



INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Texto para Discussão n° 85 – 2022  
O Parto Adequado: evidências  
científicas e os seus desdobramentos  
no Brasil e no Mundo.

*Autora: Natalia Lara*

*Superintendente: José Cechin*

## SUMÁRIO EXECUTIVO

- Estudo realizado na Austrália, Canadá, Irlanda e Inglaterra mostrou que os riscos foram inferiores com assistência de parto no modelo colaborativo, comparado com o parto cesáreo, tanto para as gestantes e quanto para os bebês;
- Gestantes que participaram do modelo colaborativo tiveram menor probabilidade de ter algum tipo de intervenção durante o parto e maior probabilidade de estarem satisfeitas com os cuidados e a experiência;
- O Sistema de Saúde Público brasileiro apresentou 57,2% de partos cesáreos e a Saúde Suplementar, 82,7% em 2020;
- A Organização Mundial da Saúde (OMS) admite como aceitável que a taxa de partos cesáreas fique em torno de 10% a 15%;
- Ao nível populacional, taxas cesáreas maiores que 10% não estão associadas a redução de mortalidade materna e neonatal.
- Os últimos dados disponíveis (entre 2010-2018) mostram que 21,1% dos partos no mundo são cesáreos e que essa taxa vem crescendo desde 1990 em todas as regiões;
- A OMS projetou que até 2030 cerca de 28,5% das mulheres darão à luz por via cesárea, o que representa 38 milhões de cesarianas no mundo;
- A América Latina e Caribe apresentam umas das maiores mortalidades maternas (74 por 100 mil nascidos vivos) e mortalidade neonatal (12,3 por 1 mil nascidos vivos);
- Os Estados Unidos e o Brasil estão entre os 10 países com maior número de nascimentos prematuros. Nos Estados Unidos, por exemplo, cerca de 12%, ou mais de um em nove de todos os nascimentos, são prematuros;
- Estudo norte-americano estimou que os custos monetários com complicações relacionadas à gravidez (pré-natal, parto e pós-parto) são de pelo menos US\$ 32,3 bilhões nos primeiros cinco anos de vida das crianças nascidas em 2019, contabilizando gastos com condutas medicamentosas e não medicamentosas tanto para as crianças quanto para as mães;
- A perda de produtividade materna devido a complicações pós-parto é de US\$ 6,6 bilhões nos EUA, pois afeta a força de trabalho e a economia;
- O custo de nascimento de prematuros é de US\$ 13,7 bilhões nos EUA e deficiências de desenvolvimento US\$ 6,5 bilhões em casos que a gestante não possui um acompanhamento baseado em evidências científicas por profissionais atualizados.

## INTRODUÇÃO

O Brasil, em 2020, teve em torno de 3,2 milhões de nascidos vivos, sendo 2,7 milhões pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com 57,2% sendo via cesárea<sup>1</sup> e 484 mil na saúde suplementar, sendo 82,7% via parto.

Nos últimos anos a taxa de cesarianas vem crescendo no mundo, segundo estudo da OMS<sup>2</sup>. O último dado disponível (entre 2010-2018) apresenta que 21,1% dos partos são cesáreos e que esse percentual vem crescendo desde 1990 em todas as regiões com exponencial crescimento nas regiões da Ásia Oriental, Ásia Ocidental e África do Norte. No período, esse crescimento foi de 44,9 p.p.; 34,7 p.p e 31,5 p.p, respectivamente. Enquanto, a África Sub Sariana e América do Norte tiveram o menor crescimento, de 3,6 p.p e 9,5 p.p, respectivamente.

O artigo projeta que em 2030 cerca de 28,5% das mulheres irão dar à luz por via cesárea, o que representa 38 milhões de cesarianas no mundo. “Ao nível populacional, taxas cesáreas maiores que 10% não estão associadas à redução de mortalidade materna e neonatal” (WHO/RHR). Como qualquer cirurgia, uma cesárea incorre riscos imediatos e a longo prazo, podendo causar complicações significativas e às vezes permanentes, como sequelas ou mortes (WHO/RHR).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) admite como taxa ideal de partos cesáreas percentual entre 10% e 15%. Segundo um artigo da UFRGS<sup>3</sup>, o Brasil é o país que apresenta maior percentual de partos cesáreos no mundo.

A cesárea é um procedimento indicado para complicações do parto, que pode prevenir a mortalidade materna e infantil. Porém quando utilizada sem indicação não apresenta benefícios nem para a mãe nem para o bebê e pode, efetivamente criar danos para ambos (sem mencionar desperdícios de recursos<sup>4</sup>).

<sup>1</sup> Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) - Agosto de 2021

<sup>2</sup> Betran AP, et al. BMJ Global Health 2021

<sup>3</sup> Violência Obstétrica – As Faces da Violência Obstétrica (ufrgs.br)

<sup>4</sup> Betran AP, et al. BMJ Global Health 2021

Este estudo apresenta dois projetos de modelo de partos que estão vigorando no Brasil tanto na Saúde Suplementar quanto no SUS. Também, será mencionado um modelo de parto colaborativo que é referência no mundo, pois apresenta baixos índices de mortalidade materna e infantil. Por último, serão apresentados indicadores maternos e infantis de vários países como comparativo com o Brasil.

