

A Construção de uma Experiência Positiva de Parto no Brasil: políticas, diretrizes e mobilização social

**Andrea Silveira de Queiroz Campos¹, Angela Amanda Nunes Rios²,
Denise Yoshie Niy³, Daphne Rattner⁴, Carmen Simone Grilo Diniz⁵**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma entidade internacional de reconhecimento e respeitabilidade que emite recomendações e diretrizes na área da saúde pública. Desde sua criação, em 1948, tem sido responsável pela formação de consensos científicos e condução de estudos sobre os mais diversos temas, inclusive sobre parto e nascimento. Neste campo, um dos marcos foi a conferência ocorrida em Fortaleza, em 1985, sobre tecnologia apropriada no parto com elaboração de recomendações focadas no bem-estar da mulher e restrição de intervenções desnecessárias e prejudiciais no parto, e posteriormente em 1996, a publicação de "Assistência ao parto normal: um guia prático", uma recomendação listando e categorizando a efetividade das intervenções no parto. Desde então, essas recomendações foram ampliadas e revisadas, com a incorporação de novas perspectivas analíticas. Assim, em 2018, o conceito de experiência positiva no parto passou a ser o foco principal da recomendação da entidade (OMS & PAHO - Organização Pan-Americana de Saúde, 1985; OMS, 1996; 2018).

- 1 Andrea Silveira de Queiroz Campos (asqcampos@usp.br) é médica ginecologista e obstetra, doutoranda em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP.
- 2 Angela Amanda Nunes Rios (angelarios2@gmail.com) é fisioterapeuta e doutora em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP.
- 3 Denise Yoshie Niy (denise.niy@gmail.com) é editora, doutora em ciências e pós-doutoranda em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP.
- 4 Daphne Rattner (daphne.rattner@gmail.com). Doutora em Epidemiologia pela Universidade da Carolina do Norte, EUA. Professora da Universidade de Brasília.
- 5 Carmen Simone Grilo Diniz (sidiniz@usp.br), Médica, Pós-doutora em Saúde Materno-Infantil pelo Cemiacamp e pelo King's College London, Women's Health Division. Professora titular do Departamento de Saúde e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

A experiência positiva de parto está fundamentada em uma atenção ao parto segura, embasada cientificamente e com respeito à autonomia da mulher e a suas escolhas, protegendo e promovendo os direitos humanos de gestantes, parturientes e puérperas. Entende-se hoje que todas as mulheres devem receber cuidados focados em seu bem-estar e que apenas uma minoria vai necessitar de cuidados relativos a patologias obstétricas e intervenções clínicas. Dessa forma, as necessidades individuais, pessoais, culturais e médicas das mulheres passam a ocupar o centro da atenção, sendo essa a maior inovação da diretriz (OMS, 2018).

Esse entendimento não surgiu espontaneamente, mas reflete um processo de construção informado por pesquisas, políticas, debates e movimentos sociais. Neste capítulo, abordamos alguns aspectos desse processo e analisamos as reverberações no contexto brasileiro.

Mortalidade materna: a tragédia social

Os índices de mortalidade materna e infantil são considerados importantes indicadores do grau de desenvolvimento da sociedade. Taxas de cesáreas também são utilizadas como indicadores de qualidade na assistência, estando taxas abaixo de 10% relacionadas à falta de acesso à saúde e maior razão de mortalidade materna e altas taxas desta intervenção relacionadas a procedimentos desnecessários ou realizados sem razões médicas. No Brasil, apesar de a grande maioria dos nascimentos acontecerem dentro de hospitais e assistidos por profissionais de nível superior, índices elevados de mortalidade persistem como desafios complexos e multifatoriais, somados a uma intensa medicalização do processo do parto e nascimento, que expõe mulheres brasileiras de todos os grupos socioeconômicos aos riscos da iatrogenia, o que foi descrito por Diniz como o “Paradoxo Perinatal” (Diniz, 2009; Leal et al., 2018).

No passado, a maternidade era vivenciada sem cuidados de saúde que hoje são considerados adequados e, assim, relacionava-se com uma estimativa de Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 2 a 3 mil mortes maternas por 100 mil nascidos vivos. Hoje, em alguns países, essa razão aproxima-se do patamar de 5 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (Souza et al., 2014; Souza & Pileggi-Castro, 2014).

Essa drástica queda na RMM, que em alguns países ainda se mantém em níveis elevados e passíveis de melhoria, resulta em grande medida da melhoria das condições de vida e avanços nas tecnologias diagnósticas e terapêuticas e da melhoria do acesso a cuidados em saúde, possibilitando assistência ao pré-natal e ao parto adequada e em estabelecimento de saúde.

