será revelada nesses dados, pois os dados só serão armazenados de forma anônima (isto é, os dados não terão identificação), utilizando mecanismos que impeçam a possibilidade de associação, direta ou indireta com você. Cabe ressaltar que quem compartilhar os dados também não terá possibilidade de identificação dos participantes de quem os dados se originaram. Sendo assim, não haverá possibilidade de reversão da anonimização, você é livre de participar no estudo com gravação de voz ou sem a gravação de voz.

### **Autorização de gravação de voz**

( ) **AUTORIZO** a pesquisadora responsável, de forma gratuita e sem qualquer ônus, a gravação de minha voz, para uso em meios acadêmicos e pedagógicos, quer em mídia impressa (livros, catálogos, revista, jornal, entre outros) ou digital (revistas científica online), sendo necessário meu consentimento a cada nova pesquisa, que deverá ser aprovada pelo CEP institucional e, se for o caso, pela CONEP.

( ) **Não AUTORIZO** a gravação de minha voz nesta pesquisa.

#### **Desconfortos e riscos previstos**

Você **não** deve participar deste estudo se for menor de 18 anos. Você poderá sentir desconfortos como: vergonha, quebra de sigilo, cansaço, aborrecimento, quebra de anonimato, invasão de privacidade, possibilidade de constrangimento, disponibilidade de tempo para responder a entrevista, alterações de comportamento,

exposição de dados do participante que possam resultar na sua identificação, desconforto emocional relacionado à presença da pesquisadora e da gravação de voz.

Estamos pedindo que compartilhe conosco algumas informações muito pessoais e confidenciais, e você pode se sentir desconfortável falando sobre alguns dos tópicos. Você não precisa responder a nenhuma pergunta ou participar da entrevista se você não deseja fazê-lo, e isso também é bom. Você não precisa nos dar nenhuma razão para não responder a nenhuma pergunta, ou por se recusar a participar da entrevista.

Durante a participação do estudo, caso necessite de cuidados especializados, médico ou aconselhamento de saúde mental será encaminhada para profissionais de saúde dos serviços de encaminhamento oferecidos pelo CAISM.

## **Benefícios**

Ao participar desta pesquisa, não terá benefícios diretos e imediatos, mas a sua participação poderá contribuir para reflexões futuras em relação a saúde da mulher no período gestacional e pós parto, podendo contribuir para que iniciativas futuras sejam pensadas no que respeita a forma de nascer, gestão do parto cesariana á pedido materno, tendo em conta as percepções dos seus acompanhantes.

Ao final do projeto, a equipe de pesquisa divulgará por meio de plataforma online artigo científico como resultado deste estudo. Os resultados serão repassados aos participantes em forma de resumo por escrito. O participante também poderá receber os resultados na íntegra, caso solicite esta devolutiva por e-mail.

## **GARANTIAS AOS PARTICIPANTES:**

**Esclarecimentos:** Você será informado (a) e esclarecido (a) sobre os aspectos relevantes da pesquisa, antes, durante e depois da pesquisa, mesmo se esta informação causar sua recusa na participação ou sua saída da pesquisa.

Direito de recusa a participar e direito de retirada do consentimento

Você tem direito de se recusar a participar da pesquisa e de desistir e retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa sem que isto traga qualquer penalidade ou represálias de qualquer natureza e sem que haja prejuízo para você.

### **Sigilo e privacidade**

Você tem garantia que sua identidade será mantida em sigilo, e dados e/ou informações identificadas ou identificáveis não serão fornecidos a pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadoras. Na divulgação dos resultados deste estudo, informações que possam identificá-lo (a) não serão mostradas ou publicadas. Em função da natureza digital desta pesquisa, não é possível garantir segurança ou sigilo absoluto dos dados, mas todo cuidado será tomado pelas pesquisadoras para garantir o sigilo de seus dados. Para maior segurança dos dados, serão adotadas as seguintes medidas: no áudio serão excluídas todas partes que incluam nomes ou aspectos identificáveis e a gravação terá uma codificação apenas, o seu contato não será armazenado com o seu áudio e a gravação será usada apenas para transcrição da entrevista, pela equipe de pesquisa.