O objetivo deste relatório é debater sobre a importância de ter uma assistência ao parto baseada em evidências científicas para a segurança materna e infantil. A partir de indicadores internacionais e estudos científicos serão abordados modelos assistenciais adotados em países europeus como o Reino Unido para realizar um comparativo com a assistência adotada atualmente no Brasil.

## PARTO ADEQUADO

Entende-se como parto adequado a jornada da gestante, do pré-natal ao pós-parto, com o objetivo de se alcançar a melhor saúde para a mãe e o bebê. O pré-natal é o primeiro passo para parto e nascimento humanizados e pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição (Ministério da Saúde, 2016).

A gestante tem que estar no centro do cuidado sendo ouvida e participando das tomadas de decisões em todos os momentos. As decisões não podem ser verticalizadas no sistema de saúde público ou privado, pois o parto para a mulher envolve não apenas características fisiológicas, mas também aspectos emocionais e de crenças (Pires, et al 2010)<sup>5</sup>. As tomadas de decisões devem incluir a gestante, como também, serem baseadas em evidências científicas para proteger a integridade física da mãe e do bebê.

Segundo o Ministério da Saúde, o pré-natal é fundamental na prevenção ou detecção precoce de patologias tanto maternas quanto do feto, permitindo um desenvolvimento saudável da gestação e do bebê<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (2): 191-197 abr. / jun., 2010

<sup>6</sup> <https://bvsmms.saude.gov.br/importancia-do-pre-natal/>

As doenças que podem ser prevenidas pela ótica materna são hipertensão arterial, diabetes e pré-eclâmpsia que pode trazer risco à gravidez e ao pós-parto (principal causa de mortalidade no Brasil). Por parte do feto, são problemas fetais, como más formações, que tendo diagnóstico em tempo podem permitir tratamento intraútero que proporciona ao recém-nascido uma vida normal. Avalia, também, a placenta<sup>7</sup>, sua localização inadequada pode provocar graves hemorragias com sérios riscos maternos<sup>8</sup>.

Um pré-natal bem conduzido pela equipe trás os seguintes benefícios<sup>9</sup>:

- a) “parto como um processo natural e fisiológico que, normalmente, quando bem conduzido, não precisa de condutas intervencionistas;
- b) respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais;
- c) disposição dos profissionais para ajudar a mulher a diminuir a ansiedade e a insegurança, assim como o medo do parto, da solidão, da dor, do ambiente hospitalar, de o bebê nascer com problemas e outros temores;
- d) promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento;
- e) informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto, reconhecendo o papel principal da mulher nesse processo, até mesmo aceitando a sua recusa a condutas que lhe causem constrangimento ou dor;
- f) espaço e apoio para a presença de um(a) acompanhante que a parturiente deseje;
- g) direito da mulher na escolha do local de nascimento e corresponsabilidade dos profissionais para garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde.”

O parto é um processo natural e fisiológico que conduzido de maneira adequada, levando

em conta as evidências científicas, dispensa condutas intervencionistas, na maioria dos casos.

Algumas condutas intervencionistas são episiotomia, analgesia, fórceps, vácuo, medicamentos e cesárea. A cesárea apenas é recomendada de forma imediata em casos que a gestante possui placenta prévia, ou, que os batimentos cardíacos do bebê não estão adequados.

Uma cesárea na ausência de complicações traz riscos sem benefícios e pode acarretar o nascimento prematuro que carrega embutidos maiores riscos de morbidade e mortalidade neonatal e complicações pulmonares neonatais, sendo necessário encaminhar a UTI neonatal, principalmente em bebês nascidos por cesáreas sem trabalho de parto, afetar a saúde da mãe, e elevar o risco de mortalidade infantil e materna. Países com altas taxas apresentam maiores porcentagens de morbidade e mortalidade neonatal (KOTASKA, 2015).

A mortalidade e morbidade materna é aproximadamente cinco vezes maior em cesariana do que em parto vaginal. Os riscos são: de hemorragia, de sepse, de tromboembolismo venoso e de amniótica embolia fluida (KOTASKA, 2015).

O risco absoluto de morte neste procedimento está entre 1 a cada 2.000 gestantes e 1 a cada 4.000. A cada cesárea aumenta o risco de placenta prévia<sup>10</sup>, placenta acreta<sup>11</sup> e a ruptura uterina, assim como a mortalidade e morbidade materna. Isso aflige, principalmente, mulheres com famílias numerosas (KOTASKA, 2015).

A decisão de seguir a via cesárea deve ser tomada após as 39 semanas e não antes de decorridas essas semanas de gestação nem para escolha da data de nascimento, por exemplo.