Apesar dessa evolução, mortes evitáveis continuam ocorrendo, seja por falta de acesso à saúde, seja por uso inadequado de intervenções e reduzir sua ocorrência é uma meta global, indo em direção ao desenvolvimento, igualdade de gênero e melhoria na saúde. Em 2000, países signatários das Nações Unidas se comprometeram através dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio a reduzir 75% a razão de Mortalidade Materna global até 2015, tendo conseguido um declínio de 43%, com uma redução de 385 para 216 por 100 mil nascidos vivos nesse período. Em 2015, novas metas foram propostas e reassumidas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para uma redução de 60% das taxas de 2015 a 2030, para chegar a um patamar de 70 mortes por cem mil nascidos vivos (ONU, 2015; Alkema et al., 2016; Miller et al., 2016).

Trata-se de uma meta bastante ambiciosa, ainda longe de ser alcançada, com grande diversidade de situações entre regiões, países e mesmo dentro dos países. Essa variedade de situações pode ser categorizada nos estágios de transição obstétrica (Quadro 1), que considera a RMM do território estudado e outras características como causalidade das mortes maternas, taxa de fertilidade da população e acesso a serviços de saúde. Os estágios de transição obstétrica ajudam a caracterizar a saúde reprodutiva das mulheres num dado território e, ainda, a planejar estratégias para a melhoria do sistema de saúde e da atenção ao parto e nascimento (Reichenheim et al., 2009; Souza et al., 2014).

Em um contexto de excessiva medicalização no ciclo gravídico-puerperal, com tendência de aumento nas taxas de cesarianas eletivas e suas comorbidades associadas, torna-se ainda mais desafiador implementar um modelo de atenção que favoreça o protagonismo e a saúde da mulher para o parto normal, pautado na segurança, na prevenção quaternária (reduzir intervenções desnecessárias para reduzir danos iatrogênicos provocados por elas) e na satisfação com o parto (Souza & Pileggi-Castro, 2014).

Em 2014, Souza et al. desenvolveram o conceito de transição obstétrica para ajudar na compreensão do processo de redução de mortalidade materna dos territórios e direcionamento de estratégias para sua redução. Foram descritos cinco estágios de transição obstétrica levando em conta o acesso aos cuidados de saúde, a RMM, a taxa de fertilidade e as causas mais comuns da morte materna, conforme o Quadro 1 (Souza et al., 2014).

Quadro 1. Estágios de Transição Obstétrica

Estágio	Características	RMM (por 100.mil nascidos vivos)	Fertilidade	Principais causas de mortalidade materna
I	História natural da gravidez e parto, com pouco ou nenhum acesso a cuidados de saúde	> 1000	alta	Causas diretas, principalmente doenças infecciosas
II	Mulheres tendo mais acesso aos serviços de saúde, ainda precários	de 300 e 999	alta	Causas diretas, principalmente doenças infecciosas
III	Ponto de inflexão da transição obstétrica. O acesso à saúde permanece sendo um problema para muitas mulheres e, as que têm acesso recebem atendimento nem sempre de boa qualidade	de 50 e 299	variável	causas diretas
IV	Para esses países a estratégia é melhorar a qualidade da assistência e diminuir a supermedicalização no parto	de 5 e 50	baixa	causas indiretas, principalmente doenças não transmissíveis
V	Todas as mortes maternas evitáveis sendo evitadas	< 5	muito baixa	doenças não transmissíveis e causas indiretas

Fonte: Souza et al., 2014

O Brasil apresenta estágios diferentes de transição obstétrica de acordo com a região, apresentando estados no estágio IV (São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Distrito Federal) e no estágio III (demais estados). Nesse contexto, as ações prioritárias para a melhoria na assistência obstétrica rumo aos ODS são a melhoria dos cuidados primários à saúde desde a assistência pré-natal, medidas para abordar doenças transmissíveis e não transmissíveis e a implementação de protocolos assistenciais baseados em evidências para evitar o excesso de medicalização e danos relacionados ao uso excessivo de intervenções (Brasil, 2011; 2020; Souza et al. 2014; OMS, 2015).