### **Ressarcimento e Indenização**

A sua participação neste estudo é voluntária. Você não terá qualquer despesa por participar desta pesquisa. Caso tenha gastos para participar desta pesquisa fora da sua rotina você será ressarcido integralmente de suas despesas. Você tem direito a indenização devido a qualquer dano decorrente desta pesquisa.

### **Assistência, indenização e medidas de reparação**

Você tem direito de buscar indenização e reparação de danos se sentir prejudicado (a) pela participação nesta pesquisa, mesmo se já tiver concordado em participar da pesquisa e assinado TCLE. Você receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, em caso de danos decorrentes da participação nesta pesquisa.

### **Acompanhamento e assistência**

Disponibilizo o contato da pesquisadora para esclarecimentos de dúvidas durante a pesquisa ou após o encerramento ou interrupção da pesquisa e a pesquisadora usará a forma de contato fornecida por você para entrar em contato, em caso de dúvidas decorrentes da pesquisa, dentro do horário comercial.

### **Forma de contato com a pesquisadora**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora **Eliana Martorano Amaral**, no endereço Alexander Fleming 101 - Secretaria da Obstetrícia, Cidade Universitária, 13083-881 - Campinas, SP - Brasil - Caixa-postal: 6081 Telefone: (19) 3521- 9334, ramal: 19477 ou pelo Email:

### **Forma de contato com Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, protegendo o (a)s participantes em seus direitos e dignidade. Em caso de dúvidas, denúncias ou reclamações sobre aspectos éticos de sua participação e sobre seus direitos como participante da pesquisa, entre em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP (CEP-UNICAMP), de segunda a sexta-feira, das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs às 17:30hs à Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefones (19) 3521-8936 e (19) 3521-7187; e-mail: [cep@unicamp.br](mailto:cep@unicamp.br). Se houver necessidade da intermediação da comunicação em Libras, você pode fazer contato com a Central TILS da Unicamp no site <https://www.prg.unicamp.br/tils/> e solicitar ajuda para comunicação com o CEP.

### **Consentimento livre e esclarecido**

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro ter recebido este documento assinado pela pesquisadora por meio de ficha impressa.

Nome do (a) participante da pesquisa:

---

Contato telefônico/e-mail:

---

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

### **Responsabilidade da Pesquisadora:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que

o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

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

---

(Assinatura da pesquisadora)

## **ANEXO 3 - GUIA DE ENTREVISTA PARA PUÉRPERAS**

### **Pergunta norteadora**

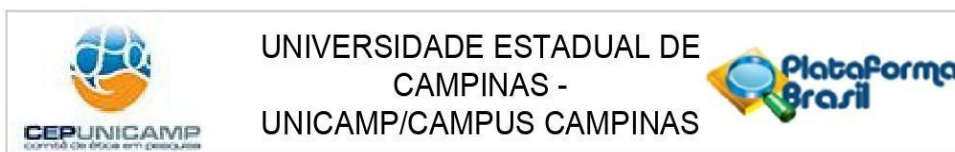
1. Com quantas semanas de gestação e por que razão você escolheu ou desejou ter parto cesariano? Por quê?

## **ANEXO 4 - GUIA DE ENTREVISTA PARA ACOMPANHANTES**

### **Pergunta norteadora**

1. Como você influenciou na tomada de decisão sobre o parto da mulher que acompanhou?

## ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MOTIVAÇÕES PARA CESÁREA A PEDIDO MATERNO, NA PERSPECTIVA DAS MULHERES E SEUS ACOMPANHANTES, NUM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

**Pesquisador:** Eliana Martorano Amaral

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 65052722.0.0000.5404

**Instituição Proponente:** Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.886.331

#### Apresentação do Projeto:

As informações descritas nos itens "Apresentação do projeto", "Objetivos da Pesquisa", "Critérios de inclusão e exclusão" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram obtidas dos documentos apresentados para apreciação ética e das informações inseridas pelo Pesquisador Responsável do estudo na Plataforma Brasil.