O parto vaginal, além de apresentar menores riscos de comorbidades e mortalidade materna e neonatal, possibilita o contato do bebê com os microrganismos maternos via canal

<sup>7</sup> A placenta é um órgão formado durante a gestação, que tem como papel principal promover a comunicação entre a mãe e o feto (via necessária para nutrir o bebê, fornecer oxigênio, produzir hormônios da gestação, regular temperatura corpórea do feto etc.) e, assim, garantir as condições ideais para o desenvolvimento do feto

<sup>8</sup> <https://bvsms.saude.gov.br/importancia-do-pre-natal>

<sup>9</sup> <https://bvsms.saude.gov.br/importancia-do-pre-natal>

<sup>10</sup> A placenta prévia é quando a placenta está presa (implantada) sobre a abertura do colo do útero, na parte inferior do útero, em vez de na parte superior.

<sup>11</sup> Placenta acreta é uma placenta com uma fixação anormalmente firme ao útero. Caso a mãe tenha tido tanto um parto por cesariana como placenta prévia em uma gestação anterior, isso aumenta em muito o risco de apresentar placenta acreta.

vaginal. Durante o trabalho de parto o bebê irá receber a flora microbiana materna (que é a composição do sistema imunológico da mãe), o que é importante para a ativação do sistema imunológico do bebê via cordão umbilical que não é encontrado em bebês que passam por cesáreas (KOTASKA, 2015).

Crianças que nasceram via cesárea, prévio ao trabalho de parto, são mais propensas a terem doenças imunológicas incluindo asma, dermatite atópica e doença celíaca comparadas com as expostas ao trabalho de parto (KOTASKA, 2015).

Um pré-natal, parto e pós-parto não baseado em evidência científicas podem acarretar prejuízos à vida, mas também, custos altos à saúde e à economia. Um estudo realizado nos Estados Unidos, estimou que os custos monetários com complicações relacionadas a gravidez (no pré-natal, parto e pós-parto) são de pelo menos US\$ 32,3 bilhões nos primeiros cinco anos de vida das crianças nascidas em 2019, contabilizando gastos com condutas medicamentosas e não medicamentosas tanto para as crianças quanto para as mães. Mais de dois terços desses custos estão relacionados a saúde e o desenvolvimento das crianças (ZEPHYRIN, et al, 2021).

A perda de produtividade materna devido a complicações pós-parto é o custo mais alto (US \$ 6,6 bilhões), pois afeta a força de trabalho e a economia dos EUA. Em relação às crianças, o maior custo está relacionado ao nascimento de prematuros (US\$ 13,7 bilhões), deficiências de desenvolvimento (US\$ 6,5 bilhões) e síndrome do desconforto respiratório (US\$ 2,2 bilhões), um distúrbio respiratório que afeta recém-nascidos (ZEPHYRIN, et al, 2021).

Nas sessões seguintes do relatório serão tratados quais são os modelos de parto adequado, adotados no Brasil, no Reino Unido e análise dos indicadores internacionais em relação a gestação e pós-parto.

## PLANO DE PARTO ADEQUADO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

A saúde suplementar representou, em 2020, 82,7% dos partos via cesárea, o que é um indicador alarmante para a saúde da mulher

devido aos riscos de mortalidade e morbidade que este procedimento pode gerar.

Devido a esse cenário, a Agência Nacional de Saúde (ANS) lançou em 2016 uma cartilha com o Projeto Parto Adequado em parceria com Institute for Healthcare Improvement (IHI) e Hospital Albert Einstein, com o objetivo da adoção de modelos de atenção ao parto e nascimento que favoreçam a qualidade dos serviços, valorizem o parto normal e contribuam para a redução dos riscos decorrentes de cesarianas desnecessárias (ANS, 2016)<sup>12</sup>.

