



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Beatriz Fonseca Loureiro

**ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL, UM COMPARATIVO COM
SISTEMAS DE SAÚDE EM TRÊS OUTROS PAÍSES**

Rio de Janeiro

2017

Beatriz Fonseca Loureiro

ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL, UM COMPARATIVO COM
SISTEMAS DE SAÚDE EM TRÊS OUTROS PAÍSES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação do curso de nível médio em saúde com habilitação em Gerência em Saúde.

Orientador(a): Ialê Falleiros Braga

Rio de Janeiro

2017

Beatriz Fonseca Loureiro

ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL, UM COMPARATIVO COM
SISTEMAS DE SAÚDE EM TRÊS OUTROS PAÍSES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação do curso de nível médio em saúde com habilitação em Gerência em Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Danielle Ribeiro de Moraes – EPSJV/Fiocruz

Ms. Tereza Cristina Ramos Paiva – EPSJV/Fiocruz

Dr^a. Ialê Falleiros Braga – EPSJV/Fiocruz

Rio de Janeiro

2017

Dedico este trabalho a todos aos meus familiares, em especial, à minha mãe e à minha tia Carol, que sempre me apoiaram, estiveram presentes durante toda a minha trajetória escolar e me ajudaram em minhas escolhas, e aos meus professores que tiveram papel fundamental na minha educação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha avó Marilu, que sempre se dedicou e se prontificou a me ajudar em todas as empreitadas que eu decidi ou precisei fazer em minha vida, inclusive neste projeto.

Agradeço à minha mãe, que mesmo distante, se faz presente em todos os momentos. Por se sacrificar tanto por mim e me ajudar em tudo que pôde.

Agradeço à minha tia Carol e ao Thiago, por serem como pais para mim e me darem todo alento possível nas minhas necessidades.

Agradeço ao meu pai, aos meus avós, tios e tias por serem peças chave na minha educação, pois sem a presença deles eu não teria chegado até aqui.

Agradeço à minha bisavó Lelena, onde quer que esteja agora, por ter sempre torcido muito por mim e que por ter me mostrado o quão forte eu posso ser.

Agradeço à minha tia Carmem, pelo auxílio com a tradução do resumo para o inglês, e por ser um exemplo de mulher a ser seguido.

Agradeço à minha tia Ana Beatriz, pela colaboração com a formatura e por tudo que fez por mim sempre.

Agradeço aos meus professores, pelos ensinamentos, pelo incentivo, pois sem eles esta monografia não existiria.

Agradeço aos meus amigos Elizabeth, Andressa, Julia, Flávio e Filipe por sempre se disponibilizarem para me ajudar e por dizerem palavras reconfortantes quando precisei,

E agradeço à minha turma, à minha orientadora e à escola politécnica por se tornarem tão especiais pra mim e por serem a motivação de todo meu esforço na realização desse trabalho.

"Todo mundo tem dentro de si um fragmento de boas notícias. A boa notícia é que você não sabe quão extraordinário você pode ser! O quanto você pode amar! O que você pode executar! E qual é o seu potencial!".
(Anne Frank)

RESUMO

Brasil, Holanda, Reino Unido e Estados Unidos da América apresentam formas distintas de assistência ao parto, que vão de um modelo mais humanizado, natural e com participação das parturientes nas decisões, até o modelo mais medicalizado, hospitalocêntrico, em que as decisões são tomadas por médicos e com pouca intervenção das gestantes. A humanização da medicina vem ganhando adeptos com distintas concepções desde o século XX. No Brasil, que estabeleceu na Constituição de 1988 princípios de integralidade, universalidade, equidade e outros, foi criado o Sistema Único de Saúde no mesmo ano, dando origem em 2003 ao programa chamado Política Nacional de Humanização (PNH). Um processo orgânico de produção de saúde a partir de usuários, trabalhadores e gestores, que defende a diversidade da população e oferece a mesma atenção a todos sem distinções. Este estudo analisa como se dá esse processo do parto no Brasil, que se encontra num patamar diferente da Holanda, Estados Unidos e Reino Unido, no qual, porém, observa-se uma tendência na diminuição da mortalidade materna (redução de 34% entre 2000 e 2015), mortalidade neonatal (redução de 45,6%), e um aumento no índice de partos cesáreos. Apesar das campanhas para reverter esta situação, Brasil é o país que lidera o ranking de realização de cesarianas no mundo. Se não faltam leis e programas institucionais em prol de uma atenção integral à mulher gestante e ao bebê, o Brasil ainda precisa ultrapassar barreiras de gestão, culturais, econômicas, entre outras, para alcançar o padrão da Holanda e do Reino Unido

Palavras Chaves: Assistência ao parto, parto no Brasil, saúde nos EUA, saúde no Reino Unido, saúde na Holanda, parto, mortalidade materna, mortalidade neonatal, taxa de cesárea.

ABSTRACT

Brazil, the Netherlands, the United Kingdom and the United States present different forms of childbirth care, ranging from a more humanized, natural model with parturient participation in decisions, to the more medicalized, hospital-centered model in which decisions are made by doctors, with almost none parturient participation. The humanization of medicine has been gaining adherents with different conceptions since the twentieth century. In Brazil, which established in the Constitution of 1988 principles of integrality, universality, equity and others, was created of the Unified Health System in the same year, giving rise in 2003 to the program called National Humanization Policy (PNH). Na organic process of health production built by users, workers and managers, which defends the diversity of the population and offers the same attention to all without distinction. This study analyzes how this process of childbirth occurs in Brazil, which is at a different level from the Netherlands, the United States and the United Kingdom. However, there is a trend of reduction of maternal mortality (reduction of 34% between 2000 and 2015), neonatal mortality (reduction of 45.6%,) and an increase in the rate of cesarean deliveries. Despite the campaigns to reverse this situation, Brazil is the country that leads the ranking of cesarean sections in the world. If there is no shortage of laws and institutional programs for comprehensive care for pregnant women and the baby, Brazil still needs to overcome management, cultural and economic barriers, among others, in order to reach the Netherlands and UK standards.

Key words: Delivery assistance, childbirth in Brazil, health in the USA, health in the United Kingdom, health in the Netherlands, childbirth, maternal mortality, neonatal mortality, cesarean rate.

ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	25
Gráfico 2	26
Gráfico 3	27
Gráfico 4	28
Gráfico 5	30

LISTA DE ABREVIATURAS, NOMES EM INGLÊS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de saúde
CDC	Center for Disease Control and Prevention
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
FHIE	Fundação Hospital Israelita Albert Einstein
GHO	Global Health Observatory
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de desenvolvimento humano
IHI	Institute for Healthcare Improvement
NHS	National Health Services
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Projeto de Humanização do Pré Natal e do Nascimento
PNH	Programa Nacional de humanização
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
USA	United States of America
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1 .1 REVISÃO HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO	13
1 .2 OBJETIVOS	15
1 .2.1 OBJETIVO GERAL	15
1 .2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1 .3 JUSTIFICATIVA	16
1 .4 METODOLOGIA DA PESQUISA	16
2 DESENVOLVIMENTO	18
2 .1 PERFIL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO DO BRASIL	18
2 .2 MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NOS PAÍSES SELECIONADOS	21
2 .2.1 MODELO DE ATENÇÃO HOLANDÊS	21
2 .2.2 MODELO DE ATENÇÃO NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	22
2 .2.3 MODELO DE ATENÇÃO NO REINO UNIDO	23
2 .3 DADOS ESTATÍSTICOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO	24
2 .3.1 MORTALIDADE MATERNA	24
2 .3.2 MOTALIDADE NEONATAL	26
2 .3.3 CESARIANAS REALIZADAS	28
2 .3.4 MODELO DE ASSISTÊNCIA	30
3 CONCLUSÕES	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 REVISÃO HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

De um evento solitário (ALMEIDA et al, 2005) o parto passou a um evento solidário entre as fêmeas primatas do gênero *Homo* ainda na pré-história, em razão do bipedalismo¹ (ROSENBERG; TREVATHAN, 2002), e, na medida em que o cérebro humano se desenvolveu e o formato da pelve se modificou como em *Homo erectus* - tornando-se semelhante a *Homo sapiens* -, possivelmente há 100.000 anos, o parto também passou a se assemelhar ao processo atual não apenas no posicionamento do nascituro e na apresentação fetal mais comum, occipito-anterior, mas também no comportamento humano associado ao parto, ou seja, na necessidade de auxílio de parteiras (TREVATHAN *apud* ROSENBERG; TREVATHAN, 2002). Estudos antropológicos concluíram que, hoje em dia, todos os povos, até mesmo os mais primitivos, têm como característica comum o parto assistido (ROSENBERG; TREVATHAN, 2001). Segundo Rezende (2009), desde 700 a.C. em Roma, a concepção de bebês era feita por parto normal e nos locais em que as mulheres se encontravam no momento de “dar à luz”. A prática da cesariana só era realizada em mulheres que por algum motivo tinham falecido e tinham seus fetos vivos. A cesariana passou a ser inserida como uma prática da obstetrícia a partir do século XVIII com a melhoria das tecnologias, sendo realizada apenas em casos especiais e apresentava índices elevados de mortalidade materna e fetal. No século XX, a cesariana passou a ser instituída como um método de rotina na parturição.