As causas diretas de mortalidade continuam sendo as mais comuns, figurando hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto dentre suas principais responsáveis, sendo 92% delas consideradas evitáveis. Foram essas causas que apresentaram a redução mais significativa, com uma queda de 126 para 43 por 100 mil de 1990 a 2011, enquanto as causas indiretas (doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério) apresentaram um aumento de 13,5 para 19,5 por 100 mil (Brasil. IPEA, 2014; Freitas-Júnior, 2020). De 2011 a 2019, a taxa de mortalidade materna apresentou uma estabilidade, tendo sido em 2019 de 55,3 por 100 mil (36,3 por 100 mil por causas diretas e 16,8 por 100 mil por causas indiretas (Ministério da Saúde, 2021).

As causas diretas são decorrentes de intervenções, omissões ou tratamentos incorretos e sua redução é também dificultada devido a elevada taxa de cesárea, que aumenta em 2 vezes o risco de hemorragia pós-parto, em 5 vezes o risco de infecção puerperal e em 3,5 vezes o risco de morte materna, sendo essas as causas mais comuns de morte materna no Brasil (Al-Zirqi et al., 2009; Ministério da Saúde, 2014).

Boas práticas na assistência pré-natal

Segundo orientações da OMS e do Ministério da Saúde (MS), a assistência pré-natal deve ser continuada e incluir a prevenção, diagnóstico, tratamento de doenças ou carências, bem como informações em saúde e outros aspectos relativos ao suporte social, cultural e psicológico da gestante. A recomendação de realização de pelo menos oito consultas

está associada a melhores resultados perinatais tanto para a mãe quanto para o recém-nascido (OMS, 2016; Leal et al., 2018)

Os cuidados primários são melhorados com uma perspectiva de atendimento multiprofissional através da atuação de enfermeiras obstétricas e obstetrizas no pré-natal e no parto, para focar a assistência no bem-estar das mulheres, com abordagens integradas e baseadas nos direitos humanos (Renfrew et al., 2014; OMS, 2015b).

O Brasil, um país de renda média pela classificação da OMS, ampliou a oferta dos cuidados no pré-natal e no parto, com 99% dos partos sendo realizados em estabelecimentos de saúde e 97% de cobertura de assistência pré-natal, porém com um excesso de intervenções sem indicação clínica, incluindo a cesárea. De acordo com o Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento Nascer no Brasil, a proporção de cesárea foi de 52% e apenas 5% dos partos vaginais ocorreram sem nenhuma intervenção (Leal & Gama, 2014; Nunes et al., 2017).

Apesar de inúmeras ações e projetos que visam qualificar os serviços de saúde na atenção primária e hospitalar para o atendimento de gestantes e recém-nascidos, as dificuldades em usar as evidências científicas para fundamentar as decisões em saúde são compartilhadas por gestores, trabalhadores e pelas mulheres grávidas, mesmo em locais com grande investimento financeiro e incorporação tecnológica. As dificuldades são ainda maiores quando a implementação das boas práticas de assistência à gestação e ao parto depende de mudança nas rotinas institucionais ou envolve mudanças nas relações de poder e conflitos de interesse financeiro (Diniz, 2013).

Para o uso adequado das intervenções no parto se faz necessária a implementação das diretrizes e protocolos nacionais de saúde reprodutiva defendendo o uso de intervenções baseadas em evidências, custo-efetivas e de alto impacto para abordar as principais causas de morte materna e para a indicação e o uso seguro de intervenções médicas, incluindo a cesárea quando necessário.

Tecnologia adequada no parto e as práticas baseadas em evidências

No contexto brasileiro, a discussão sobre o modelo obstétrico começou nas décadas de 1970 e 1980, com a mobilização dos movimentos de mulheres sobre temas que afetavam sua saúde, entre eles a gestação e o parto, que resultaram na inauguração da área Técnica de Saúde da Mulher no Ministério da Saúde, responsável pela criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança. A reivindicação, à época, era a maternidade “voluntária, prazerosa, segura e socialmente amparada” defendida pelas feministas brasileiras envolvidas com a humanização da assistência ao parto (Diniz & Chacham, 2002).

Em 1985, como resultado de uma conferência sobre assistência ao parto realizada em Fortaleza, Ceará/Brasil, a OMS publicou uma recomendação sobre o uso apropriado de tecnologia no parto. Dentre as recomendações contidas neste documento estavam medidas de suporte para a mulher com respeito aos seus aspectos emocionais, psicológicos e sociais, redução de intervenções e cesáreas desnecessárias e estímulo ao aleitamento e manutenção do recém-nascido saudável com a mulher. Tais recomendações responderam à crescente percepção pública do excesso de medicalização do parir e do nascer, sem a esperada diminuição das complicações maternas e neonatais (OMS & PAHO, 1985; Bastos et al., 2007; Rattner, 2009; Diniz, 2009; 2000).