Segundo a ANS (2016),

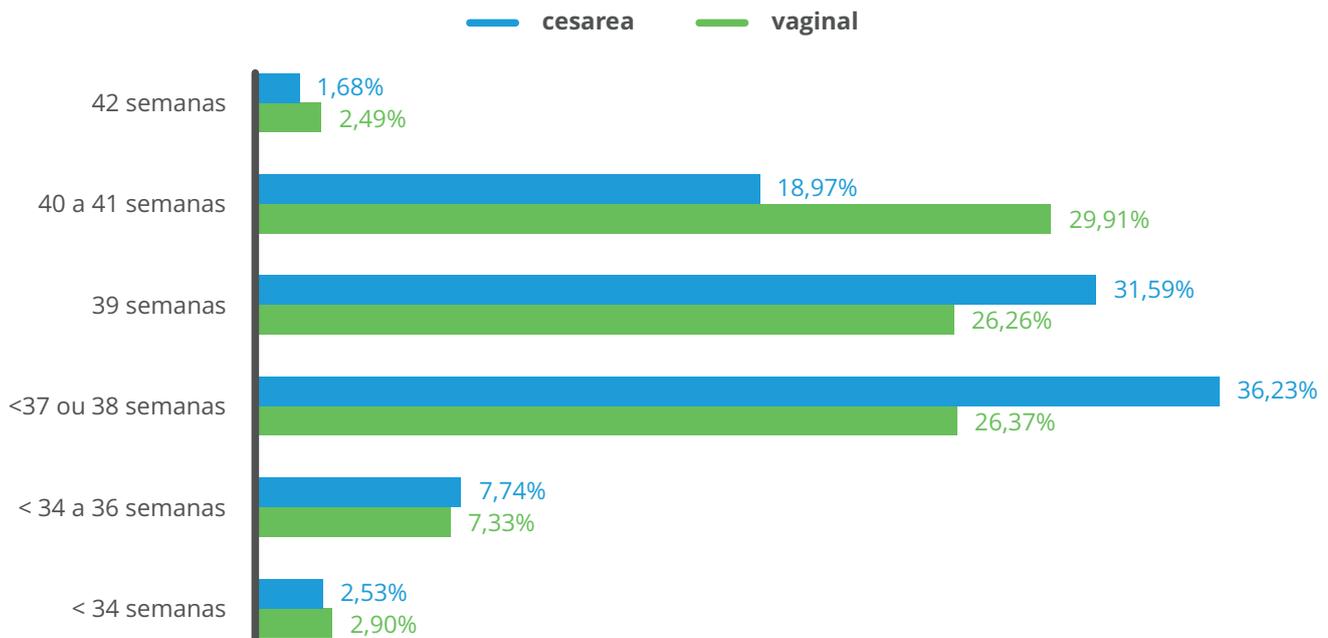
“A ocorrência das taxas registradas no país resultam de um cenário complexo, cujas causas determinantes vão desde a forma de organização e financiamento dos sistemas de saúde associada à preponderância de uma cultura médica intervencionista (SAKAE; FREITAS; D’ORSI, 2009) até aspectos socioeconômicos, preocupações ético-legais e características psicológicas e culturais das pacientes (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006).” (ANS, 2016)

O projeto de parto adequado já apresenta alguns resultados positivos com os hospitais participantes. Segundo os dados da ANS, entre 2017 e 2019, o percentual de partos vaginais passou de 33% para 37% no período, nos hospitais participantes. Houve uma redução de 18% nas internações em UTI neonatal - o número caiu de 40 por 1000 nascidos vivos para 33 por 1000 nascidos vivos. O relatório menciona que em torno de 20 mil cesáreas desnecessárias foram evitadas.

Os gráficos 1 e 2 apresentam a taxa de vias de partos por tempo de gestação (de 34 semanas até as 42 semanas) entre 2017 e 2019. As porcentagens não somam 100%, pois não estão inseridos todos os hospitais privados no banco de dados, apenas aqueles que realizaram alguma notificação no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa), no período considerado.

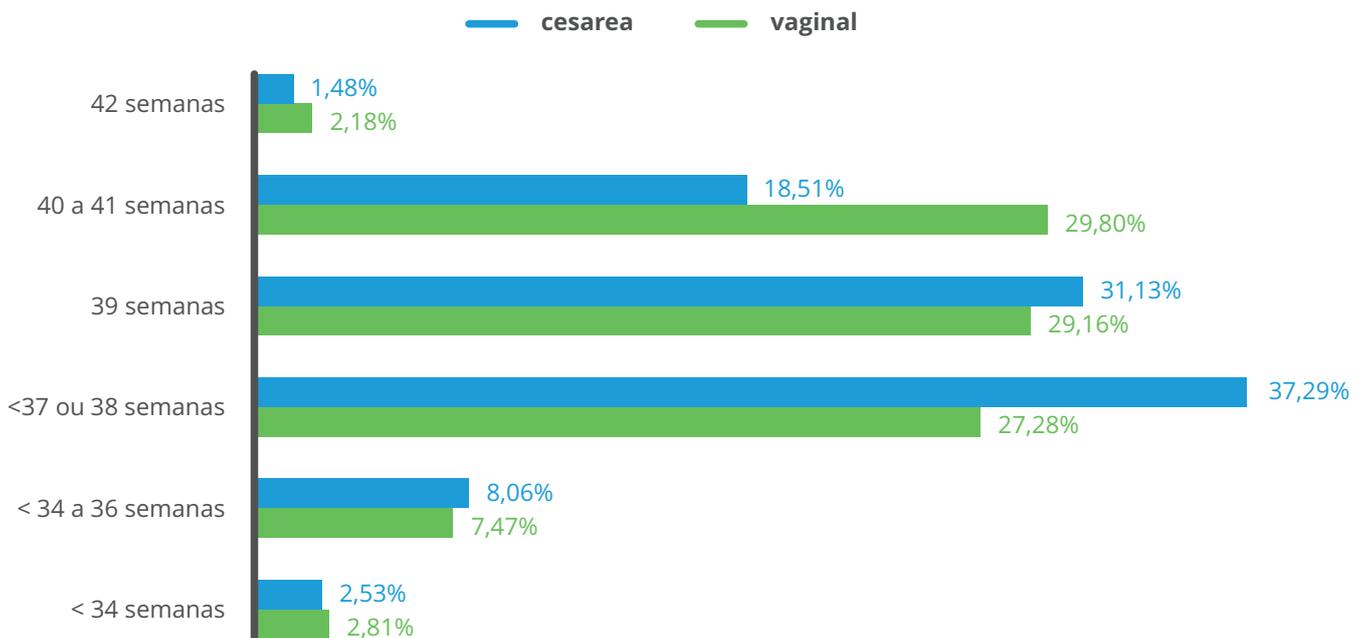
<sup>12</sup> [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/web\\_total\\_parto\\_adequado.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf)