Ventura (2008) relata que a preocupação sobre o tema da mortalidade materna é bem antiga no âmbito da saúde, e que no século XVIII, chamavam atenção as mortes de mulheres da elite européia causadas por infecção puerperal. Em meados do século XIX foram estabelecidas medidas para prevenir infecções e o uso de técnicas cirúrgicas para partos difíceis. O resultado foi a redução acentuada dessas mortes entre os anos 1860 e 1939. Surgiram, assim, os primeiros comitês de morte materna, nos Estados Unidos, em 1930, e na Grã-Bretanha, em 1950. Investigando as causas das mortes e as possíveis falhas na assistência, os comitês apontaram os melhores esquemas terapêuticos e elaboraram normas técnicas. Tais medidas fizeram com que as taxas de mortalidade materna continuassem caindo de forma acentuada nos anos seguintes nestes países. Essas iniciativas revelavam a

¹ Bipedalismo: andar sobre duas pernas.

consciência de que a morte materna era evitável e que a responsabilidade por ela cabia, principalmente, aos serviços de saúde.

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (2001), um processo de expansão da assistência médica com interferência do Estado começou ainda no século XIX, assistência antes exercida quase exclusivamente na forma liberal ou filantrópica. Alguns programas começaram a ser desenvolvidos, entre eles a assistência pré-natal. A institucionalização do parto teve por objetivo desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil. Em 1922, inclusive, o primeiro Congresso Brasileiro de Proteção a Infância indiretamente culpou as "mulheres desnutridas, sifilíticas e alcoólatras" pelas elevadas taxas de mortalidade infantil vigentes na época, e recomendou a intervenção do governo através da abertura de maternidades e creches. Esta atenção ao parto foi, ao longo da década de 40, provavelmente a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher (BRASIL, 2001). Já as medidas para a redução da morte das parturientes no Brasil foi bastante tardia. Somente a partir de 1977 o sistema de saúde brasileiro iniciou a publicação de dados dessas mortes e seu envio à OMS, cujos resultados registravam altos índices de mortalidade e refletiam as imensas desigualdades regionais no país (VENTURA, 2008).

Um enfoque moderno do Ministério da Saúde sobre a atenção dada à mulher desde o seu planejamento reprodutivo, durante a gestação e no puerpério² mostra a mudança de paradigma. No Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério de 2006, é preconizada uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada com objetivo de garantir a saúde materna e neonatal. Destacando que “faz-se necessário construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde [...] visando um sistema mais humanizado, o qual busca a maior participação da mulher nas escolhas sobre seu corpo”. Em teoria, perfeito. Mas no Brasil e no mundo ainda há uma enorme distância entre o discurso e a prática.

De acordo com informações da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization – WHO, GHO), em 2015, aproximadamente 830 mulheres vieram a óbito a cada dia, no mundo, devido a complicações na gravidez ou na hora do parto. Os riscos de uma mulher que vive em um país em desenvolvimento de morrer de causas relacionadas à gestação e parto são 33 vezes mais altos do que isto acontecer com uma mulher que vive num país

² Puerpério: é o período entre o parto e o 42 ° dia após o parto da criança.

desenvolvido. As principais causas de morte materna são por hemorragia, hipertensão, infecções ou causas indiretas (mulheres com doenças anteriores a gestação), muitas vezes sendo consideradas mortes evitáveis. E os óbitos infantis abaixo de cinco anos, ocorrem em 46% dos casos em recém nascidos e neonatos (em 75% dos casos, ocorrem na primeira semana de vida). As principais causas de morte neonatais e de recém-nascidos são por prematuridade, baixo peso ao nascerem, infecções, asfixia e traumas no nascimento. Esses dados de mortalidade ressaltam as grandes disparidades entre classes sociais e países.

Em relação ao parto propriamente dito, segundo Dutra (2005), este pode ser cesáreo, vaginal normal, natural, ou humanizado. Nos estudos mais contemporâneos sobre o tema “assistência prestada à mulher durante o parto”, a análise do índice de mortalidade materna traduz o padrão de qualidade desta assistência. Assim, é fundamental para avaliar a qualidade como também para a classificação do nível de desenvolvimento dos países. Pretende-se mostrar a evolução do Brasil em relação a países considerados desenvolvidos quanto à assistência ao parto.

Neste trabalho, para que se possa fazer uma análise da qualidade no atendimento, foram selecionados os países: Brasil, Estados Unidos da América, Holanda e Grã-Bretanha, que apresentam modelos de assistência distintos. O intuito é mapear a eficácia de cada um dos tipos de atenção, com vista a subsidiar a análise sobre o desenvolvimento do modelo brasileiro.

1.2 OBJETIVOS DE ESTUDO

1.2.1 Objetivo geral

Compreender os modelos de atenção ao parto nos sistemas de saúde da Holanda, do Reino Unido, dos Estados Unidos da América e do Brasil, analisando-os e comparando os índices de mortalidade materna e infantil entre 1990 e 2015, como forma de avaliar sua evolução e de que forma ocorre essa atenção no Brasil.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar os modelos de atenção ao parto no Brasil, na Holanda, nos Estados Unidos e no Reino Unido;
- b) Analisar o índice de partos cesarianos, e das mortalidades materna e neonatal nos quatro países;

- c) Avaliar o modelo de atenção à mulher e ao parto no Brasil, após a implementação do SUS;
- d) Comparar os modelos de atenção ao parto entre os quatro países.

1.3 JUSTIFICATIVA

O meu interesse pelo assunto surgiu em 2014, quando vim morar com a minha tia no Rio de Janeiro, justo no momento em que ela estava grávida e idealizava um parto natural humanizado. Quando a gestação estava no seu término, a médica que a acompanhava no pré-natal pelo plano de saúde marcou uma cesárea sem o seu consentimento e também sem uma justificativa clínica. A indignação e o estresse causados por essa atitude foram vivenciados por mim também, que entendi aquela situação como uma violência obstétrica. Felizmente, minha tia procurou o Sistema Único de Saúde, na Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda, no Rio de Janeiro, onde teve a assistência ao parto que desejava.

Durante o curso de Gerência em Saúde comecei a compreender como a humanização da assistência ao parto veio progredindo no Brasil e como o país está buscando a diminuição da mortalidade materna e neonatal para alcançar o padrão dos países mais desenvolvidos. No momento em que percebi isso, achei que seria um estudo interessante a se fazer, não só para mim.

Além disso, após o início do meu estágio na Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro na Área Técnica de Gerência da Saúde da Mulher, pude compreender melhor os processos na área da saúde da mulher e alguns dos motivos dos óbitos maternos.

1.4 METODOLOGIA DA PESQUISA

Com base no objeto de estudo acima definido, a questão norteadora é: Como o Brasil está inserido no padrão de desenvolvimento em relação à assistência ao parto e como pode melhorar seu desempenho?

Para responder a essa questão, realizei revisão bibliográfica sobre os modelos de atenção ao parto nos sistemas de saúde nos quatro países selecionados, bem como coleta de dados oficiais sobre tipos de parto e sobre os índices de mortalidade materna e infantil entre os anos de 1990 e 2015, com vistas à compreensão da política de humanização ao parto no Brasil. A escolha deste período me permitiu comparar a situação analisada antes e após a implantação do SUS.