#### Introdução:

A cesariana é uma intervenção cirúrgica clinicamente necessária quando indicada para proteção da vida de gestantes e de recém-nascidos, sempre que a evolução para o parto vaginal não é mais segura(1). Apesar do maior risco de complicações maternas e fetais, em condições habituais, sua utilização se impõe em situações específicas (apresentação pélvica, gestação gemelar se o 1º feto não for cefálico, placenta prévia parcial ou total, acretismo placentário, HIV positivo sem tratamento ou com carga viral detectável ou coinfeção com Hepatite C, Infecção por herpes no terceiro)(2). As taxas de cesárea apresentam um aumento significativo nas últimas décadas, com grande discrepância a nível internacional, regional, num país e em diferentes tipos de instituições onde se realiza o parto, em função de diversas características sociodemográficas e reprodutivas da parturiente, assim como as condições da gravidez (3)(4). Neste contexto, chama atenção o crescimento das cesáreas a pedido das mulheres, sem indicação médica ou obstétrica. As taxas mais baixas são encontradas na África Subsaariana 5,0%, onde há dificuldade de acesso mesmo

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
CAMPINAS -  
UNICAMP/CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 5.886.331

quando indicadas, e as mais altas na América Latina e Caribe, 42,8% (1). O Sudão do Sul com 0,6% apresenta a taxa mais baixa, 26,2% na África do Sul, atingindo 25% na Inglaterra, 38,9% na China. No Brasil, a taxa de parto cesáreo atingiu 56%, sendo considerado o segundo país com a taxa mais elevada a nível mundial, depois da República Dominicana(5). Estudos mostraram que o risco de mortalidade materna, admissão em unidade de terapia intensiva, transfusão de sangue, histerectomia ou ligadura da artéria ilíaca interna, foi aumentado para todos os tipos de cesariana(6). Portanto, a cesárea deve ser uma opção nos casos em que as condições médicas ou obstétricas justifiquem, como forma de minimizar os riscos, sendo que as altas taxas de cesárea, não significam necessariamente melhores condições de saúde materno e perinatal(7)(8). A maioria dos estudos, sugerem que as proporções de cesáreas podem ultrapassar bastante o sugerido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1985, de 10-15%, sendo que nos países com bom resultado materno, as proporções de parto cesariana encontram-se em torno 20% (9). Assim, sem focar em taxas específicas, atualmente a OMS enfatiza que a cesárea deve ser realizada quando há necessidade, por razões clínicas e por convicção materna, após amplo aconselhamento baseado nas melhores evidências(1). As taxas de parto cesariana a pedido materno (PCPM) são pouco claras devido à falta de estudos confiáveis que visam medir a incidência deste tipo de parto. Uma revisão sistemática, envolvendo 31 artigos, analisou cerca de 5 milhões de nascimentos totais de 14 países e encontrou 0,2 a 42,0%, com a maioria dos estudos (20 artigos) relatando uma taxa abaixo de 5,0% (10). O estudo com o menor percentual de PCPM foi da Irlanda (11), enquanto a China teve o maior percentual (10). De um modo geral, a literatura mostra que diversas são as motivações associadas ao pedido de parto cesariana sem indicações médicas. Há uma preocupação mundial com o crescimento deste modo de parto em face das consequências e riscos potenciais maternos e fetais, como o aumento de risco de placentação anormal, prévia e acreta, nas gestações subsequentes de mulheres com cesárias anteriores (12), além de maior risco de doenças febris puerperais, complicações cirúrgicas imediatas e tardias, maior risco de morbidade materna aguda grave (MMEG) e ansiedade pré-parto, depressão pós-parto em comparação com as mulheres que optam pelo parto vaginal (13), além dos riscos para o recém-nascido, como excesso de peso, obesidade e anemia (14)(15) insuficiência respiratória e prematuridade iatrogênicas, doenças do sistema respiratório e imunológico e maior internação em UTI (16). Na literatura internacional, o PCPM está associado ao medo da dor do parto normal, medo de perder controle durante o parto, prevenção de danos no assoalho pélvico, vontade de minimizar o sofrimento fetal, parto prolongado, idade materna tardia, alto grau de escolaridade, concepção via fertilização in vitro ou gravidez muito desejada, ansiedade, nuliparidade, experiência com parto anterior, influência de

