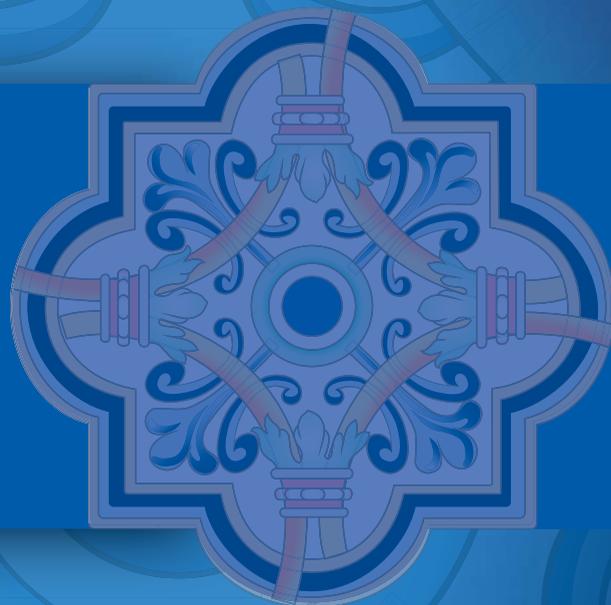


MINISTÉRIO DA SAÚDE

# SAÚDE BRASIL 2011

Uma análise da situação de saúde e a  
vigilância da saúde da mulher



Brasília – DF  
2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE

## **Saúde Brasil 2011**

Uma análise da situação de saúde e a  
vigilância da saúde da mulher



Brasília – DF  
2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde

**Saúde Brasil 2011**  
Uma análise da situação de saúde e a  
vigilância da saúde da mulher



Brasília – DF  
2012

© 2012 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://www.saude.gov.br/editora>>.

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 3.500 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde  
Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica  
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G, 1º andar, sala 134  
CEP: 70058-900 – Brasília/DF  
Site: <<http://www.saude.gov.br/svs>>  
E-mail: [svs@saude.gov.br](mailto:svs@saude.gov.br)

*Editor-Geral:*

Jarbas Barbosa da Silva Jr – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)

*Editora-Executiva:*

Deborah Carvalho Malta – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)

*Editores associados:*

Juan José Cortez-Escalante – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)  
Elisabeth Carmen Duarte – Universidade de Brasília (UnB) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Brasil  
Leila Posenato Garcia – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)

*Revisores e pareceristas:*

Leila Posenato Garcia – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)  
Elisabeth Carmen Duarte – Universidade de Brasília (UnB) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Brasil  
Otaliba Libânio de Moraes Neto – Universidade Federal de Goiás (UFG)  
Juan José Cortez-Escalante – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)  
Vilma Sousa Santana – Universidade Federal da Bahia (UFBA)  
Paulo Germano de Frias – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)  
Sonia Lansky – Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)

*Normalização:*

Ana Flávia Lucas de Faria Kama

*Supervisão da produção editorial:*

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço (CGDEP/SVS)

*Apoio institucional:*

Universidade de Brasília (UnB) – Núcleo de Medicina Tropical – Brasília/DF (Brasil)  
Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Brasil

*Editora MS*

Coordenação de Gestão Editorial  
SIA, Trecho 4, lotes 540/610  
CEP: 71200-040 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794  
Fax: (61) 3233-9558  
Site: <<http://www.saude.gov.br/editora>>  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Equipe editorial:*

Normalização: Amanda Soares  
Delano de Aquino Silva  
Revisão: Eveline de Assis  
Khamila Silva  
Mara Pamplona  
Marcia Medrado Abrantes  
Paulo Henrique de Castro  
Silene Lopes Gil  
Capa, projeto gráfico e diagramação: Alisson Albuquerque  
Kátia Oliveira  
Marcelo Rodrigues  
Supervisão técnica: Débora Flaeschen

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.  
Saúde Brasil 2011 : uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.  
444 p. : il.

ISBN 978-85-334-1962-9

1. Saúde pública. 2. SUS (BR). 3. Indicadores de saúde. I. Título.

CDU 614(81)

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2012/0385

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Health Brazil 2011: an analysis of the health situation and the surveillance of the woman's health  
Em espanhol: Salud Brasil 2011: un análisis de la situación de salud y la vigilancia de la salud de la mujer

# Sumário

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>07</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>09</b>
<b>PARTE I – ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE</b>	<b>11</b>
1 Como nascem os brasileiros: características epidemiológicas e sociodemográficas dos nascimentos no Brasil de 2000 a 2010	13
2 Prevalências de fatores de risco e protetores para doenças crônicas na população adulta brasileira em 2011	29
3 Análise da situação das doenças transmissíveis no Brasil no período de 2000 a 2010	47
4 Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010 e tendências de 1991 a 2010	93
5 Como morrem os brasileiros: tendências e desigualdades nas regiões, unidades federadas e nas categorias de raça-cor nos anos de 2000 a 2010	105
6 Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010	163
7 Mortalidade do adulto no Brasil: taxas de mortalidade segundo sexo, causas e regiões, 2010	183
8 Mortalidade entre idosos no Brasil: tendências em 20 anos (1991 a 2010)	209
9 Morbidade por acidentes e violências no Brasil: tendência das hospitalizações no período de 2002 a 2011	227
10 Mortalidade por acidentes e violências no Brasil: situação em 2010 e tendências de 2001 a 2010	249
<b>PARTE II – VIGILÂNCIA DA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL</b>	<b>279</b>
11 Caracterização da população de mulheres no Brasil: resultados do Censo Demográfico 2010	281
12 Mortalidade feminina no Brasil: evolução no período de 2000 a 2010	303
13 Violência contra mulheres adultas no Brasil: análise das notificações do Sistema de Vigilância de Violências em 2010	327
14 Mortalidade materna no Brasil: principais causas de morte e tendências temporais no período de 1990 a 2010	345
15 Mortalidade materna no Brasil: avanços da vigilância no período de 2009 a 2011	359

16 As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas	371
<b>PARTE III – QUALIDADE DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE</b>	<b>399</b>
17 Monitoramento de indicadores de qualidade dos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc), nos anos 2000, 2005 e 2010	401
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>419</b>
Saúde Brasil 2011: uma análise para informar a decisão em saúde	421
<b>NOTA METODOLÓGICA</b>	<b>429</b>
Metodologias empregadas para as correções das taxas de mortalidade	431
<b>EQUIPE TÉCNICA</b>	<b>437</b>

# 16

As cesarianas no Brasil:  
situação no ano de 2010,  
tendências e perspectivas

---

## Sumário

Resumo	373
Introdução	373
Métodos	375
Resultados	378
Discussão	386
Referências	391
Apêndice	394

## Resumo

**Introdução:** No Brasil, ocorrem cerca de 3 milhões de nascimentos ao ano, sendo grande parte deles por meio de cesarianas. Entender como se distribui esse procedimento no País é relevante para a reflexão sobre o papel das políticas públicas nesse contexto.

**Objetivos:** a) Descrever: magnitude e tendência da taxa de cesáreas\* no País; morbimortalidade materna e neonatal associada a tipo de parto; e características dos hospitais; b) analisar o preenchimento das variáveis da nova versão da Declaração de Nascido Vivo (DNV) que permitirão monitoramento das indicações de cesárea; c) descrever as respostas institucionais para o enfrentamento do problema.

**Métodos:** Estudo descritivo de série histórica da taxa de cesarianas, no País e macrorregiões, segundo características sociodemográficas, morbimortalidade e tipo de provedor, com fonte em bancos de dados oficiais. Analisou-se a completitude de variáveis da versão da DNV de 2010 para monitoramento das indicações de cirurgia. Foram pesquisados documentos oficiais, visando identificar iniciativas para qualificar a atenção a partos e nascimentos e reduzir cesarianas desnecessárias.

**Resultados:** A taxa de cesarianas foi de 32%, em 1994, e de 52%, em 2010, sendo menor no Norte e Nordeste. Mulheres submetidas a cesáreas tiveram 3,5 vezes mais probabilidade de morrer (entre 1992–2010) e 5 vezes mais de ter infecção puerperal (entre 2000–2011) que as de parto normal. No período, a proporção de prematuros se elevou, mais nas cesáreas (7,8%, sendo 6,4% nos partos normais em 2010). Em 2010, hospitais não públicos apresentaram taxas maiores (63,6%) e maior aumento no período de 2006 a 2010 (14,0%); para os públicos, as taxas foram de 47,8% (federais), de 39,6% (estaduais) e de 34,0% (municipais).

**Conclusão:** A cesariana é frequente e sua proporção ascende no País, sendo muito elevada no setor de Saúde Suplementar. Para reverter essa tendência, serão necessárias várias medidas, incluindo a qualificação da informação para monitorar a efetividade das medidas propostas.

**Palavras-chave:** Cesárea. Mortalidade materna. Nascimento prematuro. Epidemiologia. Políticas públicas.

## Introdução

O modelo de atenção a partos e nascimentos no Brasil, até meados do século XX, foi pautado por uma atenção domiciliar, prestada majoritariamente por obstetrias e parteiras. Progianni<sup>1</sup>, analisando a história do processo de hospitalização do parto no Rio de Janeiro, entre 1920 e 1960, identificou quatro formas de organização da assistência: o Serviço Obstétrico Domiciliar (SOD) do modelo sanitarista; a proposta filantrópica das

\* Para efeito deste artigo, será adotada a denominação “taxa de cesáreas” ou “taxa de cesarianas”, sendo a denominação efetiva do indicador “proporção de cesarianas (Ripsa)”, uma vez que não se trata de uma taxa verdadeira, no sentido epidemiológico, de eventos com denominador composto de pessoas-tempo.

damas da sociedade; a assistência hospitalar individualizada; e a proposta de assistência obstétrica integrada, que consistia de uma rede, espalhada nos diversos bairros da cidade, de consultórios de pré-natal acoplados a consultórios de higiene infantil, ambos articulados com uma maternidade e com um SOD.