Foram efetivadas buscas refinadas a partir dos seguintes descritores: “assistência ao parto no Brasil”; “saúde suplementar no Brasil”; “modelo de assistência ao parto na Inglaterra”; “modelo de assistência ao parto na Holanda”; “modelo de assistência ao parto nos EUA”; selecionados a partir das bibliotecas virtuais, tais como: Bireme - Biblioteca Virtual em Saúde (<http://www.bireme.br/>); Scielo (<http://www.scielo.cl/>); PubMed - US National Library of Medicine - National Institutes of Health (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>); Ovid (<http://www.ovid.com/site/catalog/journals/index.jsp>); LILACS – biblioteca virtual em saúde (<http://lilacs.bvsalud.org/>); Ministério da Saúde – Biblioteca Virtual em Saúde (<http://bvsms.saude.gov.br/>); Organização Mundial da Saúde (<http://www.paho.org/bra/>); Scientific Electronic Library Online (<http://www.scielo.org/php/index.php>); Academia.edu (<https://www.academia.edu/>); Repositório Institucional da Fiocruz – Arca (<https://www.arca.fiocruz.br/>).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PERFIL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL

Anteriormente ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), em conformidade com o previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), o modelo de atenção à saúde e ao parto no Brasil pode ser caracterizado como hospitalocêntrico e medicalizado. Segundo Dutra (2005), a primeira política de atenção à mulher no Brasil ocorreu depois da segunda guerra mundial, com o início da institucionalização do parto, com o crescimento da rede hospitalar pública e privada e o surgimento das novas tecnologias. Na década de 1970, foi atribuído ao parto esse modo de assistência. A partir de 1988, a política de saúde passou a adotar um modelo de atenção universal, integral e equânime para todos os cidadãos e de livre acesso aos serviços prestados pelo SUS (BRASIL, 1988). A inscrição da morte materna como grave violação dos direitos humanos (BRASIL, 2010a), sem dúvida, contribuiu para que a diminuição da mortalidade materna fosse considerada como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio lançados em 2000 pela Organização das Nações Unidas – ONU (ONUBR). Com isso, políticas públicas e estratégias foram sendo criadas e implementadas para aprimorar os serviços ofertados, mormente após aquele ano.

Em 1984, segundo Sayd (2002), as lutas feministas contribuíram muito para a inserção da integralidade da assistência no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, criado e implantado pelo Ministério da Saúde no ano anterior. Devido a esse programa, anos depois, foi desenvolvida a Lei nº 9.263/96 (BRASIL, 1996), que garantiu à mulher e ao companheiro o direito ao planejamento familiar, a fim de proporcionar a assistência à concepção e contracepção, ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao neonato, assim como também o controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Da mesma forma, o Projeto de Humanização do Pré Natal e do Nascimento (PHPN) normatizado pela Portaria/GM nº 569 de 01 de junho de 2000 (BRASIL, 2000), e divulgado através da cartilha Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento (BRASIL, 2002), é uma das estratégias de aprimoramento do sistema de saúde. Preconiza o aumento de eficiência e eficácia no atendimento à gestante através da humanização das redes públicas de saúde, durante a gestação até o pós-parto, objetivando a redução da morbimortalidade materna, natal e neonatal, assim como também, o aumento ao acesso, à cobertura e à qualidade da atenção durante todo o processo de gestação até o pós-parto, além de ampliar os

investimentos do estado nos pré-natais de alto risco e na capacitação de profissionais para esta área de atuação (BRASIL, 2002).

Em vista disso, em 2003, o Ministério da Saúde criou a política de humanização, o HumanizaSUS (BRASIL, 2003), que tem por objetivos a ampliação da atenção básica, melhora do acolhimento, valorização do trabalho na saúde, implementação da atenção com responsabilidade e vínculo, garantia do direito dos usuários, redução de filas e tempos de espera, atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco. Logo, essa política propicia mudanças no modo de assistência ao parto com a criação de novas resoluções e programas (BRASIL, 2010b).

A criação da Rede Cegonha, através da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), normatizou a forma de atenção prestada às mulheres durante a gestação. A Rede Cegonha sistematizou e institucionalizou um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vinha sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros (BRASIL, 2011b). Foram instituídas as seguintes diretrizes (BRASIL, 2012): acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e acesso às ações de planejamento reprodutivo. Esse projeto visa o acolhimento da mulher, fornecendo-a consultas pré-natais, parto, consultas durante o puerpério e transporte sanitário. A Rede Cegonha funciona com a entrada da mulher na unidade básica de saúde, e sendo então cadastrada no SisPreNatal Web que reúne as informações da gestante, com o intuito de monitorar e avaliar a assistência ao pré-natal. Assim como esse sistema, há o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DataSus), também é alimentado com informações sobre o Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento. E através do SISREG, um dos sistemas reguladores, tornou-se possível referenciar as mulheres que precisam de um pré-natal e parto de alto risco (UNASUS/UFMA, 2015). A legislação ligada à Rede Cegonha inclui ainda a Portaria nº 11, de janeiro de 2015, publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), que redefiniu as diretrizes para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento.

O SUS orienta além de sua rede própria, os serviços contratados, sendo que a política nacional de saúde direciona os serviços privados na área. Dessa forma, o setor privado conta com convênios particulares de saúde, que são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de acordo com a Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998), ou por contratação de serviços.

Em fevereiro de 2016, a ANS criou a Resolução Normativa nº 398/2016 (ANS, 2016a), posteriormente alterada parcialmente em julho pela Resolução Normativa nº 409/2016 (ANS, 2016b), que obriga as empresas de planos de saúde e hospitais privados a contratarem obstetristas e enfermeiros obstétricos em sua rede assistencial, quando houver disponibilidade desses profissionais. A nova resolução também determina que médicos entreguem as gestantes a Nota de Orientação sobre os riscos dos partos cesárea e normal. O acompanhamento de trabalho de parto e o próprio parto passam a poder ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais.

Anterior às Resoluções Normativas, desde outubro de 2014, através do “Projeto Parto Adequado”, a ANS vinha elaborando uma série de medidas em prol da melhoria na prática obstétrica no Brasil. De acordo com a ANS, o Projeto Parto Adequado foi desenvolvido pela Agência, pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI) e pela Fundação Hospital Israelita Albert Einstein (FHIE), com apoio do Ministério da Saúde, e em março de 2015 já envolvia 42 hospitais e mais de 34 operadoras de planos de saúde de todo o país (ANS, 2016a). A fase I do programa, o piloto, teve como objetivo de identificação de modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, com a valorização do parto normal e redução do percentual de cesarianas nos serviços privados de saúde. A iniciativa também incluiu a oferta às mulheres e aos bebês do cuidado certo, na hora certa, ao longo da gestação, durante todo o trabalho de parto e pós-parto, considerando a estrutura e o preparo da equipe multiprofissional, a medicina baseada em evidência e as condições socioculturais e afetivas da gestante e família. Uma cartilha foi publicada em 2016 expressando a esperança na possibilidade de reversão do quadro de cesarianas indiscriminadas no país (ANS, 2016b). A fase II foi iniciada recentemente, em 15 de setembro de 2017, já com 136 hospitais e 68 empresas de planos e seguros de saúde cadastrados (ANS, 2017).

Dentro do Projeto Parto Adequado, a ANS lançou, em 22 de dezembro de 2015, a Campanha “Não ao Parto Agendado” (ANS, 2015), que visa à melhores práticas obstétricas no Brasil, reforça a preocupação quanto à realização de cesáreas desnecessárias e busca

sensibilizar gestantes e profissionais de saúde para que evitem o parto agendado (ANS, 2015). A maior preocupação é com os meses de dezembro a fevereiro, um período em que fica evidente o aumento das cesáreas desnecessárias agendadas em função das diversas datas comemorativas. A mensagem-chave da campanha é: “Respeite o tempo do seu bebê. Para o nascimento, não há feriado: evite o parto agendado, escolha o “#partoadequado” (ANS, 2015). A campanha informa que, quando não há indicação clínica, o número de cesarianas está diretamente relacionado aos dos óbitos maternos e neonatais.