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
CAMPINAS -  
UNICAMP/CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 5.886.331

família, amigos ou sugestão de profissionais de saúde, aspectos emocionais, parto em um hospital com níveis mais elevados de cuidados maternos e assistência pré-natal baseada em obstetra(7)(17)(18)(19).De acordo com a revisão de literatura envolvendo 28 estudos, os motivos demográficos da solicitação do PCPM foram idade materna avançada, paridade, ocupação, escolaridade, obesidade materna, situação familiar, nível de religiosidade decrescente, renda familiar, número de filhos vivos e idade marital (17)Outro fator associado ao aumento de PCPM é a indução eletiva, sobretudo em primigestas sem trabalho de parto espontâneo, o que aumenta significativamente as taxas de cesárea, inclusive por desistência de indução (20).Por outro lado, o PCPM traz tensões éticas para os prestadores de serviços, desde que se define como uma cesárea potencialmente desnecessária (21) e com evidências de aumento de risco materno e evidências pouco claras do seu efeito sobre diminuições na morbidade ou mortalidade perinatal(6). Alguns estudos, consideram a aceitação do PCPM pelos obstetras como uma pratica clínica defensiva (22), por acreditarem que a cesárea é um procedimento cirúrgico seguro. No entanto, poucas consequências dessa via de parto são analisadas a longo prazo, para a saúde da mãe e do feto, incluindo nas gravidezes subsequentes. Em um estudo francês, 27,7% dos gineco-obstetras se declararam preparados para realizar cesárea a pedido, porém, esta resposta esteve mais presente entre aqueles com prática privada. Este achado coincide com as altas taxas de PCPM em hospitais privados, em relação ao público (23).Importa conhecer como os obstetras lidam com a solicitação materna da cesárea. Orientações mais claras sobre o PCPM podem ser benéficas na gestão das taxas de PCPM, sendo indispensável que os obstetras conheçam e discutam as razões por trás de tais solicitações e desta forma permitirem o manejo individualizado das cesárea a pedido. Entretanto, não temos estes fatores recentemente estudados no Brasil, um país campeão de cesáreas e não sabemos se há diferenças entre as mulheres que optam pelo PCPM antes do trabalho de parto ou durante o trabalho de parto espontâneo ou induzido. Apesar de alguns estudos mostrarem que na maioria dos país do mundo o parto cesáreo a pedido materno é responsável por uma proporção pequena, porém crescente de todos os partos cesarianos, é importante conhecer os motivos desta tendência quando há acesso a informação qualificada sobre os riscos inerentes ao procedimento. O parto cesáreo a pedido materno é mais prevalente entre as mulheres com determinadas características demográficas, indicando que a opção de cesariana a pedido materno pode ser mais atraente ou oferecida com maior frequência a uma determinada população de mulheres, o que pode reforçar as desigualdades na saúde das mulheres.No Caism, uma instituição universitária de referência para partos de alto risco, reconhecido e premiado pela atenção humanizada ao parto e nascimento que oferece, foi criada, em 20 de outubro de 2021,