A partir dos anos 1960, intensificou-se o processo de medicalização do parto e sua hospitalização, sendo aos poucos incorporadas cada vez mais metodologias diagnósticas e intervenções. Dados de 1970, de alguns hospitais vinculados ao Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social (Inamps), identificaram taxas médias de cesárea de 14,6%, ascendendo a 32,0% em 1980 nesses mesmos hospitais<sup>2-4</sup>, com grande diversidade entre eles. A partir de então, a proporção de nascimentos pela via cirúrgica continuou em ascensão, alcançando taxas nacionais de 38% em 2000 e 52% em 2010, segundo o Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Saliente-se que esse processo de intensificação de intervenções e do uso de aparatos tecnológicos na assistência ao parto ocorreu em diversos países e já no final da década de 1980 era objeto de preocupação de pesquisadores<sup>5</sup>, originando propostas de consenso para sua redução, como a do Canadá<sup>6</sup>.

Segundo Villar et al.<sup>7</sup>, muitos fatores têm contribuído para essa ascensão, incluindo técnicas cirúrgicas e anestésicas mais aprimoradas, redução do risco de complicações pós-operatórias, fatores demográficos e nutricionais, a percepção dos provedores de cuidado e de pacientes de que o procedimento é seguro, a prática profissional defensiva, mudanças nos sistemas de saúde e a cesárea a pedido da mulher. Como possíveis explicações para esse crescimento no Brasil, Faundes e Cecatti<sup>2</sup> descreveram fatores associados à mulher (medo da dor, busca da integridade vaginal e crenças de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea), organização da atenção obstétrica (conveniência e segurança do médico) e fatores institucionais e legais, como o pagamento mais elevado para a cesárea por parte do Inamps, e durante certo período, a esterilização cirúrgica durante o procedimento operatório da cesárea.

Como ilustração desse último item, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS)<sup>8</sup> de 1996 identificou que a esterilização era o método contraceptivo mais adotado pelas mulheres (27%), sendo que nesse ano cerca de 50% das mulheres entre 35 e 45 anos estavam esterilizadas; e na PNDS de 2006<sup>9</sup> essa taxa caiu para 22% de todas as mulheres e cerca de 40% na faixa etária citada, sem discriminação da proporção de esterilizações que ocorreram por ocasião da cesárea. Outro fator importante como explicação para o aumento das cesáreas, como lembra Diniz<sup>10</sup>, é a experiência traumática das mulheres com o parto normal, com intervenções agressivas e desnecessárias, além da violência relacional, como tem sido descrito em pesquisas e pelos movimentos sociais.

Já em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizava taxas de cesárea populacionais entre 5% e 15%<sup>11</sup>, proporção essa reiterada em estudo mais recente<sup>12</sup>; entretanto no mundo inteiro, essas taxas estão subindo. Muitos fatores contribuem para esse aumento incluindo: melhor acesso aos sistemas de saúde, maior disponibilidade de tecnologias, melhoria das técnicas cirúrgicas e anestésicas, as “preferências” dos prove-

dores de cuidados e de pacientes de uma “abordagem tecnocrática” e as percepções sobre a segurança de certos procedimentos.

Embora a cesariana seja um procedimento para salvar vidas quando corretamente indicada, recentes pesquisas têm mostrado que a associação entre as taxas de cesariana e de mortalidade neonatal e materna é diversa entre os países<sup>13</sup>. Enquanto que em países de baixa renda e baixíssimas taxas de cesárea a redução da morbidade e mortalidade neonatal e materna se relaciona com o aumento do acesso e da disponibilidade de cesarianas<sup>14</sup>, em países de média e alta renda não há mudanças significativas nas taxas de mortalidade. Ao contrário, observa-se que altas taxas de cesárea eletiva, cesarianas realizadas fora de situação de emergência e cesarianas por indicação outra que não médica estão associadas com piores resultados perinatais<sup>7,15</sup>. Seu uso indiscriminado envolve riscos adicionais desnecessários tanto para a mãe como a criança, e custos adicionais para o sistema de saúde.

Nesses países, além de aumento da mortalidade, as cesarianas em excesso estão associadas com maior necessidade de tratamento pós-natal com antibióticos, mais transfusões de sangue, menor frequência e duração da amamentação, e as mulheres necessitam de maior tempo de permanência hospitalar após o parto; também podem comprometer a sobrevivência neonatal, devido ao aumento da ocorrência de baixo peso ao nascer e “prematuridade iatrogênica” (bebê nascido prematuramente como resultado de cesárea eletiva) e, portanto, exigem maior tempo de internação, uso de materiais cirúrgicos, unidade de terapia intensiva neonatal e mais pessoal capacitado, adicionando custos aos orçamentos da saúde<sup>7,16</sup>. Também foram relatadas alterações à saúde em longo prazo, como diabetes, hipertensão, obesidade e alterações epigenéticas com impacto transgeracional<sup>17</sup>, com consequências para a vida pessoal e familiar, que irão onerar a sociedade e o sistema de saúde.

No Brasil, ocorrem cerca de 3 milhões de nascimentos ao ano. À medida que hoje em dia se reconhece essa associação do excesso de cesáreas com aumento na morbimortalidade materna e neonatal, é importante um aprofundamento sobre como se distribui esse procedimento no País, qual é sua diversidade regional e outros aspectos relacionados, assim como a reflexão sobre o papel das políticas públicas.

O presente capítulo tem como objetivos: 1) descrever a magnitude e a tendência da taxa de cesarianas no País, dados selecionados da morbimortalidade associada a tipo de parto e tipo de estabelecimento; 2) avaliar a completitude de preenchimento das variáveis da nova versão da Declaração de Nascido Vivo (DNV) que permitirão monitoramento das indicações de cesárea; e 3) descrever as respostas institucionais para enfrentamento da crescente taxa de cesarianas no País.

## Métodos

O estudo foi desenvolvido em duas fases: a primeira buscou responder ao questionamento do primeiro e segundo objetivos, com um estudo descritivo de série histórica da evolução das taxas de cesárea no País e de alguns problemas associados, com base nos

bancos de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). A segunda fase procurou responder ao terceiro objetivo, por meio da análise documental e revisão da literatura, com levantamento das ações, portarias e publicações do Ministério da Saúde relacionadas ao tema, tanto no contexto do Sistema Único de Saúde como políticas intra e intersetoriais e internacionais.

## 1ª fase

Os dados das séries históricas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) foram tabulados para calcular as taxas de cesarianas expressas como o percentual desse tipo de parto em relação ao total de partos hospitalares (normais e cesáreos), estratificados em recortes territoriais (região e Brasil), cronológicos (1994 a 2010), e algumas características do nascido vivo como a idade gestacional (prematureo e termo), das mães, como faixa etária adolescente (10–14, e 15 a 19 anos), e outras, como hora do nascimento. A partir de relacionamento das bases de dados do Sinasc com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES), foi possível estratificar as taxas de cesárea por esfera administrativa dos estabelecimentos de saúde agrupados como públicos (municipais, estaduais, federais) e não públicos. Essa estratificação por esfera administrativa só foi possível a partir de 2006, ano em que o Sinasc adotou a tabela de códigos do CNES. Importante enfatizar que esfera administrativa é um atributo do estabelecimento de saúde, e não discrimina o tipo de admissão no estabelecimento não público conveniado, se é SUS, privado ou conveniado com plano de saúde.

Nos documentos oficiais, foi possível identificar cerca de 80% dos hospitais que participaram dos Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas, realizados entre 2004 e 2006. Para verificar o efeito dessa ação nas práticas de assistência desses estabelecimentos, por meio de seu número de cadastro no CNES, foram coletados seus dados disponíveis no Sinasc e calculadas as taxas de cesarianas desses hospitais agrupados por estado, para o período posterior de 2006 a 2010, comparando-as com as taxas estaduais. Também se estimou qual a representatividade de sua demanda no total de partos realizados no estado.

Além disso, no Sistema de Informações Hospitalares constam as internações remuneradas com base na Autorização para Internação Hospitalar (AIH) e, portanto, referem-se apenas a partos de usuárias do SUS. Desse banco de dados foram selecionadas as variáveis: tipo de parto, morte materna e infecção puerperal. Essas variáveis foram utilizadas para o cálculo, por tipo de parto, das taxas de morte materna para o período entre 1992 e 2011, e de infecção puerperal, para o período de 2000 a 2011, assim como as respectivas razões de risco. Não foi calculada a razão de mortalidade materna por não estar disponível, nesse sistema de informações, o número de nascidos vivos.

Como, apesar de todas as medidas adotadas pelas diferentes gestões, não foi possível modificar a tendência ascendente das taxas de cesárea no País, e tendo em mente que para uma boa decisão é necessária informação de qualidade, com o propósito de instrumenta-

lizar um monitoramento de cesáreas com maiores possibilidades de qualificação do que simplesmente medir as taxas brutas de sua ocorrência, o Ministério da Saúde introduziu, entre as últimas alterações implementadas no modelo da Declaração de Nascido Vivo (DNV), que alimenta o Sinasc, algumas perguntas adicionais que, associadas a outras já existentes, permitirão estratificar os nascimentos segundo grupos de maior ou menor risco epidemiológico de cesárea, os chamados Grupos de Robson<sup>18</sup>. Robson identificou dez grupos de acordo com o risco epidemiológico para cesariana, a partir de variáveis como idade gestacional, apresentação, paridade, se gestação única ou múltipla, se há cesárea prévia, e se o início do trabalho de parto foi espontâneo, induzido ou se a cesárea ocorreu antes da gestante entrar em trabalho de parto. Entre as perguntas novas na DNV, duas se referem à paridade das mulheres (número de partos normais e de cesáreas anteriores), e três qualificam o nascimento (apresentação; se o trabalho de parto foi induzido; e, no caso de cesárea, se esta foi realizada antes do início do trabalho de parto). Complementam esse conjunto duas perguntas antigas, já existentes na DNV: tipo de gravidez e idade gestacional (veja Figura 1). A partir da composição das respostas dadas a essas variáveis é possível classificar os nascimentos em dez grupos, organizados em grupos epidemiológicos de risco para cesárea de acordo com os critérios propostos por Robson. Os novos formulários começaram a ser distribuídos em meados de 2010 e quase 60% dos dados nacionais do Sinasc de 2011 foram coletados na nova DNV, alcançando cerca de 100% de registros coletados com estes modelos em vários estados. Um levantamento das DNVs registradas no novo modelo identificou as proporções de preenchimento para cada uma das variáveis de interesse.