2.2 MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NOS PAÍSES SELECIONADOS

2.2.1 Modelo de atenção holandês

Na Holanda, o sistema de saúde é compartilhado entre público universal e de livre acesso, fomentado pelos impostos, e pelo seguro privado que é fiscalizado pelo governo e abrange 98,5% da população (LEU, 2009). O sistema de seguro de saúde nos Países Baixos fornece cobertura através de várias seguradoras privadas em mercados competitivos regulamentados. O sistema tem uma característica: um mandato individual, benefícios básicos padronizados, um mercado de seguros bem regulamentado e esquemas de financiamento que tornam a cobertura acessível para famílias de baixa e média renda. Todos os residentes precisam obter esta cobertura básica, mas a maioria dos holandeses (90 por cento ou mais) compra também o seguro complementar que abrange alguns serviços que foram omitidos no pacote básico, como cuidados dentários para adultos. As seguradoras devem aceitar todos os candidatos durante um período anual de inscrição aberta. Os prêmios são avaliados pela comunidade e não podem variar por idade, sexo ou estado de saúde, e, ressaltado, os holandeses estão entre os povos mais longevos do planeta (LEU, 2009).

Os benefícios básicos nos Países Baixos cobertos pela Lei do Seguro de Saúde também são abrangentes; eles se concentram em serviços curativos e cuidados de longo prazo e selecionados. Os cuidados preventivos e os serviços pré-natais de alto risco são cobertos pela AWBZ, que também abrange cuidados de longo prazo (LEU, 2009).

A atenção prestada à população é organizada por regiões, com a presença de médicos de família, onde cada região possui articulação com outras instituições de saúde de forma integrada a fim de proporcionar a assistência preconizada pelo sistema (VILLA et al, 1999). A forma de assistência oferecida se equivale à forma oferecida no Brasil da Estratégia de saúde

da família, porém ao invés de agentes comunitários de saúde (ACS), eles utilizam os enfermeiros(as) de família e enfermeiros(as) maternos.

As enfermeiras obstétricas (midwives) atendem apenas nas suas áreas de abrangência estabelecida em 30 km. Dos partos realizados na Holanda, segundo VILLA et al (1999), aproximadamente 75% são realizados pelas midwives (60% em domicílio e 40% em hospital) e cerca de 25% são realizados por médicos obstetras em hospital. Esses partos, em sua maioria, são de escolha da mulher com relação a qual profissional ela deseja ter acompanhamento - médico obstetra ou enfermeiro obstetra - e o local em que prefere realizar a parturição - no domicílio ou no hospital -, assim como também podem optar ou não pelo uso de anestesia local para a realização da episiorrafia³ do tecido que se abriu naturalmente, sem uso da episiotomia⁴.

A mulher tem o direito ao pré-natal junto do acompanhante ou não, mensalmente; e também é acompanhada durante o puerpério, além da atenção a criança.

2.2.2 Modelo de atenção NOS Estados Unidos da América

De fato, não há no país um sistema de saúde pública, mas sim planos privados. Ou seja, o cidadão precisa fazer uma escolha dos seus respectivos seguros de saúde. O que surgiu, primeiramente, como atenção gerenciada, ao longo do tempo, foi se transformando em outros formatos de seguros privados de saúde, que, por sua vez, possuem distintas formas de oferecer atendimento. O sistema de saúde norte americano, contudo, passou por mudanças nos últimos anos.

Em março de 2010, foi promulgada a Patient Protection and Affordable Care Act - PPACA (Lei de Proteção e Cuidado Acessível ao Paciente) (O GLOBO, 2016), vulgarmente conhecida como “Obamacare”, em razão de ter sido uma proposta de governo do ex-presidente dos Estados Unidos, Barac Obama. O objetivo da lei era ampliar o acesso de cidadãos dos EUA à cobertura de saúde. Uma novidade, entre outras, do plano de Obama era a obrigatoriedade das empresas contratarem planos de saúde coletivos para seus funcionários. Em 2016, o Obamacare beneficiava 20 milhões de pessoas, e a expectativa era de chegar a 50 milhões em 2019, salvo mudanças na lei (O GLOBO, 2016). E foi justamente o que aconteceu com a vitória de Donald Trump nas últimas eleições presidenciais no país. Em 04 de maio de

³ Episiorrafia: sutura dos tecidos que se abriram naturalmente ou artificialmente para ampliar o canal do parto

⁴ Episiotomia: incisão efetuada na região do períneo para ampliar o canal de parto

2017, a Câmara de Representantes dos Estados Unidos aprovou o projeto de revogação da emblemática lei conhecida como Obamacare (VEJA, 2017).

Em 1991, Carneiro apontou o grande avanço tecnológico do país, que, em contrapartida, não recebe atenção ao atendimento preventivo por questões econômicas, o que reflete em diversos fatores dentro do âmbito da saúde.

Partindo do conceito de ética estudado por Garrafa et al. (1997), o Estados Unidos apresentam um modelo mais individualista de assistência a saúde, que vai de encontro com as políticas públicas que visam o bem-estar comum.

A assistência em saúde nos Estados Unidos ainda perpassa por pontos de conflitos de qualidade e custo (UGÁ, 2002). A atenção ao parto acontece por meio de obstetras durante todo o pré-natal até o parto, que varia de cesáreo ao vaginal. Os partos ocorrem, em sua maioria, dentro de hospitais e, dependendo da condição da mulher, se tiver um plano privado, ela tem a chance de fazer a escolha do médico. Contudo, se não possuir um seguro privado, o Governo oferece suporte com relação ao pré-natal e ao parto. A mulher pode realizar o pré-natal e o parto no hospital, mas não pode escolher seu médico, que será algum médico plantonista. Este médico, via de regra, também atende às pacientes com plano de saúde, eles têm seu tempo todo tomado. Então, para acelerar a assistência às mulheres sem seguro de saúde, dão preferência ao parto cesáreo. Já os seguros de saúde muitas vezes prezam mais o baixo custo do que a qualidade, por conveniência. Assim como no Brasil, há uma certa coerção pelo emprego da cesárea como forma de parir, por parte dos seguros, porque é um processo rápido, além disso, por parte dos médicos, é a opção que os remunera melhor. Dessa forma, há duas formas de assistência ao parto, a dos serviços privados e a do público. (PATAH, 2011)

2.2.3 Modelo de atenção no Reino Unido

O modelo de assistência no Reino Unido tem princípios iguais aos do Brasil com relação a universalidade, equidade e integralidade. O sistema é administrado pelo National Health Services England (NHS). Dentro desse modelo, há também a regionalização e o uso de unidades básicas como porta de entrada no sistema de saúde (TANAKA, 2007).

Em 2016, a NHS publicou um novo programa chamado “*Better Births*”, após ouvir sugestões das parturientes, de suas famílias, dos profissionais e das organizações/cooperativas. Foram formulados novos objetivos para reduzir pela metade a taxa de mortalidade materna, neonatal e de natimortos. Esse programa atenta para uma assistência

personalizada para cada mulher, bebê e família, dando atenção às suas necessidades, explicando e oferecendo as opções disponíveis para pré-natal, parto e puerpério. No caso da escolha ser o parto em domicílio ou em unidades obstétricas (midwifery units), oferecendo suporte. “Better Births” também preconiza que cada mulher tenha sua midwife, membro da equipe de midwives e obstetras da região. Ela acompanha todo o curso da gestação e está bem interada do histórico de vida da paciente, para que haja a continuidade do cuidado durante todo o processo, sempre contando com toda a equipe. Para alcançar os objetivos, foram desenvolvidos sistemas de gerenciamento a nível central e regional em apoio aos sistemas locais de maternidade, e aperfeiçoar o serviço prestado pelos profissionais (UK, 2016).

O sistema de saúde divulgou um guia com orientações, e pretende administrar o programa de forma que as esferas nacional e local trabalhem juntas para oferecer o melhor serviço de saúde, tanto no que diz respeito à parte clínica e de serviços, como à parte gestora, que é responsável pelo planejamento estratégico das ações promovidas, accountability (verificação de custo e efetividade), reuniões de avaliação frequentes e treinamento de pessoal. Dessa forma, cada região realiza um plano adequado às suas características, a fim de resolver os problemas e questões de sua área de abrangência, e promover a segurança da mãe e do bebê (UK, 2017).