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
CAMPINAS -  
UNICAMP/CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 5.886.331

através da Portaria Interna DEC/CAISM no 039/2021, a “Comissão Permanente de Avaliação das Taxas de Cesárea do CAISM”, com as atribuições de rever as taxas de cesárea, construir e monitorar indicadores relacionados às taxas de cesárea e implementar ações de caráter técnico como objetivo de evitar cesáreas desnecessárias. Ampliar o conhecimento sobre a gestante que pede cesárea antes ou durante o trabalho de parto, permitirá entender este fenômeno, para posteriormente refletir-se acerca de abordagens assertivas e baseadas em evidências científicas que possibilitem a redução de cesáreas desnecessárias.

#### Hipótese:

O pressuposto é que o medo do trabalho de parto ou possíveis complicações maternos ou fetais durante o parto vaginal, idade materna avançada, alto nível de escolaridade e presença de histórico de cesáreas na família e pessoas próximas da gestante, assim como experiência negativas de parto anterior, são as motivações para a solicitação materna da cesárea na ausência de indicações médicas ou obstétricas.

#### Metodologia Proposta:

Para atingir os objetivos propostos será desenvolvido um estudo qualitativo na abordagem fenomenológico. Este tipo de estudo permite compreender e interpretar fenômenos da natureza humana a partir de significações que as pessoas atribuem a estes fenômenos, em seu “setting” natural (24)

#### Critério de Inclusão:

(1) mulheres com desejo de parto cesárea a pedido;(2) mulheres com cesárea a pedido por desistência de indução;(3) mulheres com desejo de cesárea eletiva que evoluíram para o parto vaginal; mulheres com idade maior ou igual a 18 anos. Para os acompanhantes das mulheres acima, os critérios de inclusão são:(1) acompanhantes presentes na admissão da gestante e durante o parto;(2) que vivenciaram a gestação de perto;(3) com idade igual ou superior a 18 anos;

#### Critério de Exclusão:

Serão excluídas as mulheres e acompanhantes que não preencham os critérios acima referidos.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Compreender as motivações para o desejo e/ou solicitação da cesárea eletiva, antes e durante o trabalho de parto espontâneo ou induzido, na perspectiva das mulheres e seus acompanhantes.

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br

**Objetivo Secundário:**

I. Analisar o perfil sócio demográfico das mulheres que optaram pela cesárea a pedido; II. Analisar os motivos das mulheres e seus acompanhantes para a escolha da cesárea a pedido; III. Analisar o conhecimento e experiências dos acompanhantes sobre o tipo de parto realizado e sua participação na decisão das mulheres em escolher inicialmente o parto cesariana a pedido; IV. Descrever a satisfação das mulheres em relação ao tipo de parto materno realizado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Devido ao momento puerperal vivido, as puérperas podem sentir desconfortos como: vergonha, estresse, ansiedade, quebra de sigilo, cansaço, aborrecimento, quebra de anonimato, invasão de privacidade, possibilidade de constrangimento, indisponibilidade de tempo para responder ao instrumento, alterações de comportamento, exposição de seus dados que possam resultar na sua identificação, desconforto emocional relacionado à presença da pesquisadora, ao responder questões sensíveis tais como sexualidade e intimidade pessoal, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, divulgação de dados confidenciais, alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por conscientização sobre uma condição psicológica, alterações na visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre saúde reprodutiva e outros desconfortos não previsíveis. Para acompanhantes os desconfortos incluem: vergonha, quebra de sigilo, cansaço, aborrecimento, quebra de anonimato, invasão de privacidade, possibilidade de constrangimento, disponibilidade de tempo para responder a entrevista, alterações de comportamento, exposição de dados do participante que possam resultar na sua identificação, desconforto emocional relacionado à presença da pesquisadora e da gravação de voz.