**Figura 1** – Bloco de perguntas sobre gestações anteriores, gestação atual e parto do formulário da Declaração de Nascido Vivo introduzida em 2011 pelo Ministério da Saúde

<b>Gestações anteriores</b>										
30 Histórico gestacional										
■ N° gestações anteriores		■ N° de partos vaginais		■ N° de cesáreas		■ N° de nascidos vivos.		■ N° de perdas fetais / abortos		
<b>Gestação atual</b>										
Idade Gestacional										
31 Data da Última Menstruação (DUM) ____/____/____			32 N° de semanas da gestação, se DUM ignorada		33 Número de consultas de pré-natal		34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal		35 Tipo de gravidez	
Método utilizado para estimar			36 Exame Físico 1 <input type="checkbox"/> Outro método 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 9 <input type="checkbox"/>		37 Ignorado 99 <input type="checkbox"/>		38 Ignorado 99 <input type="checkbox"/>		39 Ignorado 9 <input type="checkbox"/>	
					<b>Parto</b>					
36 Apresentação					37 O Trabalho de parto foi induzido?					
1 <input type="checkbox"/> Cefálica					1 <input type="checkbox"/> Sim					
2 <input type="checkbox"/> Pé ou Podálica					2 <input type="checkbox"/> Não					
3 <input type="checkbox"/> Transversa					3 <input type="checkbox"/> Não se aplica					
9 <input type="checkbox"/> Ignorado					9 <input type="checkbox"/> Ignorado					
38 Tipo de parto					39 Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?					
1 <input type="checkbox"/> Vaginal					1 <input type="checkbox"/> Sim					
2 <input type="checkbox"/> Cesáreo					2 <input type="checkbox"/> Não					
9 <input type="checkbox"/> Ignorado					3 <input type="checkbox"/> Não se aplica					
					9 <input type="checkbox"/> Ignorado					
					40 Nascimento assistido por					
					1 <input type="checkbox"/> Médico					
					2 <input type="checkbox"/> Enfermeira/Ostetiz					
					3 <input type="checkbox"/> Parteira					
					4 <input type="checkbox"/> Outros					
					9 <input type="checkbox"/> Ignorado					

Fonte: SVS/MS.

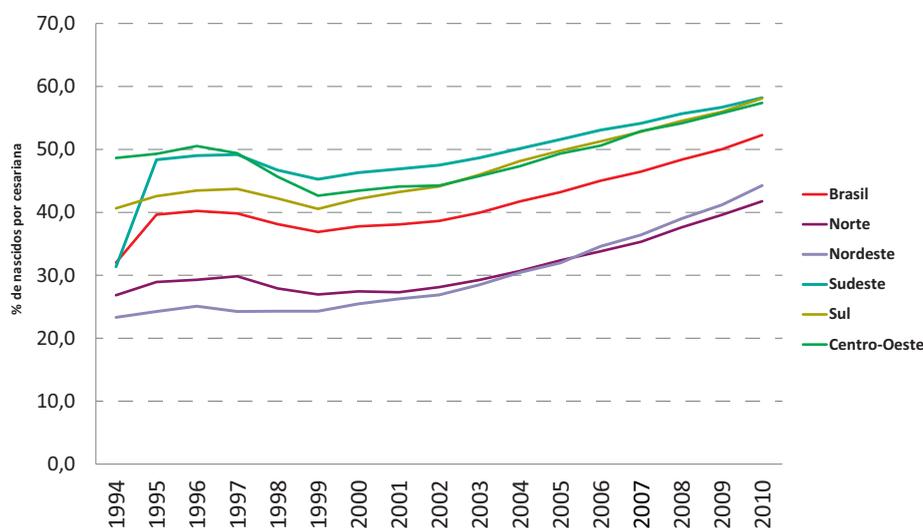
## 2ª fase

Foi realizada pesquisa documental dos relatórios, portarias e publicações do governo federal desde a instituição do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, visando identificar as atividades, ações, publicações e iniciativas governamentais no sentido de qualificar a atenção a partos e nascimentos e reduzir cesáreas desnecessárias.

## Resultados

O Gráfico 1 exibe a evolução das taxas de cesárea a partir da disponibilização dos dados do Sinasc, de 1994 a 2010, sendo que não há levantamentos de âmbito nacional anteriores a essa data. Observa-se que em 1994 a taxa nacional era de 32%, sendo que em 2010 alcançou 52%; em todas as regiões as taxas de cesariana são mais do que o dobro das recomendadas pela OMS (10 a 15%); as taxas das regiões Nordeste e Norte estão abaixo da média nacional durante todo o período, contrariamente ao que sucede nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Quanto à tendência, constata-se processo ascensional, interrompido por um declínio entre 1997 e 1998, e que é retomado a partir de 2000.

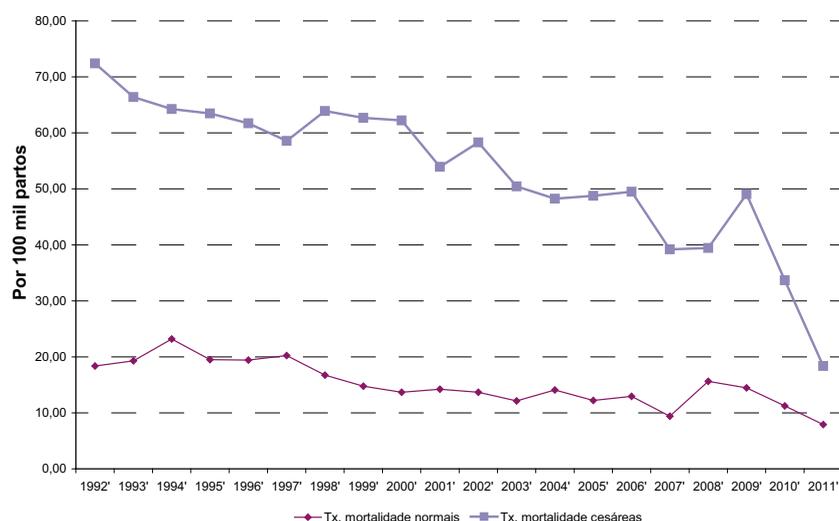
**Gráfico 1** – Evolução das taxas de cesárea, por regiões e Brasil, 1994 a 2010



Fonte: Sinasc/DASIS/SVS/MS.

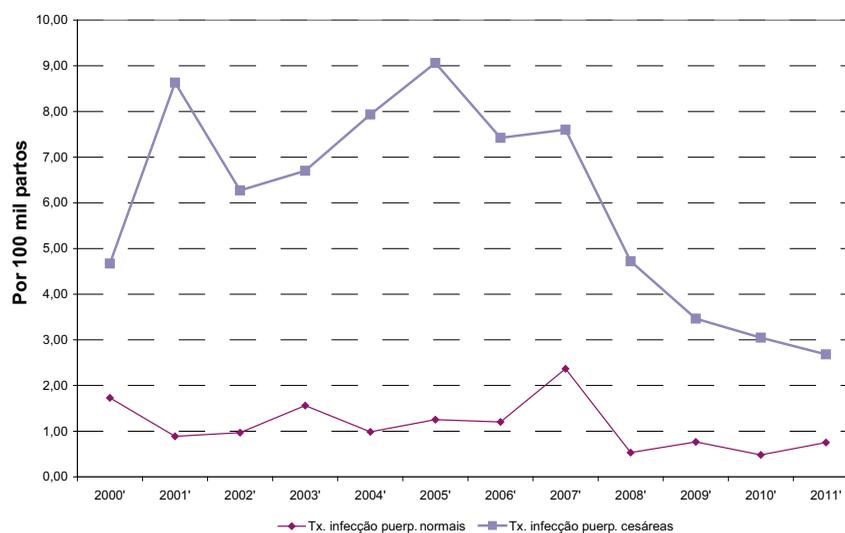
Os gráficos 2 e 3 descrevem os desfechos para as mulheres segundo o tipo de parto, sendo que o Gráfico 2 apresenta a série histórica de 1994 a 2011 com os dados de mortalidade de mulheres e o Gráfico 3, a de infecção puerperal no período de 2000 a 2011, para a população que utiliza os serviços do Sistema Único de Saúde. Em ambos os gráficos, registra-se maior proporção de eventos desfavoráveis quando é realizada a cesárea. O risco relativo para morte materna entre cesáreas e partos normais variou entre 2,3 e 4,5, sendo 3,5 a média para o período estudado e para infecção puerperal ficou entre 2,7 e 8,9, sendo em média cinco vezes maior nas cesáreas no período entre 2000 a 2011.

**Gráfico 2 – Taxa de mortalidade de mulheres segundo tipo de parto – Brasil, 1992 a 2011**



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/MS.

**Gráfico 3 – Taxa de infecção puerperal por tipo de parto – Brasil, 2000 a 2011**

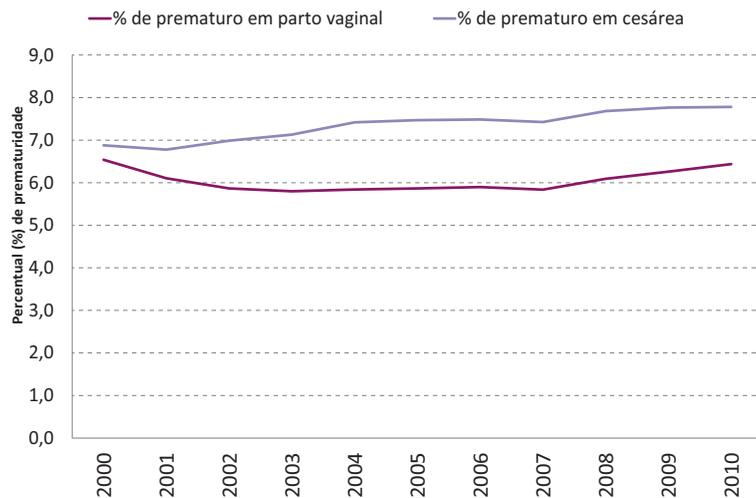


Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/MS.