2.3 DADOS ESTATÍSTICOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

2.3.1 Mortalidade materna

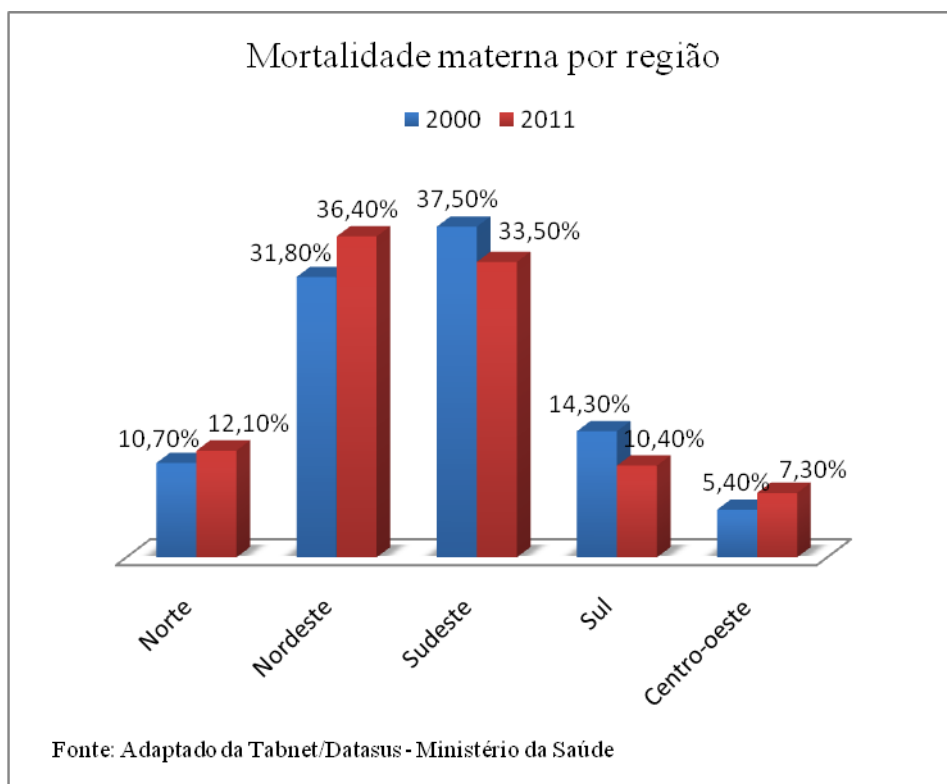
A Organização Mundial da Saúde (OMS) define morte materna como “a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais”.

Entre os dias 6 e 8 de setembro do ano 2000, em Nova Iorque, a Organização das Nações Unidas apresentou ao mundo a “Declaração do Milênio” (ONU, 2000), aprovada na Cimeira do Milênio. No documento, foram estabelecidas grandes metas a serem alcançadas por todas as nações do planeta. Destas, mais tarde, vieram os “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (ODM) (ONU, 2017). Entre estes, a diminuição da taxa de mortalidade materna em 75% entre os anos de 1990 a 2015, entretanto, segundo a OMS, ocorreu uma diminuição de apenas 43% no período. A média global de mortalidade materna em 2015 foi 21,6% por

100.000 nascidos. Vale ressaltar que a morbidade materna tem uma enorme importância nos dados, porém não fará parte desse estudo, uma vez que precisará de um maior aprofundamento.

No Brasil, em 1990, a mortalidade materna foi de 104 por 100.000 nascidos vivos. Em 2000, foram estimados 66 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos; e em 2015, a mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos estimada foi de 44 (OMS). Comparando os índices nos anos 2000 e 2011, a queda na mortalidade materna para 100.000 nascidos vivos foi de 34% (principalmente, em razão da ampliação da atenção básica no país). Segundo Ventura (2008), a mortalidade materna está associada a aspectos de saúde, éticos, jurídicos e sociais. Como vivemos num país em desenvolvimento, vale ressaltar que os sistemas informacionais de notificação e os comitês de investigação de mortalidade têm suas dificuldades, e com a profunda desigualdade social e regional, há acentuada disparidade entre os índices encontrados no território nacional. Destques para a taxa de mortalidade que cresceu na região Nordeste no período de 2000 a 2011, e para o alto índice de óbitos maternos ainda apresentado pela região Sudeste no mesmo período, apesar de ser a segunda região mais desenvolvida no país (ver gráfico 1).

Gráfico 1: mortalidade materna por região no Brasil



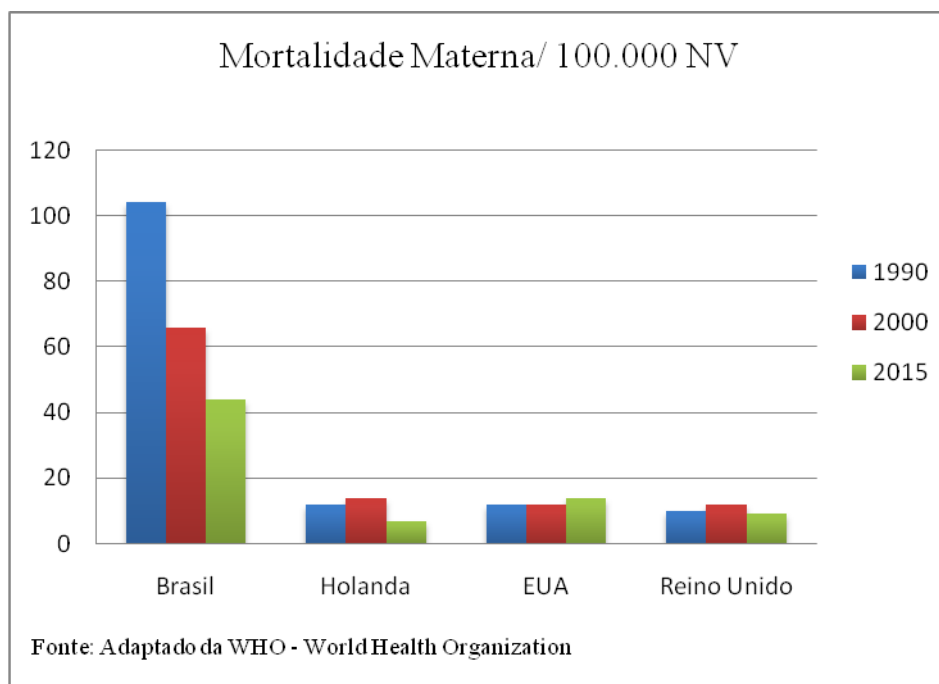
Na Holanda, a mortalidade materna foi de 12 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 1990; em 2000, aumentou, foram 14 óbitos por 100.000 nascidos vivos; em 2015, foram sete óbitos por 100.000 nascidos vivos (OMS). Esses dados mostram que a Holanda conseguiu diminuir os óbitos maternos em 50% comparando os dados de 2000 e 2015.

Nos Estados Unidos da América, a mortalidade materna em 1990 era de 12 por 100.000 nascidos vivos; em 2000, a razão permaneceu a mesma; em 2015, a taxa foi de 14 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Então, comparando 2000 e 2015, houve um aumento da mortalidade materna em aproximadamente 14,3%.

No Reino Unido, em 1990, a taxa de mortalidade materna foi de 10 óbitos por 100.000 nascidos vivos; no ano de 2000, essa foi para 12 por 100.000 nascidos vivos. Já em 2015, a proporção foi de nove mortes por 100.000 nascidos vivos. Logo, representou uma diminuição de aproximadamente 25%.

Em termos percentuais, obtivemos resultados bem melhores do que os Estados Unidos e Reino Unido; em números absolutos, estamos muito aquém das taxas dos três países usados na comparação. Os percentuais alcançados nos países analisados neste estudo são apresentados no gráfico 2.