**GRÁFICO 1: PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS POR IDADE GESTACIONAL, 2017**



Fonte: ANS, SINASC, e DataSUS

**GRÁFICO 2: PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS POR IDADE GESTACIONAL, 2019**



Fonte: ANS, SINASC, e DataSUS

Observa-se que existe uma grande porcentagem de partos cesáreos realizados entre < 37 semanas e 38 semanas (36,23%, em 2017, e 37,29%, em 2019) período este não recomendado para a realização de parto cesáreo sem a indicação de evidências científicas de complicações. Entre as 40 e 41 semanas, verifica-se que

existe uma maior porcentagem de partos normais (29,91%, em 2017, e 29,80%, em 2019), que são as semanas em que normalmente a maioria das gestantes entram em trabalho de parto.

Em 2019, 56,71% dos partos foram realizados sem a gestante entrar em trabalho de parto, indicador alto para procedimentos que deveriam

ser realizados em casos de complicações ou emergência, o que sugere que muitos partos foram agendados e realizados antecipadamente (ANS, SINASC, e DataSUS).

Nas operadoras, as taxas de cesáreas caíram de 84,5% em 2013 e para 82,7% em 2020. As operadoras de médio porte apresentam a maior porcentagem de partos cesáreos (86,6%) em 2020, e as de grande porte a menor, 81,3%. (Tabela 1).

**TABELA 1 – TAXA DE PARTOS DE ACORDO COM O PORTE DA OPERADORA, 2013 E 2020**

PORTE DE OPERADORA	2013		2020	
	PARTO NORMAL	CESÁREA	PARTO NORMAL	CESÁREA
GRANDE	16,6%	83,4%	18,7%	81,3%
MÉDIO	12,8%	87,2%	13,4%	86,6%
PEQUENO	11,0%	89,0%	13,7%	86,3%

Fonte: ANS

O cenário da saúde suplementar ainda é de altas taxas em partos cesáreos, mas com a iniciativa do Programa Parto Adequado, observa-se que é possível reverter e realizar partos a partir de evidências científicas que priorizem o bem-estar da mulher, assim como a sua saúde e a do bebê.

## PLANO DE PARTO ADEQUADO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Ministério da Saúde instituiu, através da portaria GM nº 569 de 1 de junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento com os objetivos de concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbidade materna, perinatal e neonatal registradas no país; melhoria no atendimento do pré-natal até o puerpério; e ampliar capacitação profissionais da área e direcionar recursos para as maternidades.

O projeto cita que a gestante tem o direito de no mínimo seis consultas de pré-natais (preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre, e três no terceiro trimestre) a realização de uma consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento, exames laboratoriais, aplicação de vacina, atividades educativas, classificação de risco gestacional, e acompanhamento das gestantes de risco por especialistas.

Apesar da implementação desse projeto, as taxas de cesáreas continuam altas 42,8%, em 2020. A mortalidade materna, segundo o SIM<sup>13</sup>, em 2021,

<sup>13</sup> Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), agosto de 2021. Acessado em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>

é de 29,8 por 100 mil habitantes. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o Brasil é o país que está entre os 10 primeiros com a taxa mais alta de nascimento de prematuros, 279,3 por 100 mil nascimentos em 2010<sup>14</sup>. Muitas podem ser as causas para isso, um pré-natal inadequado, cesáreas sem indicação e sem trabalho de parto, entre outros.

Metade das mortes de recém-nascidos no mundo são de bebês prematuros e a segunda causa de óbito, após a pneumonia, em crianças abaixo de 5 anos<sup>15</sup>.

Para reverter este quadro, artigos sugerem a adoção de enfermeiras obstétricas e de obstetizes no país para o acompanhamento da gestante, descentralizando o cuidado do médico obstetra nas grávidas que não apresentam riscos. Com isso se busca uma padronização dos cuidados e a humanização do parto e puerpério dando um apoio mais individualizado, tanto na questão fisiológica quanto emocional. A participação dessa especialidade pode contribuir para o equilíbrio entre as intervenções necessárias (medicamentosas e cesáreas) e o processo fisiológico (onde não são necessárias intervenções) (NORMAN e TESSER, 2015 e VOGT et al, 2013).