No Gráfico 4, são apresentadas as proporções de prematuros para o País e regiões. Embora sejam adotados vários métodos para estimar a idade gestacional ao nascer, observa-se que, a partir de 2000, há uma tendência ascendente da prematuridade em crianças nascidas por cesárea e uma leve tendência de redução nas crianças nascidas de parto normal. Independentemente da taxa de cesarianas ser mais ou menos elevada que

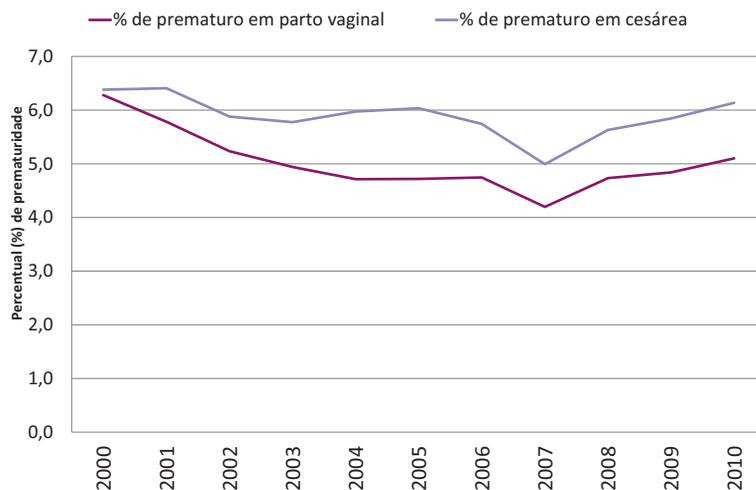
a nacional, sistematicamente se encontra proporção maior de prematuridade nas crianças nascidas por cesariana – em 2010, foi de 7,8% para cesarianas e 6,4% nos partos normais. Ademais, nas regiões com taxas de cesárea mais elevadas – Sul, Sudeste e Centro-Oeste, as proporções de prematuridade são sempre maiores, independentemente de se tratar de parto normal ou cesárea.

**Gráfico 4 –** Percentual de prematuridade, segundo via de nascimento, 2000 a 2010 – Brasil



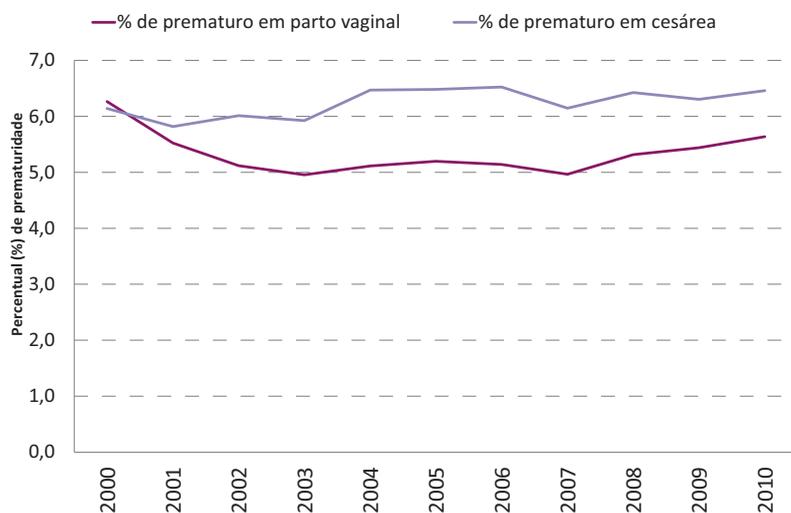
Fonte: Sinasc/DASIS/SVS/MS.

**Gráfico 5 –** Percentual de prematuridade, segundo via de nascimento, 2000 a 2010 – Norte



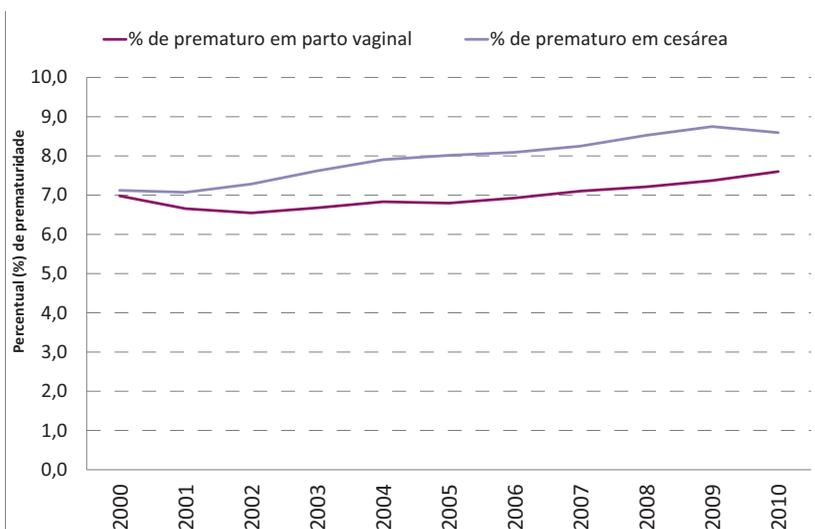
Fonte: Sinasc/DASIS/SVS/MS.

**Gráfico 6 – Percentual de prematuridade, segundo via de nascimento, 2000 a 2010 – Nordeste**

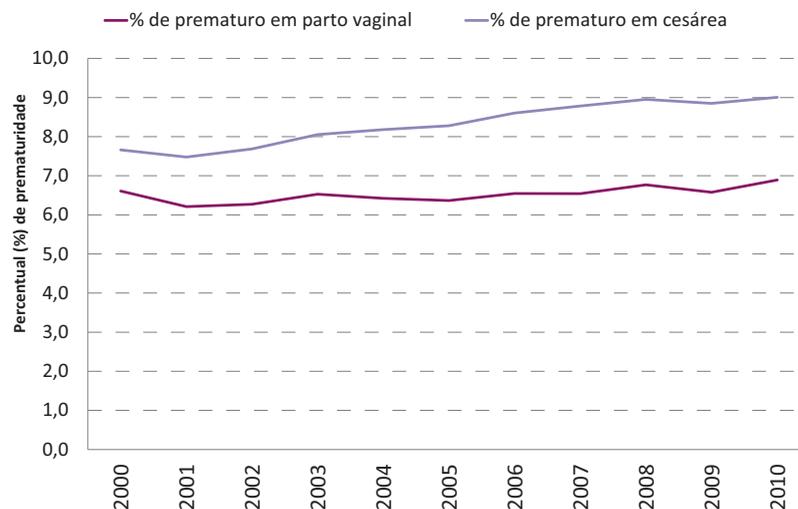


Fonte: Sinasc/DASIS/SVS/MS.

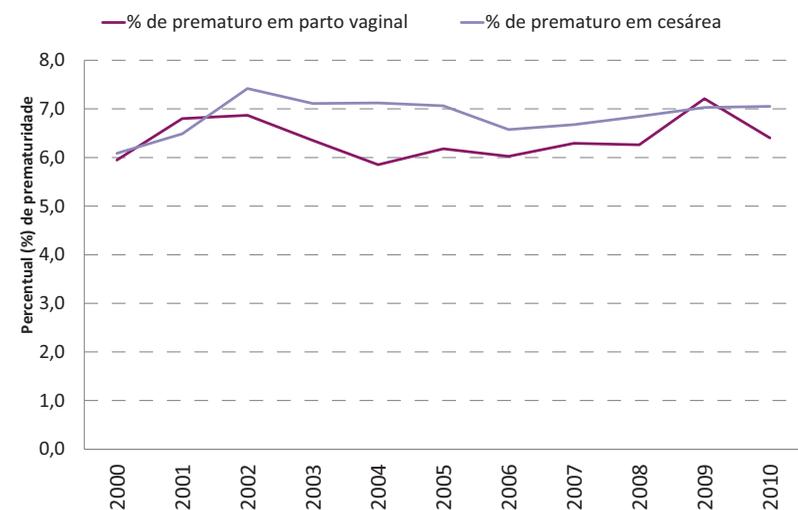
**Gráfico 7 – Percentual de prematuridade, segundo via de nascimento, 2000 a 2010 – Sudeste**



Fonte: Sinasc/DASIS/SVS/MS.

**Gráfico 8** – Percentual de prematuridade, segundo via de nascimento, 2000 a 2010 – Sul

Fonte: Sinasc/DASIS/SVS/MS.

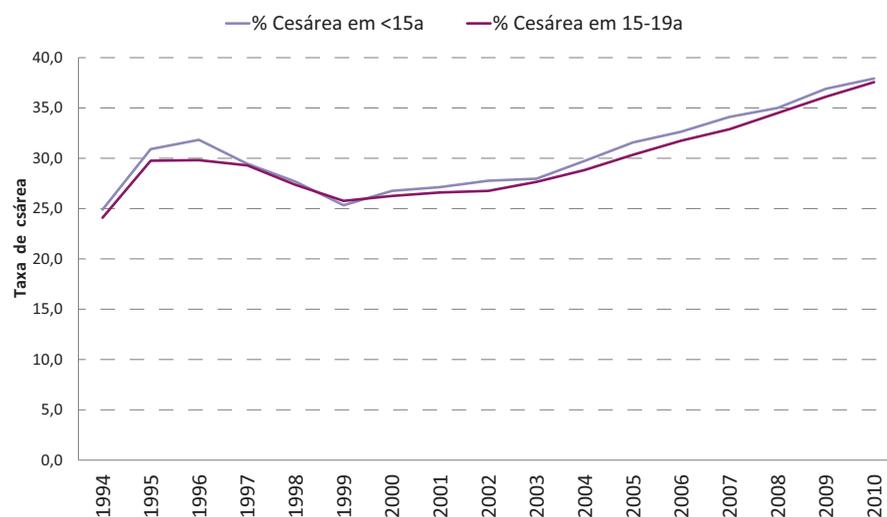
**Gráfico 9** – Percentual de prematuridade segundo via de nascimento, 2000 a 2010 – Centro-Oeste

Fonte: Sinasc/DASIS/SVS/MS.