Gráfico 2: mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos



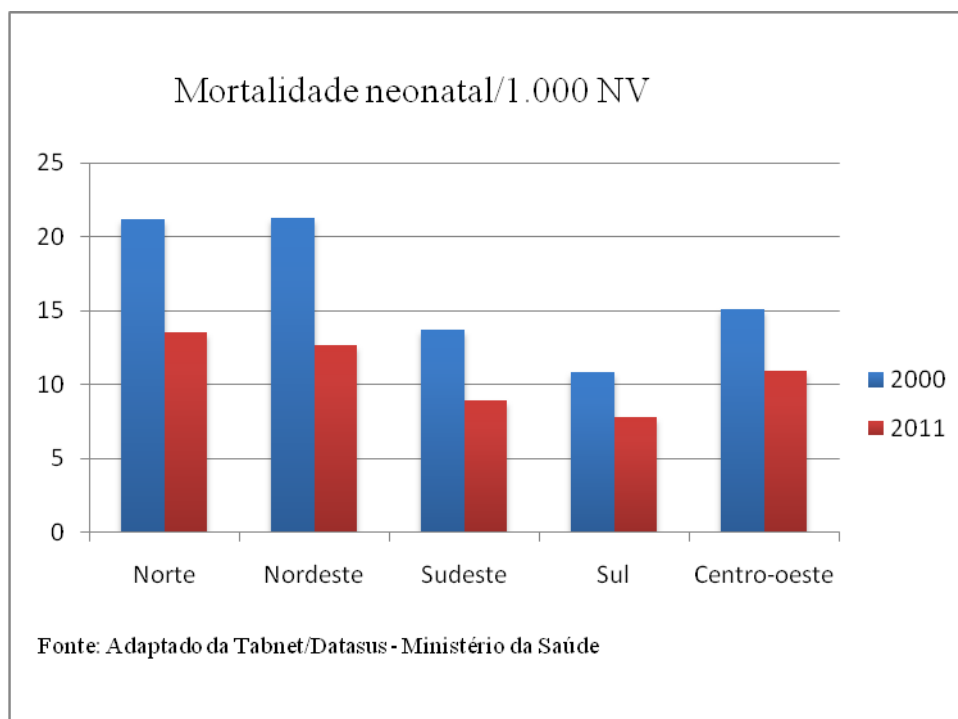
2.3.2 Mortalidade neonatal

A 4ª meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, compromisso dos governos integrantes das Nações Unidas de melhorar a saúde infantil e reduzir em 2/3 a mortalidade infantil entre 1990. E, no Brasil, a mortalidade neonatal é o principal componente da mortalidade infantil (LANSKY, 2014). Segundo a OMS, óbito neonatal é aquele que ocorre entre o nascimento e os 28 dias de idade.

No Brasil, a mortalidade neonatal em 2000 era de 17,1 por 1.000 nascidos vivos; em 2012, foram 9,4 mortes por 1.000 nascidos vivos; em 2016, foram 7,8 por 1.000 nascidos vivos. Ocorreu uma queda de aproximadamente 45,6% entre 2000 e 2016. Os índices por região também sofreram acentuado decréscimo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste (ver gráfico 3).

Nos Países Baixos, o número de óbitos neonatais em 2000 foi 3,8 por 1.000 nascidos vivos; em 2012, foram 2,9 por 1.000 nascidos vivos; já em 2016, essa proporção passou a 2,5 por 1.000 nascidos vivos. Houve uma redução de aproximadamente 35% entre 2000 e 2016.

Gráfico 3: mortalidade neonatal por região no Brasil

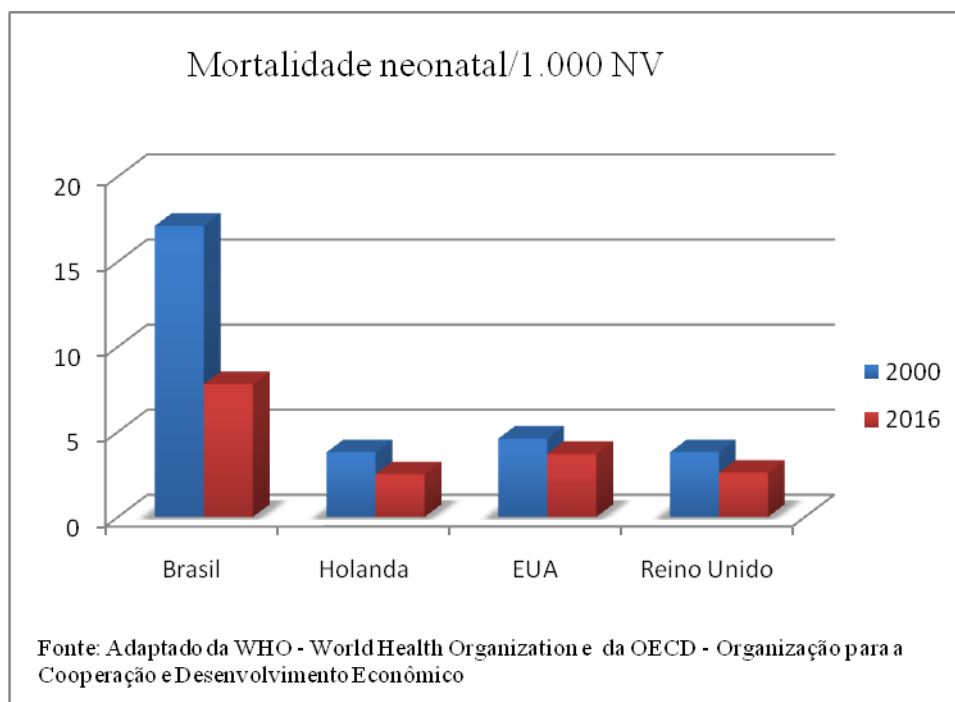


Nos Estados Unidos, a mortalidade neonatal em 2000 foi de 4,6 por 1.000 nascidos vivos; no ano de 2012, passaram a ser 3 óbitos por 1.000 nascidos vivos, e em 2016, foram 3,7 por 1.000 nascidos vivos. Considerando o período, houve queda na mortalidade neonatal em aproximadamente 20%.

No Reino Unido, os óbitos neonatais em 2000 foram 3,8 por 1000 nascidos vivos; registraram 2,1 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2012; e, em 2016, foram 2,6 óbitos neonatais por 1.000 nascidos vivos. Ou seja, ocorreu uma diminuição de aproximadamente 32% entre 2000 e 2016.

Mais uma vez, em termos percentuais, o Brasil supera Estados Unidos, Reino Unido e Holanda na redução das mortes neonatais. Contudo, os números de óbitos neonatais nestes três países são sensivelmente menores. Os percentuais alcançados nos quatro países analisados são apresentados no gráfico 4.

Gráfico 4: mortalidade neonatal em 1.000 nascidos vivos



2.3.3 Cesarianas realizadas

De acordo com a OMS (2015), o procedimento da cesariana deve ser utilizado apenas quando for necessário para salvar a vida da mãe ou do bebê, isto é, quando houver indicação clínica. Em consonância, a taxa de cesárea deve estar abaixo de 10%, caso contrário, não estará associada à redução da mortalidade materna e neonatal, uma vez que cesarianas eletivas estão associadas a complicações, sequelas e morte materna e neonatal. Segundo a ANS (2015), a cesariana aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe, e que cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados à prematuridade.

De acordo com SINASC/DATASUS, no Brasil, a taxa de cesárea foi de 38% no ano 2000; em 2009, pela primeira vez, a proporção de cesarianas superou a proporção de partos normais no país, alcançando o valor de 52% em 2010 (DATASUS *apud* DOMINGUES et al, 2014); a taxa chegou de 55,6% dos partos em 2012, sendo 40% realizados no SUS e 84,6% na rede privada de saúde (LANSKY, 2014); em 2015, foi de aproximadamente 55,5% (fonte: Tabnet/DATASUS). Mudanças radicais neste quadro para breve não são esperadas. Domingues et al.(2014) concluíram, num estudo de um corte de base hospitalar nacional com 23.940 puérperas⁵, entre 2011 e 2012, que a preferência inicial pela cesariana foi de 27,6%, variando de 15,4% (primíparas⁶ no setor público) a 73,2% (multíparas⁷ com cesariana anterior no setor privado). Mulheres do setor privado apresentaram 87,5% de cesariana, com aumento da decisão pelo parto cesáreo no final da gestação, independentemente do diagnóstico de complicações. O medo da dor no parto vaginal é a alegação de muitas das mulheres que escolhem fazer cesariana; ainda, 32,3% das múltiparas optaram pela cesariana para a realização de laqueadura.

Na Holanda, segundo dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD), a quantidade de cesarianas realizadas em 2000 foi de 11,8 por 100 nascidos vivos e em 2012 foi de 15,8 por 100 nascidos vivos.

Nos Estados Unidos, de acordo com o Center for Disease Control and Prevention (CDC), no ano 2000, a incidência de cesarianas foi de 23 por 100 nascidos vivos, no ano de 2015 a quantidade realizada foi de 32 por 100 nascidos vivos.

No Reino Unido, segundo a OECD, a incidência de parto cesáreo em 2000 foi de 19,6 por 100 nascidos vivos e em 2015 foi de 26,2 por 100 nascidos vivos.