O excesso de medicalização utilizado tradicionalmente no parto o transformava em uma experiência traumática para as mulheres, sem benefícios de saúde associados e desse descontentamento surgiu um movimento social formado por mulheres, feministas, cientistas e profissionais da saúde que estimulou a OMS a providenciar uma série de estudos para avaliar as tecnologias utilizadas no parto (Diniz, 2000; 2005; 2009; Rattner, 2009).

Foram então realizados estudos de revisão sistemática avaliando as intervenções na assistência ao parto que concluíram que a maioria das intervenções utilizadas de rotina no parto com o intuito de facilitar e/ou acelerar eram na verdade ineficazes e/ou prejudiciais. Tais estudos

impulsionaram o movimento da Medicina Baseada em Evidências (Chalmers et al., 1989; Chalmers, 1992).

No contexto brasileiro, a mobilização social dos segmentos feministas em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher e de um grupo de profissionais críticos e discordantes do modelo assistencial medicalizado dominante no país possibilitou a criação, em 1993, da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) (ReHuNa, 2019). A ReHuNa contribuiu para a gestão do cuidado, difusão de conhecimentos e formulação de políticas públicas relacionadas a esse tema, através de produção de material com as recomendações baseadas em evidências, realização de eventos e organização de campanhas para a promoção da mudança da assistência ao parto vigente (Brasil, 2014).

Membros da ReHuNa pleitearam junto ao MS e à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a tradução para o português da publicação “Care in Normal Birth - a practical guide”, da OMS, que foi publicada no Brasil em 2000 em parceria com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) e a tradução do livro da Colaboração Cochrane com práticas baseadas em evidências científicas: “Guia para atenção efetiva na gestação e no parto” (OMS, 1996; Enkin et al., 2005; Brasil, 2014).

A partir destas demandas sociais, desde a década de 1990 o Ministério da Saúde brasileiro tem investido em ações e projetos que visam qualificar a rede assistencial na atenção primária e hospitalar para o atendimento de gestantes e recém-nascidos baseado em evidências científicas.

Dentre as políticas e programas voltados para a humanização do parto e nascimento, podem ser citados o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, ambos em 2004, e o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal (2009) (Serruya et al., 2004; Brasil, 2005; Pereira et al., 2007; São Paulo, 2012; Gomes & Moura, 2012; Brasil, 2014; Gama et al., 2021). Tais políticas foram implementadas com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e para fortalecer a humanização do atendimento das gestantes, a melhoria da atenção pré-natal, nascimento e pós-parto.

Foram instituídas medidas de orientação e qualificação dos profis-

sionais de saúde através da elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas baseados em evidências científicas, considerando critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das intervenções em saúde recomendadas (Brasil, 2014).

Lançada em 2011, a Rede Cegonha foi uma política pública implementada a partir da sistematização e institucionalização de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vinha sendo discutido e construído no Brasil desde a década de 1980, com o objetivo de promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção, com foco na melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno-infantil e na satisfação dos usuários. O desenvolvimento das ações para organização da rede de atenção materno-infantil norteava-se a partir de quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção à saúde da criança e sistema logístico (Gama et al., 2021; Vilela et al., 2021).

Apesar de avanços na assistência obstétrica, ainda é insatisfatório o grau de adequação das estratégias da Rede Cegonha, e estágios diferenciados de implantação entre os estados, com a predominante manutenção de um modelo de cuidado baseado em intervenções que deveriam ser abolidas ou reduzidas e na presença tímida de práticas adequadas. As mulheres brasileiras ainda estão parindo, na sua maioria, deitadas, submetidas a venóclise, amniotomia e episiotomia (Bittencourt et al., 2021).

Para qualificar o ensino de obstetrícia e neonatologia com base em evidências científicas, através da incorporação das “Diretrizes Nacionais para o Parto Normal” (Brasil, 2017b) e as “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana” (Brasil, 2015), que falam sobre as evidências na prática obstétrica, foi implementado em 2017 o projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceON) (Brasil, 2017a). No ApiceON foram trabalhados os temas de atenção ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo, atendimento às mulheres em situação de violência sexual e interrupção da gestação conforme prevista em lei. A despeito da heterogeneidade de situações encontradas no país, houve discussão de diversas pautas, inclusive a redução de intervenções desnecessárias e a incorporação de práticas mais centradas em uma experiência positiva de parto para a mulher, mesmo

antes da diretriz da OMS (2018) ser publicada (Brasil, 2017a).