Uma população de especial interesse é a de parturientes adolescentes, em geral nulíparas, em que se deveria buscar preservar o futuro obstétrico, evitando cicatrizes cirúrgicas uterinas. Como se vê no Gráfico 10, assim como nas outras faixas etárias, entre as adolescentes (10 a 19 anos) as taxas de cesárea também são altas e estão em ascensão, sendo ligeiramente maiores entre as adolescentes de 15 a 19 anos do que nas de 10 a 14 anos. Embora essas taxas tenham sido mais elevadas nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste

(respectivamente 43,4%, 42,2% e 41,0% em 2010), aparentemente a tendência de aumento das taxas de cesariana entre gestantes adolescentes é encontrada em todas as macrorregiões.

**Gráfico 10 – Taxa de cesárea por grupos de idades em adolescentes – Brasil, 1994 a 2010**



Fonte: Sinasc/DASIS/SVS/MS.

A análise das taxas de cesariana, segundo tipo de estabelecimento entre 2006 e 2010 aponta uma diferença importante, segundo categoria de hospitais públicos e não públicos (Tabela 1). Como mencionado anteriormente, na categoria de hospitais não públicos estão incluídos os hospitais privados conveniados e os não conveniados ao SUS; portanto, há, nessa categoria, uma parte da clientela usuária do SUS. Este é o grupo que apresentou as maiores taxas e o maior aumento das taxas no período considerado (14,1%).

**Tabela 1** – Taxas de cesárea e diferença absoluta das taxas no período, segundo hospitais públicos, por esfera administrativa, e não públicos – Brasil, 2006 a 2010

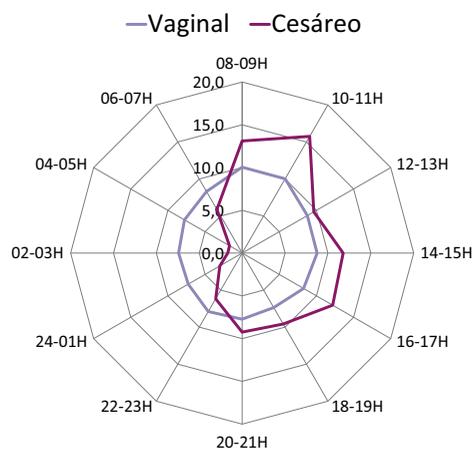
Tipo de hospital	2006	2007	2008	2009	2010	2010-2006
- Públicos						
Federal	46,5	46,1	45,3	47,5	47,8	1,3
Estadual	35,8	37,2	37,9	38,7	39,6	3,8
Municipal	29,0	30,1	31,6	32,4	34,0	5,0
Soma públicos	32,5	33,8	34,9	35,8	37,1	4,6
- Não públicos	54,7	56,4	58,9	60,8	63,6	8,9
Total	45,6	47,1	49,0	50,6	52,8	8,6

Fonte: SVS/MS.

Dos hospitais públicos, são os hospitais federais, de forma geral representados pelos hospitais universitários, que apresentam as maiores taxas de partos cesáreos, seguidos pelos hospitais estaduais e os municipais. Este diferencial pode ser explicado pelo maior nível de complexidade dos serviços federais e estaduais, que se constituem como referências regionais para gestação de alto risco.

As regiões Centro-Oeste e Sul apresentam as maiores taxas para os hospitais municipais, Nordeste e Sul para os hospitais estaduais e Centro-Oeste e Sudeste para os hospitais federais (dados não apresentados). O maior aumento nas taxas de cesariana, entre 2006 e 2010, ocorreu nos hospitais municipais das regiões Nordeste e Centro-Oeste, nos hospitais estaduais das regiões Nordeste e Norte, e nos hospitais federais das regiões Centro-Oeste e Norte.

Analisando a distribuição dos partos normais e cesáreas por hora de ocorrência (Gráfico 11), verifica-se que a distribuição dos partos normais é regular e se distribui de forma quase constante ao longo do dia, ao passo que as cesarianas se concentram entre 8 e 22 horas.

**Gráfico 11** – Distribuição dos nascimentos, segundo a via de parto e o horário do nascimento – Brasil, 2010

Fonte: Sinasc/SVS/MS.

Muitas têm sido as iniciativas governamentais para qualificação da atenção ao parto e redução das cesarianas. Entre essas, no período de outubro de 2004 a outubro de 2006, o Ministério da Saúde investiu na realização dos Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas, tendo atingido cerca de 400 hospitais e quase 2 mil profissionais de saúde. Na Tabela 2, estão discriminadas as taxas de cesárea dos estados, e as taxas de cesárea dos hospitais que participaram desses seminários, também para cada estado. Observa-se para alguns estados, como o Distrito Federal, Roraima, Amapá, Tocantins, Sergipe, Alagoas e Acre, que esses estabelecimentos atendiam proporção superior à metade dos partos de seu território; que as taxas de cesárea desses hospitais em alguns estados, como Rondônia, Ceará, Paraíba e Bahia, são superiores às estaduais, possivelmente por serem a referência instituída para gestações de alto risco; e, finalmente, que aparentemente os seminários não conseguiram impactar na tendência ascendente das taxas de cesárea, nem dos hospitais e, conseqüentemente, nem dos estados.

**Tabela 2 –** Distribuição das maternidades integrantes dos Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas por estado, com o peso relativo de seus nascidos vivos no total do estado e respectivas taxas de cesárea, cotejando com as taxas de cesárea dos estados – Brasil e UFs, 2006 a 2010

UF resid.	Nº de maternidade nos Seminários	Peso relativo maternidades no estado (%)	Taxa de cesarianas nas maternidades dos Seminários (%)						Taxa de cesarianas dos estados (%)				
			2006	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Rondônia	8	41,0	58,5	62,9	67,8	69,0	69,3	55,3	55,9	59,3	61,2	64,0	
Acre	9	53,9	18,4	18,7	19,0	20,1	20,5	28,8	29,1	29,7	30,6	32,5	
Amazonas	6	13,2	23,4	26,8	27,7	26,9	29,3	32,1	33,6	34,8	35,5	37,7	
Roraima	6	78,9	7,6	8,1	6,6	6,6	6,3	25,1	28,5	34,0	36,2	35,8	
Pará	11	17,5	32,0	30,8	33,7	42,1	36,4	32,8	34,6	37,1	39,8	42,2	
Amapá	7	74,3	12,2	12,4	13,2	12,8	13,1	24,3	25,5	27,4	29,0	29,8	
Tocantins	17	66,8	30,5	31,3	32,7	36,4	39,6	35,8	38,1	39,1	42,0	44,0	
Maranhão	20	26,5	24,6	25,1	25,9	25,8	32,0	28,1	29,2	30,7	32,7	34,4	
Piauí	9	35,6	33,3	34,6	33,9	35,3	33,6	39,0	40,3	41,1	43,7	46,3	
Ceará	14	29,0	41,1	43,4	44,4	45,2	48,2	37,5	39,9	42,6	44,7	48,9	
Rio G. do Norte	19	61,3	30,7	29,3	30,5	36,0	39,7	39,1	40,4	44,2	47,1	51,1	
Paraíba	6	32,2	49,4	52,6	52,0	53,2	56,1	42,5	45,3	46,6	48,9	51,9	
Pernambuco	18	30,0	39,7	41,5	42,8	42,2	42,6	38,9	40,6	45,0	47,1	50,0	
Alagoas	15	57,9	36,5	38,3	40,0	43,4	47,5	36,2	39,0	42,1	47,7	52,7	
Sergipe	8	63,0	30,8	32,1	35,6	35,4	18,6	28,4	29,2	31,6	33,0	35,7	
Bahia	25	26,1	35,4	36,5	36,6	37,0	38,9	30,2	32,1	34,3	35,7	38,5	
Minas Gerais	20	17,0	44,9	45,6	46,3	46,5	48,7	47,9	48,9	50,5	51,9	54,1	
Espírito Santo	12	40,4	49,1	50,9	53,5	54,7	57,1	50,8	53,7	57,5	58,2	60,8	
Rio de Janeiro	19	21,9	44,0	44,8	46,1	47,5	48,8	54,5	55,1	56,8	58,3	60,6	
São Paulo	17	7,8	36,6	37,9	37,1	37,1	37,3	55,1	56,1	57,3	58,0	58,9	
Paraná	7	9,3	50,2	52,6	53,8	54,9	55,5	51,8	53,5	55,2	56,5	58,4	
Santa Catarina	17	38,6	49,5	52,9	50,4	50,0	51,3	51,6	53,1	54,6	55,7	57,6	
Rio G. do Sul*	12	13,9	-	39,8	44,8	45,5	45,7	50,5	51,9	53,7	55,6	58,0	

Continua

Continuação

UF resid.	Nº de maternidade nos Seminários	Peso relativo maternidades no estado (%)	Taxa de cesarianas nas maternidades dos Seminários (%)					Taxa de cesarianas dos estados (%)				
			2006	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009
M. Grosso do Sul	7	22,3	46,0	54,4	56,0	54,9	57,7	51,1	52,7	53,5	54,1	55,8
Mato Grosso	11	32,4	43,7	44,1	42,6	43,2	43,8	50,3	51,2	52,7	54,8	56,1
Goiás	17	16,2	40,5	41,1	43,0	43,6	44,2	51,8	54,6	56,7	59,0	61,6
Distrito Federal	12	84,9	33,0	35,9	35,7	36,4	37,0	48,1	51,7	51,4	51,8	52,0
BRASIL	349	23,0	37,0	38,5	39,3	40,6	41,7	45,0	46,5	48,4	50,0	52,3

Fonte: SVS/MS.

\* Para o Rio Grande do Sul, o peso relativo se refere a 2007 por ausência de dados em 2006.