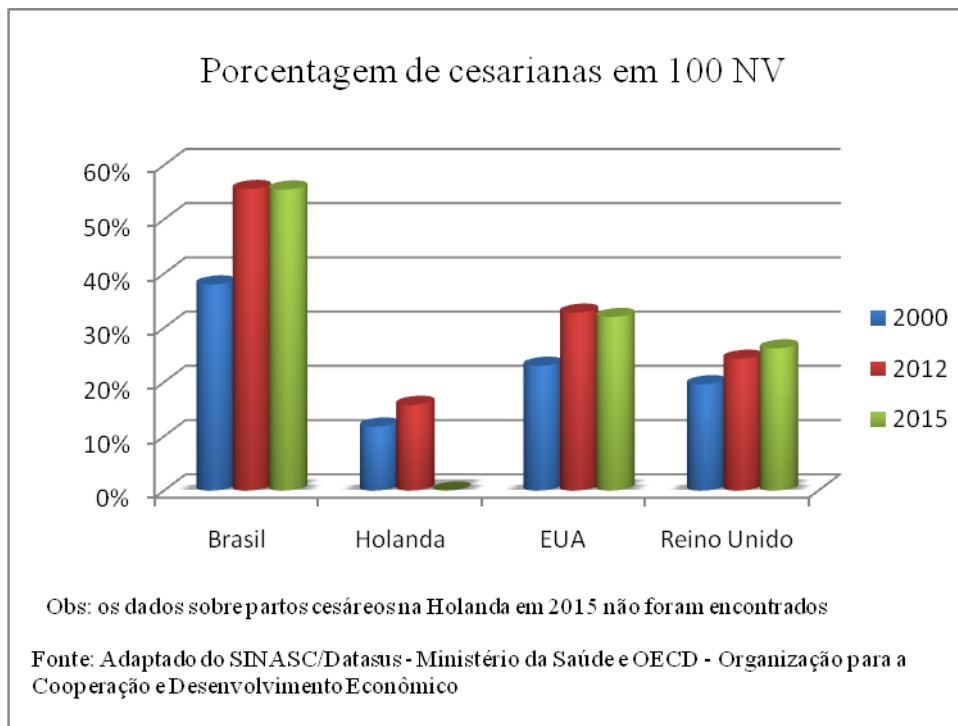
⁵ Puérpera: mulher que deu à luz a bem pouco tempo, parturiente

⁶ Primípara: mulher gestando pela primeira vez

⁷ Múltipara: mulher gestando pela segunda ou mais vezes

Já há alguns anos o Brasil lidera o ranking mundial dos países que mais realizam partos cesáreos, mas nem mesmo Estados Unidos e Reino Unido conseguem cumprir a meta recomendada pela OMS. A Holanda é a que mais se aproxima da percentagem ideal (ver gráfico 5)

Grafico 5: porcentagem de cesarianas por 100 nascidos vivos



2.3.4 Modelo de assistência

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o objetivo da assistência ao parto é manter mulheres e recém-nascidos saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir a segurança de ambos (PATAH, MALIK, 2005). Não apenas no Brasil, bem como na maioria dos países mais desenvolvidos e em desenvolvimento, parece existir um consenso filosófico de que é preciso dar atenção especial à mulher desde o planejamento familiar, durante a gestação, o parto até o puerpério. A humanização do parto e da atenção à saúde da mulher em geral vem sendo discutida e construída no país com apoio de profissionais de saúde, parteiras, doulas, gestantes, acadêmicos, gestores, formuladores de políticas públicas, entre muitos outros. O modelo brasileiro, com as leis aprovadas e os programas ora em curso – humanização do parto, rede cegonha, parto adequado etc -, atende em teoria ao pensamento humanista vigente. Em teoria.

Diferentes países exibem características peculiares quanto à forma de organização da assistência à saúde, relacionadas às prioridades em saúde pública, ao modelo político estabelecido e ao grau de intervenção e participação do Estado nos diversos níveis de

assistência. Diferenças nas condições sociais, educacionais e econômicas da sociedade também são relevantes (PATAH, MALIK, 2005).

Na prática, D'Orsi (2005) classifica os modelos de atenção, ou seja, os tipos de assistência ao parto prestados à mulher gestante como podendo ser, (a) um modelo extremamente medicamentoso e sem participação da gestante, como nos Estados Unidos e o que ainda é muito comum no Brasil, apesar das iniciativas de mudança; (b) um modelo com menos uso de medicamentos e com mais participação da gestante, o caso da Holanda; e por último, (c) um modelo no qual há uma utilização média de medicamentos e participação da gestante, como o do Reino Unido.

3 CONCLUSÕES

A partir dos dados estatísticos apresentados, observa-se uma tendência na diminuição da mortalidade materna, exceto pelo pequeno aumento na taxa nos EUA, talvez não significativo. Observa-se também a diminuição da mortalidade neonatal e no aumento no número de partos cesáreos nos quatro países.

No Brasil, ocorrem mais mortes maternas e neonatais nas regiões com maior densidade demográfica (IBGE, 2015). Mesmo sendo um país menos desenvolvido do que os demais, vem reduzindo sensivelmente as taxas de mortalidade materna e neonatal. Com certeza, chegaria a resultados mais satisfatórios se diminuíssem as cesarianas e realizassem as práticas recomendadas durante toda a atenção, de acordo com os autores consultados neste estudo. Mas é preciso fazer um grande esforço para o país se encaixar nas baixas taxas de mortalidades dos outros sistemas de saúde aqui apresentados.

No que diz respeito à proteção à maternidade e à infância, o fato do Brasil apresentar ainda hoje altos índices de mortalidade materna, neonatal e infantil, implica que art. 6º da Constituição está sendo infringido.

O Brasil encontra-se num patamar diferente de Holanda, Estados Unidos e Reino Unido em índice de desenvolvimento humano (IDH), enquanto somos classificados como de “alto desenvolvimento humano”, os outros são considerados como de “muito alto desenvolvimento humano” (BRASIL, 2015). Isto se reflete nos índices avaliados neste estudo. Contudo, sob o aspecto ideológico da assistência à saúde da mulher, Brasil, Holanda e Reino Unido se encontram praticamente no mesmo nível. O que não significa que se equiparam na forma de atuar, nos recursos financeiros públicos e privados que dispõem, na estrutura física oferecida, na qualificação dos profissionais, na gestão médica e administrativa dos programas de assistência ao parto e no *feedback* gerado pelos indicadores coletados no processo.

Para se equiparar aos resultados alcançados pela Holanda e Reino Unido, o Brasil precisa ultrapassar barreiras como as grandes diferenças sociais, a má distribuição das riquezas, a educação pública de baixa qualidade, os poucos recursos destinados e/ou mal geridos para a saúde pública, os conflitos ético-religiosos, além de priorizar educação e saúde públicas nos orçamentos federal, estaduais e municipais e regular as práticas de atenção que são medicocentradas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 398, de 05 de fevereiro de 2016**. Planos de saúde e sua rede hospitalar devem credenciar enfermeiros obstétricos e obstetrizas, e a distribuir orientação às gestantes. 2016a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE5Mw==>>. Acesso em: 16 set 2017.

_____. **Resolução Normativa nº 409, de 22 de julho de 2016**. Altera a RN nº 398/2016 acrescentando um anexo. 2016b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzI4NA==>>. Acesso em: 16 set 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Sociedade Beneficente Hospital Israelita Albert Einstein. Institute for Healthcare Improvement. **Campanha “Não ao parto agendado”**. 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/partonormal/campanha_parto_adequado_ferriados.pdf>. Acesso em: 16 set 2017.

_____. **Projeto Parto Adequado**. Fase I. Web site da ANS. 2016a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>>. Acesso em: 16 set 2017.

_____. **Nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde**. Cartilha Projeto Parto Adequado fase I. 48p. 2016b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>>. Acesso em: 16 set 2017.

_____. **Projeto Parto Adequado**. Fase II. Notícia no site da ANS. 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>>. Acesso em: 16 set 2017.

ALMEIDA, Nilza Alves Marques de et al. **A humanização no cuidado à parturição**. Rev Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 03, p. 355-359, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/revisao_02.htm>. Acesso em: 22 ago 2016.

BITTENCOURT, Sonia de Azevedo et al. **Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento**. Cad. saúde pública, v. 30, n. supl. 1, p. S208-S219, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0208.pdf>>. Acesso em: 14 set 2017

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-actualizada-pl.pdf>>. Acesso em: 14 set 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Programa de humanização no pré-natal e nascimento no âmbito do SUS. 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 14 set 2017.

_____. **Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher.** 2001. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf >. Acesso em: 14 set 2017.