**Benefícios:**

Ao participar desta pesquisa, as mulheres e seus acompanhantes, não terão benefícios diretos e imediatos, mas a sua participação poderá contribuir para reflexões futuras em relação a saúde da mulher no período gestacional e pós parto, podendo contribuir para que iniciativas futuras sejam pensadas no que respeita a forma de nascer, gestão do parto cesariana á pedido materno, tendo em conta as percepções das mulheres e seus acompanhantes. Ao final do projeto, a equipe de pesquisa divulgará por meio de plataforma online artigo científico como resultado deste estudo. Os resultados serão repassados aos participantes em forma de resumo por escrito. O participante também poderá receber os resultados na íntegra, caso solicite esta devolutiva por e-mail.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
CAMPINAS -  
UNICAMP/CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 5.886.331

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Esse documento trata-se do terceiro parecer do protocolo de pesquisa intitulado: "MOTIVAÇÕES PARA CESÁREA A PEDIDO MATERNO, NA PERSPECTIVA DAS MULHERES E SEUS ACOMPANHANTES, NUM HOSPITAL DE REFERÊNCIA" o qual tem como pesquisadora responsável a profa. Dra. Eliana Martorano Amaral, com auxílio das pesquisadoras: Adriana Barros de Pedro Costa e Célia Jose Laice Siteo. ESTE TRABALHO CORRESPONDE AO PROJETO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM TOCGINECOLOGIA, COM ÊNFASE EM SAÚDE MATERNA E PERINATAL, DA ALUNA CÉLIA JOSÉ LAICE SITEO, ORIENTADA PELA PROFA. DRA. ELIANA MARTORANO AMARAL, A SER REALIZADO NO CAISM- HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI, DIVISÃO DE OBSTETRÍCIA.

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

Para elaboração do atual parecer, foram analisados os seguintes documentos:

- "TCLEpuerperas3.docx" de 06/02/2023

- TCLEacompanhantes3.docx de 06/02/2023

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

Quanto aos Termos de Consentimentos Livre e Esclarecido apresentados nos documentos "TCLEpuerperas3.docx" e "TCLEacompanhantes3.docx" de 06/02/2023:

2.4. No item "Procedimentos" informar também que serão coletados dados de identificação e sócio demográfico. RESPOSTA: foi informado nos dois TCLE. ANÁLISE: Pendência atendida com recomendações. Solicita-se que os autores corrijam o texto, conforme regras de flexão no plural e singular (dados sócio-demográficos)

Resposta: foi feita a correção de acordo com a recomendação, "dados sóciodemográficos" no TCLE  
ANÁLISE 2: Pendência atendida.

2.5. No TCLE, lê-se: "Esses dados serão mantidos por um período de acordo com as regras nacionais locais.". Adequar informando que os dados serão armazenados por 5 anos e depois serão destruídos. RESPOSTA: informação adequada! ANÁLISE: Pendência parcialmente atendida. Os autores acrescentaram a frase sobre armazenamento dos dados durante 5 anos, no entanto, não retiraram o trecho "o registro das entrevistas não será destruído". Solicita-se que o trecho seja

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
CAMPINAS -  
UNICAMP/CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 5.886.331

excluídos dos dois TCLE, mantendo apenas a informação de que os dados serão armazenados por 5 anos e depois serão destruídos.

Resposta: os trechos "o registro das entrevistas não será destruído" foram excluídos dos dois TCLE, ANÁLISE 2: Pendência atendida.