Além de profissionais bem treinados e serviços bem equipados para tratar complicações, precisamos desenvolver intervenções inovadoras, que usem tecnologia simples e que sejam aplicáveis a todos os níveis de cuidado em áreas urbanas e rurais. Para o SUS, os estudos comparativos entre serviços com modelo de assistência hospitalar tradicional e os modelos baseados em equipe multiprofissional e boas práticas de assistência são urgentes, para criar a chamada “evidência local”, assim como para propiciar uma experiência cultural e um espaço de formação para relações mais democráticas entre os serviços e as usuárias e suas famílias (Diniz, 2009).

As dificuldades em usar as evidências para fundamentar as decisões em saúde são compartilhadas por todos os tomadores de decisão, incluindo profissionais, usuários, cuidadores, gestores e formuladores de políticas públicas. Uma política baseada em evidências depende de muitas etapas, começando por sua produção (estudos primários), sua síntese (revisões) e a construção de protocolos ou guias. Hoje temos claro que uma das maiores dificuldades é a implementação das evidências, principalmente quando essa implementação muda rotinas institucionais ou envolve mudanças nas relações de poder e conflitos de interesse financeiro (Diniz, 2013).

Se é um direito humano usufruir do avanço da ciência e dos conhecimentos sobre o que é seguro e efetivo, este conhecimento deve estar disponível para os formuladores de políticas, profissionais, usuários, cuidadores e todos os tomadores de decisão em saúde. A produção do conhecimento, que orienta as ações em saúde, pode ser orientada por direitos como o cuidado universal, o direito à vida, o direito à integridade corporal, à equidade, entre outros. Um campo emergente na pesquisa é como empoderar os usuários para promover esses direitos. Se não arguirmos a integridade, a segurança e o respeito aos pacientes nas práticas de saúde, corremos o risco de confundir “qualquer acesso à serviços de saúde” como “promoção de direitos”. (Diniz, 2013).

Leal et al. (2014), analisando as mulheres que fizeram parto vaginal na pesquisa Nascir no Brasil, verificaram que cerca de 50% das gestantes brasileiras tiveram acesso ao uso das boas práticas obstétricas recomen-

dadas para o bom desempenho do trabalho de parto, enquanto a frequência das intervenções desnecessárias foi elevada e maior em mulheres de baixo risco (Leal et al., 2014). O mesmo inquérito nacional encontrou associação da cesariana com o near miss e o óbito materno e neonatal (Dias et al., 2014; Silva et al., 2014).

Para superar o paradoxo perinatal brasileiro é necessário convocar os gestores, os trabalhadores e a sociedade a refletir e transformar o modelo de atenção à gestação e ao parto praticado no país, o qual não coloca a gestante/parturiente no centro da “cena”, como protagonista do processo de gestação e parto, medicalizando e intervindo muitas vezes desnecessariamente. Reconhecer os fatores de contexto (questões políticas, situação epidemiológica, recursos financeiros, materiais e humanos, profissionais capacitados), que podem influenciar no alcance dos resultados esperados é fundamental para a implantação do programa (Diniz, 2009).

A importância dos movimentos sociais na regulação da assistência perinatal do setor privado

De acordo com relatório do Ministério da Saúde, o setor suplementar foi o responsável pelo financiamento de 287.166 (Ministério da Saúde, 2021a) dos 2.849.146 partos ocorridos no Brasil (Ministério da Saúde, 2021a), no ano de 2019, o que corresponde a 10% dos nascimentos. Neste setor, a proporção de nascimentos por cesárea foi de 85% naquele ano, com dados não disponíveis acerca de outras intervenções no parto (Ministério da Saúde, 2021).

Em 2006, a rede de mulheres ativistas Parto do Princípio (Rede Parto do Princípio, 2015) moveu uma ação civil pública no Ministério Público Federal (MPF) denunciando o excessivo número de cesáreas na rede privada de saúde, cuja audiência ocorreu em 2007 com a participação de representantes do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Conselho Federal de Medicina, Associação dos Hospitais Privados, Conselho Federal de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina e representantes de planos de saúde que, após mais de três anos de debate, fez com o MPF acatasse parte das sugestões propostas pela Rede e entrasse na justiça exigindo que a ANS regulamentasse os servi-

ços obstétricos visando uma diminuição efetiva da realização de cesáreas desnecessárias, assim protegendo os direitos, a vida e as integridade física do usuário dos planos de saúde privados.