_____. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento.** Cartilha divulgando conceitos e procedimentos. 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> >. Acesso em 14 set 2017.

_____. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização.** Documento para Discussão. Versão Preliminar. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF. 2003. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>>. Acesso em: 13 set 2017.

_____. **Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada.** Manual Técnico. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 04 dez 2017.

_____. **Objetivos de desenvolvimento do milênio.** Relatório nacional de acompanhamento. 2010a. Disponível em: <file:///C:/Users/Outros/Downloads/4o_relatorio_acompanhamento_odm.pdf>. Acesso em: 13 set 2017.

_____. **Cadernos HumanizaSUS: Formação e intervenção.** Ministério da Saúde, Brasília – DF. Vol 1. 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 13 set 2017.

_____. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do SUS - a Rede Cegonha. 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 14 set 2017.

_____. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** 2011b. Disponível em: < [file:///C:/Users/Outros/Downloads/manual-pratico-rede-cegonha-\[444-090312-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/Outros/Downloads/manual-pratico-rede-cegonha-[444-090312-SES-MT].pdf) >. Acesso em: 14 set 2017.

_____. **Rede Cegonha.** Apresentação do Dep. de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (SASMS). 2012. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/downloads/Cursos/Rede-Materno-Infantil-06-03.pdf>>. Acesso em: 14 set 2017.

_____. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015.** Redefiniu as diretrizes da Rede Cegonha, e dispôs sobre incentivos financeiros. 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html>. Acesso em 16 set 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Planejamento familiar. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm>. Acesso em: 14 set 2017.

_____. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. 1998. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm>. Acesso em: 14 set 2017.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988. Disponível em:
<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1?concurso=CFS%20%202018>. Acesso em: 14 set 2017.

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - UNDP. **Ranking IDH Global 2014.** Web site do UNDP. 2015. Disponível em:
<<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home.html>>. Acesso em: 06 dez 2017.

CARNEIRO, Fernando Gonçalves. **Saúde nos EUA.** Revista Conjuntura Econômica, v. 45, n. 11, p. 86-87. 1991. Disponível em: <file:///C:/Users/Outros/Downloads/55215-114707-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 28 nov 2017.

D'ORSI, Eleonora et al. **Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro.** Rev Saúde Pública 2005; 39(4):646-54. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25539.pdf>>. Acesso em 14 set 2017.

DOMINGUES, Rosa M. S. Madeira et al. **Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S101-S116, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>>. Acesso em 04 dez 2017.

DUTRA, Ivete Lourdes. **Parto natural, normal e humanizado: a polissemia dos termos e seus efeitos sobre a atenção ao parto.** 2005. 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem. Porto Alegre, 2005. Disponível em:
<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6067/000524538.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 31 mai 2017.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Débora. **Saúde pública, bioética e equidade.** Revista Bioética, Brasília, v. 5, n. 1, p. 27-35, 1997. Disponível em:
<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462>. Acesso em: 28 nov 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil em síntese: densidade demográfica.** Web site do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. 2010. Disponível em:
<<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/territorio/densidade-demografica.html>>. Acesso em: 04 dez 2017.

LANSKY, Sonia et al. **Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/profile/Sonia_Lansky/publication/267755832_Birth_in_Brazil_survey_neonatal_mortality_pregnancy_and_childbirth_quality_of_care/links/54844bed0cf25dbd59eb141a.pdf>. Acesso em: 20 out 2016.

LEU, Robert E. et al. **The swiss and dutch health insurance systems: universal coverage and regulated competitive insurance markets.** The Commonwealth Fund Web site. 29p. 2009. Disponível em:
 <https://www.researchgate.net/profile/Werner_Brouwer/publication/252859809_The_Swiss_and_Dutch_Health_Insurance_Systems_Universal_Coverage_and_Regulated_Competitive_Insurance_Markets_The_Commonwealth_Fund/links/00b4953b2b47c0c6a5000000.pdf>.
 Acesso em: 21 nov 2017.

Organização das Nações Unidas. **Declaração do Milênio.** Fórum do Milênio, 6-8 set, 2000. Disponível em: <<https://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>> Acesso em: 06 dez 2017.

_____. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM.** Web site da Organização das Nações Unidas no Brasil - ONUBR, Disponível em:
 <<https://nacoesunidas.org/tema/odm/>>. Acesso em: 03 dez 2017.

O GLOBO. **Cinco pontos para entender o que é o Obamacare.** Matéria jornalística no Web site do Jornal O Globo. 2016. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/mundo/cinco-pontos-para-entender-que-o-obamacare-20792460>>. Acesso em: 05 dez 2017.

PATAH, Luciano E. Maluf; MALIK, Ana Maria. **Modelss of childbirth care and cesarean rates in different countries.** Rev Saúde Pública 2011;45(1). Disponível em:
 <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/en_1759.pdf>. Acesso em: 04 out 2016.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. A primeira operação cesariana em parturiente viva. pp. 171-172. Disponível em:
 <<http://books.scielo.org/search/?lang=pt&index=tw&where=BOOK&q=%C3%80+sombra+do&filter%5Bpublisher%5D%5B%5D=>>>. Acesso em: 19 ago 2016.

ROSENBERG Karen R.; TREVATHAN, Wenda R.. **A evolução do nascimento humano.** Extraído de Scientific American Brasil por Labs.ICB da UFMG. Novembro 2001. Disponível em: <<http://labs.icb.ufmg.br/lbem/aulas/grad/evol/humevol/evol-nasc-humano.html>>. Acesso em: 26 ago 2017.

_____. **Birth, obstetrics and human evolution.** International Journal of Obstetrics and Gynaecology. Novembro 2001, Vol. 109, pp. 1199-1206. Disponível em: <<http://sci-hub.bz/10.1046/j.1471-0528.2002.00010.x>>. Acesso em: 03 dez 2017.

SAYD, Jane Dutra. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** PINHEIRO, R.; MATTOS, R.(org.). Resenha e crítica literária. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 12(1):179-203,2002. Rio de Janeiro: 2001. Disponível em:
 <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n1/a14.pdf>>. Acesso em: 16 jun 2017.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. **Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS.** Saúde e Sociedade v.16, n.1, p.7-17, jan-abr 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/02.pdf>>. Acesso em: 03 dez 2017.

UFMA /UMA-SUS. **Redes de Atenção à Saúde: a Rede Cegonha**. Universidade Federal do Maranhão. São Luís-MA. 2015. 43 p. Disponível em: <<http://www.multiresidencia.com.br/site/assets/uploads/kcfinder/files/REDE%20CEGONHA.pdf>>. Acesso em: 14 set 2017.

UGÁ, Maria Alicia D et al. **A regulação da atenção à saúde nos EUA**. In. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação e Saúde: Estrutura, Evolução e Perspectivas de Assistência Médica Suplementar. Rio de Janeiro, Brasil. Ministério da Saúde, 2002. p.245-62, tab. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/?lang=pt&q=au:%22Pinto,%20Marcia%20T.%20F%22>>. Acesso em: 21 nov 2017.

UK. **Better Births - Improving outcomes of maternity services in England - A Five Year Forward View for maternity care**. 124p. 2016. Disponível em: <<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/national-maternity-review-report.pdf>>. Acesso em: 01 dez 2017

_____. **Implementing Better Births: a resource pack for Local Maternity Systems**. 59p. 2017. Disponível em: < <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/03/nhs-guidance-maternity-services-v1-print.pdf>>. Acesso em: 01 dez 2017

VEJA. Estados Unidos: **Câmara aprova fim do Obamacare**. Web site da Revista Veja. 04 mai 2017. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/mundo/estados-unidos-camara-aprova-fim-do-obamacare/#>>. Acesso em: 05 dez 2017.

VENTURA, Miriam. **A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina**. Rev Bioética, 16(2):217-28, 2008. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/69/72>. Acesso em: 04 dez 2017.

VILLA, Teresa C. Scatena et al. **A enfermagem no sistema local de saúde na Holanda**. Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto - v. 7 - n. 5 - p. 127-135 – dez. 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13513.pdf>>. Acesso em: 05 dez 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde –Definição de morte materna**. Web site do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português – CBCD. 10ª Revisão. CBCD Vol I, São Paulo. 1995.

_____. **Maternal and reproductive health**. Web site do Global Health Observatory (GHO) data. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/gho/maternal_health/en/#>. Acesso em: 03 dez 2017.