2.7. No TCLE, lê-se: "Eventualmente, uma pequena quantidade de dinheiro será dada a você e seu acompanhante para cobrir suas despesas para assistir à entrevista ou cobrir os custos incidentais da sua participação.". Ressalta-se que a Resolução CNS nº 466 de 2012, item II.21, determina que a importância referente a ressarcimento de gastos aos participantes de pesquisa deve se ater exclusivamente às despesas do participante e seus acompanhantes, quando for o caso. Assim, solicita-se reescrever o trecho substituindo "Eventualmente, uma pequena quantidade de dinheiro será dada" informando o direito ao ressarcimento em caso de gastos relativos à transporte e alimentação, por exemplo", sem que seja determinado seu valor, garantindo também o ressarcimento dos acompanhantes, quando necessário. Este direito não pode ser condicionado, limitado ou negado. Uma forma alternativa pode ser a afirmação: "Você não terá qualquer despesa por participar desta pesquisa. Caso tenha gastos para participar desta pesquisa fora da sua rotina você será ressarcido integralmente de suas despesas". Solicitamos esclarecimentos e/ou adequações. RESPOSTA: reescrevemos a frase da seguinte forma: "A sua participação neste estudo é voluntária. Você não terá qualquer despesa por participar desta pesquisa. Caso tenha gastos para participar desta pesquisa fora da sua rotina você será ressarcido integralmente de suas despesas. Você tem direito a indenização devido a qualquer dano decorrente desta pesquisa." ANÁLISE: Pendência parcialmente atendida. O trecho foi acrescentado no TCLE das puérperas, no entanto o tópico "Ressarcimento e Indenizações", não consta no arquivo com o TCLE dos acompanhantes. Solicita-se adequações Resposta: foram feitas as adequações, o tópico encontra-se no TCLE das puérperas.

ANÁLISE 2: Pendência atendida.

2.8. Em relação às gravações: Não foi inserido local claramente indicado para o participante manifestar sua concordância com a gravação do áudio. Caso os pesquisadores entendam que a gravação do áudio é essencial para a realização da pesquisa, isto deve ser informado no texto,

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
CAMPINAS -  
UNICAMP/CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 5.886.331

explicitando que a não concordância com a gravação implica na não participação na pesquisa. Caso os pesquisadores entendam que a gravação do áudio não é essencial para a participação na pesquisa (é possível não gravar e ainda assim participar), devem inserir as opções excludentes entre si, para o participante assinalar se concorda ou não com as gravações. Além disso, no TCLE para os acompanhantes os pesquisadores inseriram o item "Autorização de uso de voz" para publicitação das gravações. Estas informações estão contraditórias com as informações previstas no item "Sigilo e privacidade". Solicitamos que conste no projeto os motivos de publicitar as gravações dos acompanhantes. RESPOSTA: incluímos nos "procedimentos" pedido de autorização no TCLE das puérperas, tendo ficado da seguinte forma: Embora não seja obrigatório, solicitamos a autorização para registrarmos a entrevista por meio de recursos áudio (gravação de voz), para que os dados transcritos sejam fiéis às entrevistas e melhorem a qualidade do estudo, sendo que em caso de não concordância com a gravação, implicará na não participação na pesquisa. Assumimos que caso a participante não queira que seja gravado o áudio, pode participar do estudo, tendo essas opções: ( ) concordo em participar do presente estudo, porém NÃO AUTORIZO a gravação da minha voz em áudio. ( ) concordo em participar do presente estudo e AUTORIZO a gravação da minha voz em áudio, sendo necessário meu consentimento a cada nova pesquisa, que deverá ser aprovada pelo CEP institucional e, se for o caso, pela CONEP. Para acompanhantes, é essencial que sejam feitas gravações de áudio, por isso caso não concordem, não poderão participar do estudo, conforme descrevemos no "TCLEacompanhantes2" ANÁLISE: Pendência parcialmente atendida. No TCLE dos acompanhantes: o trecho está claro que a concordância em participar da pesquisa está necessariamente vinculada à concordância da gravação de voz. No entanto, o texto deve ser revisado pois há erros de digitação e construção da frase (Sugestão: fiéis à transcrição das entrevistas, sendo que a falta de concordância com a gravação do áudio e registro das transcrições resultará na não participação do estudo). Esclarecer o significado do termo "nitidez do áudio". No TCLE das puérperas: as informações estão contraditórias, pois primeiramente os pesquisadores informam que a gravação não é obrigatória e depois mencionam que "sendo que em caso de não concordância com a gravação, implicará na não participação na pesquisa". Solicita-se que os pesquisadores informem de forma mais clara e objetiva e corrijam o termo "obrigatória".