A ação civil gerou, através das Resoluções Normativas 368 e 398 promulgadas pela ANS, a obrigatoriedade de contratação de enfermeiras obstétricas e/ou obstetrizas na rede assistencial das operadoras, preenchimento do partograma (gráfico com evolução do trabalho de parto) pelo médico e relatório justificando seu não preenchimento em casos de cesárea, preenchimento e entrega para a mulher do cartão de gestante com as informações clínicas relevantes, assim como informações sobre a cesárea e o parto normal (carta de informação à gestante), preenchimento de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a cirurgia cesariana, divulgação de percentuais de cesáreas e partos normais por estabelecimento médico e por profissional, direito a um acompanhante de escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto sem cobrança de adicionais do acompanhante para alimentação e taxa de acesso a centro cirúrgico e a proibição de cobrança de taxa de disponibilidade pelo médico conveniado do plano de saúde (Ministério da Saúde, 2015; 2016; 2021).

Ainda como resposta à essa mobilização social, a ANS, o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, desenvolveram em 2015 o projeto Parto Adequado, com o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizassem o parto normal e reduzissem o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar, tendo sua atuação ocorrido através de ações educativas, treinamento e conscientização de profissionais de saúde e de usuárias.

O projeto foi dividido em três fases, sendo a Fase 1 uma fase-piloto (de 2015 a 2016) para testes iniciais e avaliação de viabilidade do projeto; a Fase 2 uma fase de disseminação (de 2017 a 2021) com inclusão de mais hospitais e mais operadoras de saúde; e a Fase 3 (iniciada em 2019) com medidas para disseminar as estratégias de melhoria da qualidade na assistência ao parto e abrangência da totalidade das maternidades e operadoras do país (ANS, 2016; 2020; 2021).

Com o início da Fase 3, o Parto Adequado lançou o lema “Cons-

truindo um Movimento para a Saúde, Segurança e Equidade na Gestação e no Parto” e criou um painel de monitoramento com o objetivo de promover a disseminação das estratégias de melhoria da qualidade da atenção do parto e nascimento em grande escala (ANS, 2021).

Em um cenário de grandes mudanças na lógica do modelo de assistência é necessário também a educação continuada e permanente dos profissionais de saúde para práticas que priorizem a segurança clínica e a autonomia da mulher, incluindo profissionais orientados para o cuidado contínuo e suporte físico e emocional em uma organização do trabalho em equipe multiprofissional com relações mais colaborativas e combate às práticas que se caracterizam por desrespeito e abuso durante a assistência ao parto, chamadas de Violência Obstétrica.

A consolidação de um sistema de saúde público-privado resulta de uma dualidade de financiamento, ao mesmo tempo em que gera uma dualidade de assistência. A pesquisa sobre como implementar mudanças nas práticas da saúde deve ser uma prioridade, uma vez que temos muito mais evidência de o que é efetivo e seguro do que sobre como fazer a mudança acontecer (Diniz, 2009).

Conclusão

O questionamento da assistência obstétrica altamente intervencionista por parte dos movimentos sociais do Brasil e do mundo impulsionaram a busca pelo embasamento científico para que as intervenções no parto sejam realizadas em situações de real necessidade, com respeito à autonomia e à individualidade da mulher.

Países em estágios intermediários e avançados de transição obstétrica (situação do Brasil) precisam focar seus esforços na diminuição de intervenções desnecessárias, que diminuem as chances de a mulher vivenciar uma experiência positiva de parto e aumentam o risco de complicações maternas e neonatais.

Através das políticas públicas com atuação no âmbito público e privado, como a Rede Cegonha e o Projeto Parto Adequado, e a criação de protocolos assistenciais baseados em evidências como as “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal” e as “Diretrizes de Atenção à Ges-

tante: a operação cesariana”, o Brasil evoluiu na ampliação do acesso aos serviços de saúde e implementação de protocolos assistenciais baseados em evidências. Apesar desse avanço, a RMM permanece alta e os partos ainda acontecem com um excesso de intervenções sem indicação clínica, levando a uma necessidade de esforços para que essas diretrizes sejam colocadas em prática e possam beneficiar as mulheres e seus filhos. Entre as iniciativas que devem ser estimuladas destacam-se a qualificação da assistência ao parto e nascimento e a disseminação de conhecimento.