Os autores relatam que países onde a forma predominante do cuidado com a gestante é acompanhada pelas enfermeiras obstétricas

<sup>14</sup> Dados mais recentes da Organização Mundial da Saúde

<sup>15</sup> Fonte: Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth - WHO. Disponível em: [https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/preterm\\_birth\\_report/en/index3.html](https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/preterm_birth_report/en/index3.html)

(ou como chamam assistência obstétrica no modelo colaborativo) apresentam menor taxa de mortalidade materna (Tabela 2).

**TABELA 2- TAXA DE MORTALIDADE MATERNA EM PAÍSES QUE POSSUEM MODELO COLABORATIVO, 2017<sup>16</sup>**

PAÍSES	TAXA DE MORTALIDADE MATERNA POR 100 MIL NASCIMENTO
NORUEGA	2
FINLÂNDIA	3
DINAMARCA	4
SUÉCIA	4
AUSTRÁLIA	6
INGLATERRA	7
ALEMANHA	7
NOVA ZELÂNDIA	9
CANADÁ	10

Fonte: ANS

Os autores apresentam que em um estudo de caso realizado em Minas Gerais no SUS o modelo colaborativo apresenta menores intervenções no parto, como a utilização de ocitocina (50,2% no modelo colaborativo versus 65,5% no modelo tradicional), da ruptura artificial das membranas (54,3% no modelo colaborativo versus 65,9% no modelo tradicional) e da taxa de episiotomia (16,1% no modelo colaborativo versus 85,2% no modelo tradicional), e maior utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor (85,0% no modelo colaborativo versus 78,9% no modelo tradicional) (VOGT et al, 2013).

Na sessão a seguir apresentaremos como esse modelo colaborativo funciona no Reino Unido e as diferenças para o nosso modelo predominante no Brasil.

## MODELO COLABORATIVO DE PARTO NO REINO UNIDO INDICADORES DE ESTATÍSTICAS MATERNAS E INFANTIS NO MUNDO

O Reino Unido segue um modelo de assistência obstétrica colaborativo, em que os cuidados não ficam centrados nos GPs (General Practitioners – um clínico geral no Brasil).

A jornada do parto, portanto, inicia-se com o agendamento das enfermeiras obstétricas (ou midwives) da região onde mora a gestante, e deve ocorrer antes das 10 semanas de gestação para dar início ao pré-natal. A consulta dura em torno de uma hora e pode ser realizada, tanto, na casa da gestante, quanto em centros de partos, consultório do GP, ou, em um hospital<sup>17</sup>.

Após a primeira consulta e realizações dos exames, a gestante ou será acompanhada apenas pela midwife, ou, irá, também, ser acompanhada pelo GPs, dependendo de os exames clínicos e laboratoriais, apresentarem algum tipo de risco para a gestante ou bebê<sup>18</sup>.

O serviço de saúde pública no Reino Unido (chamado NHS) oferece 10 consultas de pré-natais (ou sete caso já tenha filhos); exame de ultrassom para verificar possíveis doenças; exames de sangue (de sífilis, de HIV, de Hepatite B); e rastreio de doenças hereditárias do sangue (células falciformes e talassemia)<sup>19</sup>.

As enfermeiras obstétricas possuem diretrizes para nortear o atendimento às gestantes durante o pré-natal, parto e pós-parto, que são baseadas em evidências científicas do National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Isto traz um fortalecimento para a profissão como também uma segurança na jornada do parto (NORMAN e TESSER, 2015).

Os benefícios desse modelo são uma assistência multidisciplinar na gestação, que favorece o parto normal, pois não sobrecarrega os GPs. O cuidado se torna longitudinal de meses com a gestante de modo a personalizar ao máximo o cuidado. A midwife não apenas dá suporte na questão fisiológica, mas também, emocional (NORMAN e TESSER, 2015).

<sup>17</sup> <https://www.nhs.uk/pregnancy/finding-out/your-nhs-pregnancy-journey/>

<sup>18</sup> <https://www.nhs.uk/pregnancy/finding-out/your-nhs-pregnancy-journey/>

<sup>19</sup> <https://www.nhs.uk/pregnancy/finding-out/your-nhs-pregnancy-journey/>

<sup>16</sup> Dados de 2017 do Banco Mundial. Dados mais recentes.

O Reino Unido apresenta uma das menores taxa de mortalidade materna no mundo (7 por 100 mil nascidos vivos em 2017<sup>20</sup>) e de mortalidade infantil (2,8 por 1.000 nascidos vivos em 2019<sup>21</sup>).