Conforme exposto na Tabela 3, a completude desses novos campos da DNV relacionados à classificação em grupos de Robson, avaliada a partir dos dados preliminares de 2011, demonstra boa aceitação dos mesmos. Ao se levar em consideração que se trata do primeiro ano de introdução dessas variáveis, as perguntas tiveram respostas em mais de 90% dos registros. Apenas a pergunta “Cesárea ocorreu antes do início do trabalho de parto?” teve menor proporção de registros respondidos (87,7%). Por outro lado, esse bom desempenho para um primeiro ano de implantação do formulário não dispensa a necessidade de se investir na sensibilização e qualificação dos preenchedores, para que se consiga incrementar a completude para cerca de 100%, como ocorre com a maior parte das variáveis tradicionais do Sinasc.

**Tabela 3** – Proporção de respostas ignoradas ou em branco nos campos da Declaração de Nascido Vivo (novos e antigos) que são necessários para compor a classificação dos nascimentos em Grupos de Robson – Brasil, 2011\*

UF/Região de residência	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Paridade (nº de partos normais + nº de cesáreas anteriores)	10,3	12,2	3,7	3,2	7,1	8,6
Apresentação	5,9	4,5	4,7	4,2	6,5	4,9
Indução do trabalho de parto	13,5	9,4	7,8	4,5	12,0	9,4
Cesárea antes do início do trabalho de parto	15,8	14,1	10,6	5,4	13,1	12,3
Duração da gestação em semanas***	7,0	9,5	3,7	2,6	4,4	6,7
Tipo de gravidez**	0,3	0,5	0,2	0,1	0,4	0,4
Tipo de parto**	0,3	0,5	0,3	0,2	0,3	0,4

Fonte: Sinasc/SVS/MS.

\* Dados preliminares.

\*\* Variáveis que já existiam na DN.

\*\*\* Variável já existia, mas mudou a forma de coleta para semanas detalhadas.

## Discussão

As taxas de cesariana são altas e ascendentes em todo território nacional, em todas as faixas de idade, incluindo as adolescentes. Apesar de o Brasil ter avançado muito na implementação de políticas públicas voltadas para assistência à saúde da mulher, adulta e adolescente, e da criança, todavia persiste no País a tendência de elevação das taxas. Com

exceção da queda havida em 1998, as iniciativas governamentais não têm conseguido deter a tendência ascensional, possivelmente por não terem tido continuidade. O início do declínio coincide com as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde em 1998 para qualificar a atenção ao parto, introduzindo a remuneração da analgesia de parto e da assistência ao parto sem distócia por enfermeira obstetra e, notadamente, a Portaria MS/GM nº 2.816, de 2 de junho de 1998, remunerando as AIHs dos hospitais até determinado percentual de cesáreas. Todavia, para atender à solicitação das gestões estaduais de redistribuição dos limites das taxas de acordo com o perfil de risco da clientela do hospital, foi proposto em 2000 o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea<sup>19</sup>, em que a atribuição do controle das taxas hospitalares passava aos estados à medida que aderissem a esse Pacto e, caso não houvesse esse controle por parte da administração estadual, a gestão federal reassumiria o monitoramento. Em 2007, 21 estados haviam aderido ao Pacto e, portanto, à responsabilidade de monitorar as taxas de cesárea em seus territórios.

Neste trabalho, assim como é encontrado na literatura, foi possível identificar que o excesso de cesáreas tem implicações para a saúde das mulheres, aqui representadas pelas taxas de mortalidade materna e infecção puerperal, e para a saúde dos bebês, evidenciadas pelo aumento da prematuridade.

Com base no fato de que as taxas de cesárea vêm aumentando de um patamar de 5% nos países desenvolvidos, nos anos 1970, para mais de 30% a partir dos anos 1990, chegando a 50% no século XXI, vários trabalhos realizados, seja por pesquisadores da Organização Mundial da Saúde, seja por equipes internacionais, vêm trazendo mais evidências sobre as consequências do aumento no uso da técnica cirúrgica para atenção a partos e nascimentos.

Betran et al.<sup>12</sup>, adotando países como unidades de análise, mostraram que há uma correlação importante entre as taxas de cesárea e a mortalidade materna, mortalidade infantil e o PIB *per capita*, sendo que os valores mais apropriados dessas taxas estão entre 10% e 15%. À medida que as taxas de cesarianas são inferiores, como ocorre em muitos países africanos e alguns da Ásia, aumentam a mortalidade materna e a mortalidade infantil, assim como seu componente neonatal, indicando possivelmente as dificuldades de acesso aos serviços e baixa disponibilidade nos casos em que a cesárea seria indicada e necessária – dado que também apareceu no trabalho de Shah<sup>14</sup>. Paradoxalmente, à medida que as taxas de cesarianas se elevam acima de 10–15%, observa-se a tendência de correlação positiva, com incremento das taxas de mortalidade, concentrada principalmente nos países da América Latina e Caribe. Também foi encontrada correlação positiva entre as taxas de cesárea e a disponibilidade de pessoal qualificado para atenção ao parto com o PIB *per capita*.

O *Global Survey on Maternal and Perinatal Health*<sup>20</sup> foi delineado para estudar desfechos maternos e perinatais associados às cesáreas. Adotando hospitais como unidade de análise, Villar et al.<sup>7</sup> encontraram na América Latina uma taxa mediana de cesáreas de 33%, sendo mais frequente em hospitais privados (51%), e uma associação positiva do aumento das taxas com tratamento pós-parto com antibióticos e de mortalidade e

morbidade materna severa, mesmo após ajuste para condições de risco. O aumento de cirurgias também esteve associado com o aumento nas taxas de mortalidade fetal e proporção maior de bebês admitidos em UTIs.

No Brasil, as taxas de cesárea estão extremamente elevadas em todas as regiões, sempre acima do preconizado pela OMS, embora sejam menores nas regiões Norte e Nordeste – e há a possibilidade de que parte das mortes evitáveis que ocorrem nessas regiões, tanto maternas como fetais e neonatais, sejam decorrentes da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, como nos países menos afluentes da pesquisa de Betrán et al.<sup>12</sup>, ainda que a PNDS–2006 tenha demonstrado crescimento na taxa de nascimentos institucionalizados, de 91% (dado da PNDS–1996) para 98%. Por outro lado, em que pese o maior acesso aos serviços e disponibilidade de tecnologias salvadoras de vidas, a mortalidade materna segue em patamares elevados. Diniz<sup>10</sup> explica esse fato adotando a expressão “paradoxo perinatal” de Roseblatt, propondo que a prática de atenção ao parto dos serviços estaria associada ao uso intensivo da tecnologia sobre a população de baixo risco, “desencadeando intervenções inapropriadas e causando danos iatrogênicos”. “No caso do Brasil, padecemos tanto do adocimento e morte por falta de tecnologia apropriada, quanto pelo uso de tecnologia inapropriada”<sup>10</sup>.

Neste levantamento foi possível evidenciar, na população que utiliza o SUS, que há disparidades importantes nas taxas de morte materna e infecção puerperal entre as mulheres que foram submetidas à cesariana e as que tiveram parto normal, sendo a comparação desfavorável à cesariana. Há que se considerar, todavia, que as cesarianas podem ter sido indicadas para parturientes que apresentaram alguma intercorrência ou doença preexistente, no que tange à mortalidade materna. A maior incidência de infecção puerperal nas cesarianas certamente está associada ao fato de que o procedimento cirúrgico é mais invasivo. Também se evidenciou um crescimento da proporção de bebês prematuros em todas as regiões e em ascensão mais frequente nas crianças nascidas por cesariana, fato já constatado por Barros et al.<sup>21</sup> e por Leal et al.<sup>22</sup> Cabe salientar que esses dados são apenas descritivos.

Neste trabalho, demonstrou-se que as taxas de cesárea são mais elevadas nos hospitais não públicos, mas também são elevadas nos públicos, sendo superiores nos hospitais federais e estaduais. Entre os públicos, há diferenças regionais. Ações dirigidas especificamente a cada grupo de estabelecimentos, segundo essa distribuição, podem impactar de forma mais efetiva o controle ou mesmo redução dos índices de cesariana no SUS. Por outro lado, ações dirigidas ao grupo de hospitais não públicos devem ser desenvolvidas para maior impacto no indicador, uma vez que esse grupo de hospitais responde por cerca de 60% dos nascimentos no Brasil. Nesse grupo, as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentam as maiores taxas, e o maior aumento nos últimos cinco anos ocorreu nas regiões Nordeste e Norte.

De toda forma, os índices de cesariana praticados em todas as categorias de hospital excedem o referencial preconizado pela OMS e a literatura internacional, o que pode ser explicado pela não utilização de protocolos de atenção ao parto e nascimento baseados

em evidências científicas, tanto para a gestação de risco habitual, como para a gestação de alto risco.

E esse modelo de atenção ao parto tem suas consequências. Em seu estudo, Leal et al.<sup>22</sup> identificaram outro paradoxo importante, a alta taxa de prematuridade (14,2%) nos hospitais privados do Rio de Janeiro, maior do que nos hospitais públicos, sendo que a população que os demanda é de nível socioeconômico e educacional mais elevado que a dos hospitais públicos. Silva et al.<sup>23</sup> denominaram “paradoxo epidemiológico” o fato de encontrarem, na comparação entre as coortes de São Luís (MA) e de Ribeirão Preto (SP), proporção mais elevada de crianças com baixo peso ao nascer na população com melhor nível socioeconômico, a residente em Ribeirão Preto. No estudo de Bettioli et al.<sup>24</sup> o principal preditor da elevação da prematuridade foi a realização de cesárea e, no modelo matemático em que Ribeiro et al.<sup>25</sup> compararam as taxas de cesárea de São Luís e Ribeirão Preto, estudando variáveis demográficas, obstétricas, socioeconômicas e de utilização dos serviços, os principais preditores da elevada taxa de cesarianas foram categoria de admissão hospitalar (pública ou privada) e ter tido o mesmo médico que lhe atendeu no pré-natal assistindo ao parto.