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein – SBIBHAE. IHI - Institute for Healthcare Improvement. Nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: projeto Parto Adequado, Fase 1 [internet]. 2016 [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein – SBIBHAE. Institute for Healthcare Improvement - IHI. Edital de participação no Ciclo Intensivo da Fase 2 do Movimento Parto Adequado [internet]. 2020 [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Edital_ciclo_intensivo_fase_2_Partido_Adequado_v2.pdf

Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet* [internet]. 2016 [acesso em 21 ago 2021]; 387(10017):462–74. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615008387>

Al-Zirqi I, Vangen S, Forsén L, Stray-Pedersen B, I A-Z, S V, et al. Effects of onset of labor and mode of delivery on severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol* [internet]. 2009 [acesso em 21 ago 2021]; 201(3):273.e1-273.e9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2009.06.007>

Bastos MH, Diniz SG, Riesco ML, Oliveira SJ, Oliveira SJ. Promoting evidence-based maternity care in middle-income countries: challenges and opportunities. *Midwifery* [internet]. 2007 [acesso em 21 ago 2021]; 23(2):111-2. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2007.03.003>

Bittencourt SDA, Vilela MEA, Marques MCO, Santos AM, Silva CKRT, Domingues RMSM, et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Cien Saude Colet* [internet]. 2021 [acesso em 21 ago 2021]; 26(3):801-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000300801&tlng=pt

Brasil. Resolução Normativa, no 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar [internet]. *Diário Oficial da União*. 7 jan 2015. Seção I:38. [acesso em 21 ago 2021]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>

Brasil. Resolução Normativa, no 398, de 05 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante [internet]. 2016 [acesso em 21 ago 2021]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE5Mw==>

Chalmers I, Murray E, Keirse MJNC. Effective Care in Pregnancy and Childbirth: Pregnancy [internet]. 1989 [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=Wp1sAAAAMAAJ>

Chalmers B. WHO appropriate technology for birth revisited. *Br J Obstet Gynaecol*. 1992;99(9):709–10.

Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura-Pereira M, Diniz CSG, Brum IR, et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nacer no Brasil. *Cad Saude Publica* [internet]. 2014 [acesso em 15 set 2021]; 30(supl 1):S169–81. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00154213>

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cien Saude Colet* [internet]. 2005 [acesso em 15 set 2021]; 10(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/?lang=pt>

Diniz CSG. Evidências em saúde: o que são, o que podem ser, e de que tipo de evidências precisamos. In: Paiva V, França AJRI, Kalichman AO, organizadores. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá; 2013. p. 49. (Planejar, fazer, avaliar; IV)

Diniz SG. Maternidade voluntária prazerosa e socialmente amparada. In: Araujo MJO, Souza MJ, Verardo MT, Francisquetti PPSN, Moraes RR, Bonciani RDF, et al., organizadores. *Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde*. São Paulo: Coletivo Fem. Sexualidade e Saúde; 2000. p. 79–98.

Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Journal of Human Growth and Development* [internet]. 2009 [acesso em 15 set 2021]; 19(2):313. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19921>

Diniz SG, Chacham A. Dossiê humanização do parto. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2002.

Enkin M, Keirse MJ, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Freitas-Júnior RAO. Avoidable maternal mortality as social injustice. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [internet]. 2020 [acesso em 15 set 2021]; 20(2):607–14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000200607&tlng=en

Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – FOC. Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia – Apice On [internet]. 2017a [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>

Gama SGN, Thomaz EBAF, Bittencourt SDA. Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha. Cien Saude Colet [internet]. 2021 [acesso em 15 set 2021]; 26(3):772–772. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000300772&tlng=pt

Gomes ML, Moura MAV. Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica. Revista Enfermagem UERJ. 2012;20(2):248–53.

Leal MC, 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 [acesso em 15 set 2021]; 23(6):1915–28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=pt&tlng=pt

Leal MC, Gama SGN. Nacer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa [internet]. 2014 [acesso em 15 set 2021]; Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nacerweb.pdf>

Leal MDC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica* [internet]. 2014 [acesso em 15 set 2021]; 30(suppl 1):S17-32. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00151513>

Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet* [internet]. 2016 [acesso em 15 set 2021]; 388(10056):2176-92. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616314726>

Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Atenção materna e neonatal: ANS disponibiliza dados importantes na saúde suplementar [internet]. 2021a. [acesso em 21 ago 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/atencao-materna-e-neonatal-ans-disponibiliza-dados-importantes-na-saude-suplementar>

Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Parto adequado [internet]. 2021b [acesso em 21 ago 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado>

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos [internet]. 2021 [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>

Ministério da Economia (BR). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de desenvolvimento do Milênio. Relatório nacional de acompanhamento. Brasil; 2014.

Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília (DF); 2005.