Pesquisadores realizaram um estudo comparando indicadores de modelos de assistência ao parto que apresentavam midwives e os que não apresentavam e constataram que os riscos são menores para as parturientes e aos recém-nascidos com midwives. Este estudo foi realizado na Austrália, Canadá, Irlanda e Inglaterra e os dados são de 2015. Os resultados mostraram que os riscos foram inferiores com as midwives nos indicadores de (Sandall J, et al, 2015):

- nascimentos de prematuros (48 por 1.000 nascidos vivos contra 63 por 1.000 nascidos vivos);
- mortalidade de fetos (29 por 1.000 nascidos vivos contra 34 por 1.000 nascidos vivos);
- nascimentos por via cesárea (143 por 1.000 nascidos vivos contra 155 por 1.000 nascidos vivos)
- nascimento espontâneo de parto normal (691 por 1.000 nascidos vivos contra 658 por 1.000 nascidos vivos)
- Utilização de instrumento no nascimento (fórceps ou vacuum) (129 por 1.000 nascidos vivos contra 143 por 1.000 nascidos vivos)

Os autores concluíram que as gestantes que tiveram um acompanhamento com as midwives tiveram menor probabilidade de ter algum tipo de intervenção durante o parto e maior probabilidade de estarem satisfeitas com os cuidados e a experiência (Sandall J, et al, 2015).

## INDICADORES DE ESTATÍSTICAS MATERNAS E INFANTIS NO MUNDO

Os indicadores apresentam grande disparidade entre as regiões do mundo. A seguir serão apresentados três principais indicadores que são consequências direta de um acompanhamento de pré-natal adequado ou não. São eles: taxa de cesárea, mortalidade materna e neonatal, e taxa de prematuros. Os períodos expostos são os dados mais recentes

<sup>20</sup> Dados mais recente pela OMS

<sup>21</sup> Dados mais recente pela OMS

disponibilizados pela Unicef, Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde.

A Tabela 3 apresenta as taxas de partos em países em desenvolvimento, em 2020, e observa-se que a América Latina que possui a maior porcentagem entre os demais com 49,3%, sendo, a África com a menor porcentagem de 5,5%.

**TABELA 3 – TAXA DE PARTOS CESÁREAS EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO (%), 2020**

TAXA DE PARTOS CESÁREAS	2020*
AMÉRICA LATINA	49,3
AMÉRICA CENTRAL E NORTE	43,4
EUROPA ORIENTAL E ÁSIA CENTRAL	30,6
ÁSIA CENTRAL	12,9
ÁFRICA	5,5

Fonte: Unicef

\* Dados mais recente

Entre as regiões a seguir, a América Latina e Caribe, apresentam umas das maiores mortalidade maternas entre as regiões (74 por 100 mil nascidos vivos) e mortalidade neonatal (12,3 por 1 mil nascidos vivos).

Como pode ser observado na tabela a seguir, as regiões da África que apresentam taxas de partos cesáreos inferiores a taxa ideal (entre 10% e 15% são os partos que irão necessitar de intervenção devido a risco) apresentaram uma alta mortalidade materna e neonatal. Uma equipe médica atualizada que é baseada em evidência científica é primordial para evitar riscos e mortes durante a gestação.

A maioria dos países da União Europeia trabalham com o modelo de assistência com as midwives e apresentaram os menores indicadores entre as regiões.

Países de alta renda são os que contemplam os menores indicadores em mortalidade, seguidos dos países com renda média alta. São países nos quais a assistência ao parto é orientada por evidências científicas, portanto, apresentam uma equipe qualificada e atualizada.

**TABELA 4 – INDICADORES DE MORTALIDADE MATERNA E MORTALIDADE NEONATAL NO MUNDO – 2017 E 2019**

	<b>MORTALIDADE MATERNA (100 MIL NASCIDOS VIVOS)</b>	<b>MORTALIDADE INFANTIL (1 MIL NASCIDOS VIVOS)</b>
<b>REGIÕES</b>	<b>2017*</b>	<b>2019**</b>
<b>ÁFRICA ORIENTAL E MERIDIONAL</b>	398	24,4
<b>ORIENTE MÉDIO E NORTE DA ÁFRICA</b>	57	12,3
<b>AMÉRICA LATINA E CARIBE</b>	74	9,1
<b>LESTE ASIÁTICO E PACÍFICO</b>	69	7,2
<b>AMÉRICA DO NORTE</b>	18	3,7
<b>UNIÃO EUROPEIA</b>	6	2,3
<b>PAÍSES DA OCDE</b>	18	4,0
<b>MUNDO</b>	211	17,5
<b>ALTA RENDA</b>	11	2,9
<b>RENDA MÉDIA ALTA</b>	41	6,9
<b>RENDA MÉDIA</b>	183	17,2
<b>RENDA BAIXA</b>	460	26,6

Fonte: Banco Mundial

\* Dados mais recente

\*\*Dados mais recente

Em decorrência do aumento de cesáreas desnecessárias observamos aumento de nascimento de bebês prematuros. Outros fatores, como a prematuridade dos recém-nascidos, principalmente em países de alta renda, estão relacionados ao maior número de mulheres mais velhas engravidando, tratamento de fertilidade e gestação de múltiplos, induções por medicamentos desnecessárias, e partos cesáreos antes do termo (HOFFMAN et al, 2012).

Já nos países de baixa renda, as principais causas são: malária, infecções, HIV, e altas taxas de gravidez na adolescência. Nestes países, mais de 90% dos bebês prematuros extremos morrem nos primeiros dias de vida, enquanto, menos de 10% morrem em países de alta renda (HOFFMAN et al, 2012).