O Gráfico 11 mostrou a distribuição dos partos normais e cesáreas por hora de ocorrência, em que a distribuição dos partos normais é regular e se distribui de forma quase constante ao longo do dia, ao passo que as cesarianas se concentram entre 8 e 22h. Pode-se supor que, se tivessem sido realizadas por indicações estritas, sua distribuição teria delineamento similar ao dos partos normais, isto é, seria aproximadamente circular. Esses dados fortalecem a hipótese de que muitas cirurgias são realizadas com data e hora marcadas – o que é mais frequente no setor de Saúde Suplementar.

Todos esses estudos apontam para o importante papel que a Saúde Suplementar exerce na questão das taxas de cesárea de nosso País. Segundo Dias<sup>26</sup>, é na Saúde Suplementar que as distorções encontradas na assistência obstétrica se manifestam com maior intensidade, uma vez que neste setor as proporções de nascimento pela via cirúrgica chegam a alcançar valores até três vezes maior do que os encontrados no SUS. Em uma análise das indicações da cirurgia em dois hospitais privados do município do Rio de Janeiro<sup>27</sup>, concluiu-se que 91,8% das indicações foram inadequadas e apenas 8,2% adequadas. Caso se deseje reduzir as taxas de cesárea nacionais, deverá haver um componente das intervenções dirigido a esse setor, que poderia ser a implementação do plano de ação delineado pela Comissão de Parto Normal, agregando várias entidades<sup>28</sup>.

É importante acrescentar que o excesso de cesarianas, além de seu impacto sobre a saúde de mulheres e bebês, também tem custos para o sistema de saúde. O relatório da OMS elaborado por Gibbons et al.<sup>29</sup>, estudando a forma como é realizada a cesárea em 137 países e englobando 95% de todos os nascimentos mundiais, estimou o custo mundial do excesso de cesáreas em 2,32 bilhões de dólares, ao passo que prover cesáreas em países onde não há acesso custaria apenas 432 milhões. Os autores concluíram que o “excesso” de cesáreas pode ter implicações negativas para a equidade internamente aos países, assim como internacionalmente.

De todas as intervenções elencadas na cronologia, a mais efetiva foi a limitação do pagamento de cesarianas que excedessem o teto previsto como limite na Portaria MS/GM nº 2.816/1998<sup>30</sup>, que conseguiu reverter a tendência ascensionista das taxas no SUS, visível no Gráfico 1. Todavia essa medida era vertical e definia um limite, uma cota prévia de cesáreas por estabelecimento e, muitas vezes, ultrapassada essa cota, parturientes que viessem a necessitar uma cirurgia tinham dificuldades em ser atendidas; além disso não discriminava limites diferenciais para hospitais gerais e de referência. Portanto, embora efetiva, sua implementação não dava conta da complexidade do problema. Outra iniciativa foi a realização dos Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas, que alcançou muitos hospitais de todos estados. Não se observou qualquer efeito na tendência ascensionista das cesáreas, possivelmente por não ter havido continuidade das medidas.

Essa dificuldade em interferir com a tendência ascensionista deriva do fato de que a questão das cesarianas é multidimensional. Há um componente da sua determinação que é biológico, porém há muitos outros que a influenciaram historicamente, como: a forma de organização dos serviços de saúde; o pagamento por procedimentos; a associação de sua realização com a laqueadura; a questão cultural; a questão de uma economia de mercado que transformou esse procedimento cirúrgico em bem de consumo<sup>31</sup>; a qualidade da formação profissional; o modelo de assistência a partos e nascimentos<sup>32</sup>; o fato de que muitos profissionais não participam das iniciativas de educação continuada e não balizam as suas práticas em evidências científicas; e outras. Saliente-se que muitas pesquisas têm demonstrado a preferência das mulheres brasileiras pelo parto normal<sup>26,33-36</sup>, sendo que esta preferência se dá mesmo na clientela usuária dos serviços da Saúde Suplementar, ao menos no início do pré-natal<sup>27</sup>.

As muitas medidas, atividades e publicações que se seguiram, tais como o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea de 2000 e os Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas, não conseguiram ter efeito na manifesta tendência ascensionista das taxas. Contudo algumas serviram como laboratório para uma proposta mais ampliada, a exemplo do Plano de Qualificação das Maternidades de 2009, que implantou o apoio institucional como forma de comunicação entre as políticas e programas do Ministério da Saúde com o cotidiano dos serviços de assistência e as gestões municipais e estaduais.

No início da presente gestão federal foi criada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha, que é uma convergência de todas as políticas anteriores. Objetiva organizar a gestão do sistema para a consolidação de redes de atenção materna e infantil nas regiões de saúde, por meio da elaboração de planos de ação e qualificação dos pontos de atenção, lançando mão do instrumento de contratualização com repasse de incentivos por cumprimento de metas. Propõe também a mudança do modelo de atenção obstétrica, com a desospitalização do parto e nascimento de risco habitual, que passaria a ser atendido em centros de parto normal peri ou intra-hospitalares, com a enfermeira obstetra e/ou obstetriz na centralidade do cuidado, adaptando para nosso País os modelos

bem-sucedidos de atenção europeus e japonês, que conseguiram manter suas taxas de cesárea em patamares aceitáveis.

A proposta da Rede Cegonha considerou, para sua elaboração, tanto a complexidade das questões paralelas acima relatadas como a grande diversidade regional do País, contemplando inclusive medidas referentes ao trabalho das parteiras tradicionais, enfermeiras obstetras e doulas, além de propor a inclusão do indicador referente às cesáreas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (Coap).

Para a redução das taxas de cesárea é necessário tanto medidas de incentivo ao parto normal, como as que coíbam a realização de procedimentos cirúrgicos desnecessários e sem indicação. A proposta de monitoramento das indicações de cesárea com base nos grupos de risco epidemiológico estruturados por Robson<sup>18</sup> permitirá, havendo qualificação da informação apresentada na Tabela 3, um conhecimento mais aprofundado dos desvios da prática de assistência, assim como a possibilidade de estabelecimento de metas factíveis de redução para os grupos de baixo risco para realização de cirurgias (grupos 1 a 4), e também o acompanhamento dos resultados dessas medidas, havendo a possibilidade ainda de, no futuro, serem estabelecidas metas específicas para cada grupo de risco, que passariam a constar no Coap.

A Rede Cegonha foi proposta como estratégia para mudar esse quadro que, todavia, dependerá de como as propostas serão transformadas em ações concretas e chegarão ao cotidiano dos serviços, permeadas por questões das gestões estaduais e municipais e pelas culturas e práticas institucionalizadas nos serviços.

O setor de Saúde Suplementar apresenta taxas de cesáreas muito superiores às do SUS, que influenciam grandemente as taxas nacionais. Para reverter a tendência ascendente das taxas de cesárea no País, serão necessárias medidas multidimensionais. A Rede Cegonha, lançada em 2011, se propõe a enfrentar esse desafio, mas há necessidade de atuação específica no setor de Saúde Suplementar. Também será necessário qualificar a informação disponível no Sinasc para monitorar os efeitos das medidas que vêm sendo propostas. Ademais, é importante ter um componente de comunicação: a informação dirigida às mulheres sobre suas opções e direitos no parto é uma estratégia a ser resgatada como parte central das ações de saúde.

Espera-se, com boa qualidade de informação dando suporte às decisões que determinarão as ações a serem incluídas e implementadas nas políticas públicas, que seja possível reverter a tendência ascensional, principalmente estabelecendo metas de redução nos grupos de gestações de baixo risco para cirurgia, resultando em impacto positivo para a saúde de mulheres e bebês.

## Referências

- 1 Progianti JM. Modelos de assistência ao parto e a participação feminina. *Rev Bras Enferm* 2004;57(3):303-5.
- 2 Faundes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *Cad Saúde Pública* 1991;7(2):150-73.

- 3 Victoria CG, Aquino EML, Leal MC. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet* 2011;Supl. Saúde no Brasil.
- 4 Gentile FP, Noronha Filho G, Cunha AA. Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello. *Cad Saúde Pública* 1997;13(2):221-6.
- 5 Notzon FC, Placek PJ, Taffel SM. Comparisons of national cesarean section rates. *N Engl J Med* 1987;316(7):386-9.
- 6 Pierre KD, Vayda E, Lomas J, et al. Obstetrical attitudes and practices before and after the Canadian Consensus Conference Statement on Cesarean Birth. *Soc Sci Med* 1991;32(11):1283-9.
- 7 Villar J, Valladares E, Wojdyla D, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006;36:1819-29.
- 8 Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996 – PNDS 1996. Rio de Janeiro: Bemfam; 1997.
- 9 Ministério da Saúde (Brasil), Ceprab. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996 – PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 10 Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev bras crescimento desenvolv hum* 2009;19(2):313-26.
- 11 World Health Organization (WHO). Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2(8452):436-7.
- 12 Betran A, Merialdi M, Lauer JA, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007;21(2):98-113.
- 13 Althabe F, Sosa C, Belizan J, et al. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth* 2006;33(4):270-7.
- 14 Shah A, et al. Cesarean delivery outcomes from the WHO global survey on maternal and perinatal health in Africa. *Int J Gynecol Obstet* 2009;107(3):191-7 doi: 10.1016/j.ijgo.2009.08.013.
- 15 Villar J, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007;335(7628):1025.
- 16 Belizan J, et al. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999;319(7222):1397-402.
- 17 Boutsikou T, Malamitsi-Puchner A. Caesarean section: impact on mother and child. *Acta Paediatr* 2011;100(12):1518-22.
- 18 Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best pract res clin obstet gynaecol* 2001;15(1):179-94.
- 19 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM n.º 466, de 14 de junho de 2000. Institui o pacto pela redução das taxas de cesárea. *Diário Oficial da União*, 30 jun. 2000. p. 43.
- 20 World Health Organization (WHO). Global survey on maternal and perinatal health. [acesso em 2012 jun. 10]; Disponível em: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best\\_practices/globalssurvey/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/globalssurvey/en/index.html).
- 21 Barros FC, Victoria CG. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. *Cad Saúde Pública* [serial online] 2008 [acesso em 2012 jul. 9];24 (suppl. 3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s3/12.pdf>.
- 22 Leal, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública* 2004;20 (supl 1):S20-33.