Ministério da Saúde (BR). Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores de mortalidade. C.3 Razão de mortalidade materna [internet]. 2011 [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/C03b.htm>

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher [internet]. 2020 [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal [internet]. 2017b [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília (DF); 2015.

Nunes ADS, Amador AE, Dantas APQM, Azevedo UN, Barbosa IR. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. Revista Brasileira em Promoção da Saúde [internet]. 2017 [acesso em 15 set 2021]; 30(3):1-10. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6158>

Organização Mundial da Saúde - OMS. Care in Normal Birth: a practical guide [internet]. 1996 [acesso em 20 set 2021]. Disponível em: https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

Organização Mundial da Saúde - OMS. Report on the meeting of national maternal, neonatal and child health programme managers: addressing the main causes of maternal, neonatal and child mortality [internet]. Amman: World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2015 [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253416/IC_Meet_Rep_2015_EN_16334.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organização Mundial da Saúde - OMS. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: executive summary. 2016.

Organização Mundial da Saúde - OMS. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience [internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso em 15 set 2021]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

Organização Mundial da Saúde - OMS. Organização Pan-americana de Saúde - PAHO. Appropriate Technology for birth. The Lancet [internet]. 1985 [acesso em 15 set 2021]; 326(8452):436-7. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673685927503>

Organização Mundial da Saúde - OMS. Strategies towards ending preventable maternal mortality (EPMM) [internet]. 2015 [acesso em 15 set 2021]; Disponível em: http://www.everywomaneverychild.org/images/EPMM_final_report_2015.pdf

Organização das Nações Unidas - ONU. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [internet]. 2015 [acesso em 15 set 2021]; Disponível em: <https://stg-wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/11125/unepswiosm1inf7sdg.pdf?sequence=1>

Pereira ALF, Moura MAV, Souza IEO, Tyrrel MAR, Moreira MC. Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: ten-

dências e contribuições. *Acta Paulista de Enfermagem* [internet]. 2007 [acesso em 15 set 2021]; 20(2):205–15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200015&lng=pt&tlng=pt

Rattner D, Jones RH, Diniz SG, Beltrão RS, Lopes AFC, et al. Os movimentos sociais na Humanização do parto e do nascimento do Brasil. In: Ministério da Saúde (BR), organizador. *Humanização do parto e do nascimento* [internet]. 2014. (Cadernos humaniza-SUS;4). p. 109-132. [acesso 15 set 2021]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/humanizacao-do-parto-e-do-nascimento/>

Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [internet]. 2009 [acesso em 15 set 2021]; 13(suppl 1):595–602. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011&lng=pt&tlng=pt

Rede Parto do Princípio. *Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa* [internet]. 2015 [acesso em 15 set 2021]; Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/sobre>

Rede pela Humanização do parto e Nascimento - ReHuNa. *Rede pela Humanização do parto e Nascimento* [internet]. 2019 [acesso em 15 set 2021]; Disponível em: <https://rehuna.org.br/>

Reichenheim ME, Zylbersztajn F, Moraes CL, Lobato G. Severe acute obstetric morbidity (near-miss): a review of the relative use of its diagnostic indicators. *Arch Gynecol Obstet* [internet]. 2009 [acesso em 15 set 2021]; 27;280(3):337–43. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s00404-008-0891-1>

Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet* [internet]. 2014 [acesso em 15 set 2021]; 384(9948):1129–45. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614607893>

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SP). Política Estadual de Humanização - PEH. Brasil; 2012.

Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [internet]. 2004 [acesso em 15 set 2021]; 4(3):269-79. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300007&lng=pt&tlng=pt

Silva AAM, Leite ÁJM, Lamy ZC, Moreira MEL, Gurgel RQ, Cunha AJLA, et al. Morbidade neonatal near miss na pesquisa Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica* [internet]. 2014 [acesso em 15 set 2021]; 30(Suppl 1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/n9hWNLcgpc87zxkm3xKCvWz/?lang=pt#>

Souza J, Tunçalp Ö, Vogel J, Bohren M, Widmer M, Oladapo O, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG* [internet]. 2014 [acesso em 15 set 2021]; 121:1-4. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12735>

Souza JP, Pileggi-Castro C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. *Cad Saude Publica* [internet]. 2014 [acesso em 15 set 2021]; 30 (suppl 1):S11-3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300003&lng=pt&tlng=pt

Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EBAF, Gomes MASM, Bittencourt SDA, Gama SGN, et al. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. *Cien Saude Colet* [internet] 2021 [acesso em 15 set 2021]; 26(3):789-800. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000300789&tlng=pt