Segundo Doutor Howson, este é um problema solucionável. Vários países, por exemplo, Equador, Botswana, Turquia, Omã e Sri Lanka reduziram pela metade suas mortes neonatais por parto prematuro, melhorando o atendimento a complicações graves, como infecções e problemas respiratórios. Essas intervenções são particularmente eficazes na prevenção da morte em bebês prematuros moderados, que respondem por mais de 80% de todos os nascimentos prematuros (HOFFMAN et al, 2012).

Os Estados Unidos e o Brasil estão entre os 10 países com maior número de nascimentos prematuros. Nos Estados Unidos, por exemplo, cerca de 12%, ou mais de um em nove de todos os nascimentos, são prematuros (HOFFMAN et al, 2012).

O número de nascimentos prematuros está aumentando. Em praticamente todos os países as taxas de natalidade pré-termo aumentaram nos últimos 20 anos.

Os 10 países com as taxas mais altas de nascimentos prematuros para cada 100 nascimentos estão apresentados na Tabela 5.

**TABELA 5 – NASCIMENTO DE PREMATUROS PARA CADA 100 NASCIMENTOS, 2010<sup>22</sup>.**

PAÍSES	NASCIMENTO DE PREMATUROS PARA CADA 100 NASCIMENTOS
MALAWI	18,1
MAURITÂNIA	15,4
INDONESIA	15,5
PAQUISTÃO	15,8
GABÃO	16,3
MOÇAMBIQUE	16,4
GUINÉ EQUATORIAL	16,5
ZIMBABWE	16,6
COMORES E CONGO	16,7

Fonte: Elaboração IESS a partir de HOFFMAN et al, 2012

Esses contrastam com os 11 países com as taxas mais baixas de nascimentos prematuros: Bielorrússia (4,1 por 100); Equador (5,1 por 100); Letônia (5,3 por 100); Finlândia, Croácia e Samoa (5,5 por 100); Lituânia e Estônia (5,7 por 100); Antígua /Barbuda (5,8 por 100); Japão e Suécia (5,9 por 100) (HOFFMAN et al, 2012).

## CONCLUSÃO

A gestação é um processo fisiológico da mulher e não deve ser tratado como doença. Porém, para que a gestação não incorra em riscos é necessário realizar um pré-natal baseado em evidências científicas.

Atualmente, o modelo de assistência ao parto brasileiro não é composto por uma equipe multidisciplinar e a gestante acaba recebendo

cuidados e informações apenas por um profissional. Um modelo de assistência ao parto colaborativo oferece uma assistência atualizada, baseada em evidências científicas que buscam a segurança da mãe e do bebê, como ocorre em países como Reino Unido, Noruega, França, entre outros.

Isso implica que a maioria dos partos serão por via natural, pois é o método que oferece menor risco de mortalidade materna e neonatal, ou, menor probabilidade de morbidade materna e do bebê como apresentado no texto.

É importante que as mulheres busquem uma equipe atualizada para que não sofram com violências obstétricas. Os tipos de violências obstétricas são: violência por negligência, violência física, violência verbal, violência psicológica, e violências obstétricas em caso de abortamento. Este tipo de violência gera danos irreparáveis as mulheres.

Uma equipe não atualizada durante o parto pode causar na gestante: depressão pós-parto, morbidades como pressão alta, diabetes, infertilidade, entre outros. Isso não apenas afeta a mulher e sua família, mas como visto, é um fator de gastos para a economia como um todo.

O Brasil tem o desafio de reformular a jornada do parto para um modelo que permita uma equipe multidisciplinar com a permissão de enfermeiras obstetras realizarem o acompanhamento e o parto para as gestantes de baixo risco em parceria com os médicos, pois dessa forma, não sobrecarrega os obstetras e reduz a incidência de procedimentos desnecessários nas gestantes.

O parto sem ser baseado em evidências científicas está ocasionando altas taxas de cesáreas, mortalidade e morbidade materna e infantil e altos custos financeiros a famílias e ao país.

## REFERÊNCIAS

HOFFMAN, M. et al. 15 Million Babies Born Too Soon 1.1 Million Preterm Babies Die Every Year, but with inexpensive treatment 75 percent could survive. World Health Organization, 2012. Disponível em: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm\\_birth\\_report/en/index.html](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index.html)

<sup>22</sup> Dados disponíveis de 2010 que são os mais recentes.

Laurie Zephyrin, So O'Neil and Kara Zivin. The staggering toll of complications related to pregnancy and childbirth. Nov. 23, 2021

Norman AH, Tesser CD. Obstetrizes e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(34):1-7. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)1106](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)1106).

Sandall. J, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue9. Art.No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858. CD004667.pub4.

Vogt, S et al. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. Prática de Saúde Pública. Ano 2013. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004633.

**IESS**

**INSTITUTO DE ESTUDOS  
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

IESS  
Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42  
CEP 04534 004, Itaim, São Paulo, SP  
Tel (11) 3706.9747  
[contato@iess.org.br](mailto:contato@iess.org.br)