Resposta: foi reformulada a frase para "A gravação da entrevista não é de caráter obrigatória, contudo solicitamos a sua autorização para gravarmos, como forma de melhorar a qualidade dos registros para que possamos ter transcrições fiéis à entrevista.", depois de termos concluído em uma reflexão que para esse estudo importa mais a participação, caso os participantes não se

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br

sintam confortável para a gravação do áudio, a entrevista poderá seguir sem gravação.

O termo nitidiz, quis referir me a qualidade do som resultante da gravação, contudo foi excluído do texto.

ANÁLISE 2: Pendência atendida

2.10. No arquivo TCLEacompanhantes2.docx de 06/01/2023, não constam os tópicos: "Sigilo e Privacidade", "Ressarcimento e Indenização", "Consentimento livre e esclarecido" com espaço para assinatura do participante, e o item "Responsabilidade do Pesquisador", com espaço destinado para assinatura do pesquisador. Solicita-se adequações conforme modelo disponibilizado do CEP Unicamp.

Resposta: foram feitas as adequações e incluídos tais itens e os textos pertinentes.

ANÁLISE 2: Pendência atendida.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

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

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

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

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

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br

Continuação do Parecer: 5.886.331

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

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

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

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

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                                            | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                  | Situação |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2046740.pdf | 06/02/2023<br>05:52:55 |                        | Aceito   |
| Outros                                                    | Cartaresposta2.docx                           | 06/02/2023<br>05:51:36 | Célia Jose Laice Siteo | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | ProjetoCS3.docx                               | 06/02/2023<br>05:49:45 | Célia Jose Laice Siteo | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEpuerperas3.docx                           | 06/02/2023<br>05:11:20 | Célia Jose Laice Siteo | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEacompanhantes3.docx                       | 06/02/2023<br>05:10:54 | Célia Jose Laice Siteo | Aceito   |

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
CAMPINAS -  
UNICAMP/CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 5.886.331

|                |                            |                        |                          |        |
|----------------|----------------------------|------------------------|--------------------------|--------|
| Outros         | guiadeentrevista.docx      | 06/01/2023<br>11:37:09 | Célia Jose Laice<br>Site | Aceito |
| Folha de Rosto | Folhaderostoo.pdf          | 09/11/2022<br>11:06:56 | Célia Jose Laice<br>Site | Aceito |
| Orçamento      | ORCAMENTO.docx             | 07/11/2022<br>16:02:56 | Célia Jose Laice<br>Site | Aceito |
| Outros         | PARECERCIRCUNSTANCIADO.pdf | 07/11/2022<br>15:33:03 | Célia Jose Laice<br>Site | Aceito |
| Outros         | VinculoUNICAMP.jpeg        | 07/11/2022<br>15:31:23 | Célia Jose Laice<br>Site | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINAS, 10 de Fevereiro de 2023

---

**Assinado por:**

**Renata Maria dos Santos Celeghini**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 1º andar do Prédio I da Faculdade de Ciências Médicas  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@unicamp.br

## **ANEXO 6 – AUTORIZAÇÃO DA REVISTA PARA USO DO ARTIGO**

### **Open access articles**

The open access articles published in BMC's journals are made available under the Creative Commons Attribution (CC-BY) license, which means they are accessible online without any restrictions and can be re-used in any way, subject only to proper attribution (which, in an academic context, usually means citation).

The re-use rights enshrined in our [license agreement](#) include the right for anyone to produce printed copies themselves, without formal permission or payment of permission fees. As a courtesy, however, anyone wishing to reproduce large quantities of an open access article (250+) should inform the copyright holder and we suggest a contribution in support of open access publication.