- 23 Silva AAM, et al. Infant mortality and low birth weight in cities of Northeastern and Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica* 2003;37(6):693-8.
- 24 Bettiol H, et al. Factors associated with preterm births in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:30-8.
- 25 Ribeiro V, et al. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? *Braz J Med Biol Res* 2007;40:1211-20.
- 26 Dias MAB. Cesariana: considerações sobre a trajetória desta cirurgia ao longo do último século. In: Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar, editor. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS; 2008.
- 27 Dias MAB, et al. Avaliação da demanda por cesariana e da adequação de sua indicação em unidades hospitalares do sistema de saúde suplementar do Rio de Janeiro. In: Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar, editor. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS; 2008.
- 28 Conselho Federal de Medicina (CFM), Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Comissão de parto normal. Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal. CFM; ANS; 2009.
- 29 Gibbons, et al. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. Geneva: World Health Report, Background Paper, 30; 2010.
- 30 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM n.º 2.816, de 29 de maio de 1998. Determina que, no Programa de Digitalização de Autorização de Internação Hospitalar - SISAIH01 - seja implantada crítica visando ao pagamento de percentual máximo de cesarianas em relação ao total de partos por hospital. *Diário Oficial da União*, 2 jun. 1998.
- 31 Rattner D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1996;30(1):19-33.
- 32 Domingues RMAS, Ratto KMN. Favorecendo o parto normal: estratégias baseadas em evidências científicas. In: Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar, editor. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS; 2008.
- 33 Barbosa BP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cad Saúde Pública* 2003;19(6):1611-20.
- 34 Behague DP, Victora CG, Barros F. Consumer Demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient Choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002;324:942-5.
- 35 Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública* 2002;18(5):1303-11.
- 36 Potter EJ, Berquó E, Perpetuo I, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ* 2001;323:1155-8.

## Apêndice

### Quadro 1 – Descrição das categorias de nascimento, de acordo com o risco epidemiológico de cesariana, conforme a classificação de Robson

1. Nulípara, gestação única, cefálica, > 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
2. Nulípara, gestação única, cefálica, > 37 semanas, com indução ou CS anterior ao trabalho de parto
3. Multipara (excluindo CS prévia), gestação única, cefálica, > 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
4. Multipara (excluindo CS prévia), gestação única, cefálica, > 37 semanas, com indução ou CS anterior ao trabalho de parto
5. Com cesárea prévia, gestação única, cefálica, > 37 semanas
6. Todos os partos pélvicos em nulíparas
7. Todos os partos pélvicos em multiparas (incluindo CS prévia)
8. Todas as gestações múltiplas (incluindo CS prévia)
9. Todas as apresentações anormais (incluindo CS prévia)
10. Todas as gestações únicas, cefálicas, < 36 semanas (incluindo CS prévia)

Fonte: Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? Best pract res clin obstet gynaecol 2001;15(1):179-94.

### Quadro 2 – Cronologia das ações para a qualificação da atenção ao parto e a redução das cesáreas desnecessárias

Ano	Ação	Conteúdo
1984	Publicação: "Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática" (Ministério da Saúde)	Objetiva, entre outras metas, aumentar a cobertura e a concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda a população, além de melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado tanto no sistema formal como no sistema informal (parteiras tradicionais) e diminuindo os índices de cesáreas desnecessárias.
1993	Resolução nº 39 do Conselho Nacional de Saúde	Institui a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (Cismu), integrante do Conselho Nacional de Saúde (CNS).
1995	Lançamento do Programa Maternidade Segura (Ministério da Saúde)	Parceria entre Ministério da Saúde, Opas, Unicef e Febrasgo.
1998	Portaria MS/GM nº 2.815 (Ministério da Saúde)	Inclui na tabela do SIH o grupo de procedimento e os procedimentos referentes ao parto normal sem distocia, assistido por enfermeiro obstetra, e também analgesia no parto.
1998	Portaria MS/GM nº 2.816 (Ministério da Saúde)	Implanta crítica visando ao pagamento do percentual máximo de cesarianas em relação ao total de partos por hospital.
1998	Portaria MS/GM nº 2.883 (Ministério da Saúde)	Institui o Prêmio Professor Galba de Araújo.
1998	Portaria MS/GM nº 3.016 (Ministério da Saúde)	Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco (ementa elaborada pela CDI/MS).
1998	Portaria MS/GM nº 3.477 (Ministério da Saúde)	Cria o Programa de Gestação de Alto Risco (PGAR).
1998	Campanha "Natural é Parto Normal"	Parceria com o Conselho Federal de Medicina, o Unicef e a sociedade civil.
1999	Portaria MS/GM nº 985 (Ministério da Saúde)	Cria os Centros de Parto Normal no âmbito do SUS.
2000	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, lançados pela Organização das Nações Unidas (ONU)	ODM 4 – Reduzir a mortalidade infantil.
		ODM 5 – Melhorar a Saúde Materna.
2000	Portaria MS/GM nº 466 (Ministério da Saúde)	Metas: reduzir os indicadores de mortalidade infantil e materna em 75% até 2015, tomando como base os dados de 1990.
2000	Portaria MS/GM nº 466 (Ministério da Saúde)	Institui o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea.

Ano	Ação	Conteúdo
2000	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, Portarias MS/GM nºs 569, 570, 571 e 572 (Ministério da Saúde)	Prioridades: concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal no País; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e neonatal. Institui o Sis prenatal e mecanismos de incentivo à realização das atividades.
2000	Portaria MS/GM nº 571 (Ministério da Saúde)	Estruturação de Centrais de Regulação de Leitos Obstétricos e Neonatais.
2000 em diante	Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (Ministério da Saúde)	É desenvolvido até o presente. Foram capacitados cerca de mil profissionais e mais de mil parteiras em 14 estados.
2000	Publicações	Manuais técnicos: “Urgências e Emergências Obstétricas” e “Gestação de Alto Risco”.
2000	Publicações	“Trabalhando com Parteiras Tradicionais” e o “Livro da Parteira”.
2000	Publicação	“Atenção ao Parto Normal: Um guia prático” (tradução da publicação da OMS: “Care in Normal Birth: a practical guide”).
2000	Publicação	Agenda da gestante.
2003	Publicação	Vídeo: “Um Dia de Vida”.
2003	Publicação	CD-Rom: “Atenção Humanizada: Parto e Nascimento”.
De 2003 a 2005	Ministério da Saúde	Capacitação de doulas comunitárias voluntárias: foram capacitadas 323 doulas e 86 profissionais em 13 estados.
De 2003 a 2006	Ministério da Saúde	Capacitações em atenção humanizada ao parto e ao nascimento: 403 profissionais de saúde.
2004	Publicações	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: (1) Princípios e Diretrizes; e (2) Plano de Ação: 2004-2007.
2004	Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Ministério da Saúde)	Constitui-se como Política de Estado até 2015, articulando atores sociais historicamente mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, com monitoramento por uma comissão nacional.
2004	I Conferência de Políticas para as Mulheres, que estabeleceu o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres como uma de suas prioridades – Brasília (DF)	Item 3.3 Promover a atenção obstétrica, qualificada e humanizada, inclusive a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna, especialmente entre as mulheres negras.
De 2004 a 2006	Ministério da Saúde	Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas: foram realizados 30 seminários para 1.857 profissionais de 457 estabelecimentos de saúde, com continuidade nos estados.
De 2004 a 2006	Ministério da Saúde	Cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica: 640 enfermeiras foram capacitadas em 34 cursos em todos os estados.
2005	Lei nº 11.108 (Presidência da República), regulamentada pela Portaria MS/GM nº 2.418 (Ministério da Saúde)	Altera a Lei nº 8.080, de 19/09/1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante no parto.
2006	Publicação	Manual técnico: “Pré-Natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada”.
2006	Publicação	Vídeo: “Proximidade e Cuidado”.
2006	Publicações	Cartazes e fôlderes para profissionais e para a população: “Parto humanizado e presença de acompanhante são direitos de toda mulher”.
2006	Ministério da Saúde	Campanha pelo parto normal, humanizado e com presença de acompanhante.

Ano	Ação	Conteúdo
2007	Lei nº 11.634 (Presidência da República)	Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS.
2008	II Conferência de Políticas para as Mulheres, com o respectivo Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – Brasília (DF)	Item 3.4 Promover a assistência obstétrica qualificada e humanizada, especialmente entre as mulheres negras e indígenas, incluindo a atenção ao abortamento inseguro de forma a reduzir a morbimortalidade materna.
2008	Presidência da República – “Mais Saúde: Direito de Todos”	Estabelece no eixo “Promoção da Saúde” a implantação da política “Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis”, prevendo ações de promoção e monitoramento para gestantes e crianças de zero a 5 anos.
2008	Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)/Ministério da Saúde	Dispõe sobre Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.
2008	Ministério da Saúde	Campanha pelo parto normal, humanizado e com presença de acompanhante.
2008	Portaria MS/GM nº 3.136 (Ministério da Saúde)	Define o repasse de incentivo financeiro aos hospitais-maternidade de referência no Sistema Único de Saúde, para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para a atenção ao parto e ao nascimento.
2009	Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil e Materna / Plano de Qualificação das Maternidades (Ministério da Saúde)	Compromisso de aceleração da redução das desigualdades na Amazônia Legal e no Nordeste, com ênfase na redução da mortalidade infantil, neonatal e materna. Investimento no Plano de Qualificação das Maternidades, com apoio institucional.
2009	Publicação	“Conversando com a gestante” (virtual).
2009	Portaria MS/SVS nº 116 (Ministério da Saúde)	Regulamenta a coleta de dados, o fluxo e a periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. A DNV inclui variáveis que permitirão o monitoramento epidemiológico das indicações de cesárea.
2009 e 2010	Ministério da Saúde	Programa de Capacitação de Profissionais em Urgências e Emergências Obstétricas – Also ( <i>Advanced Life Support in Obstetrics</i> ).
2010	Publicação	Manual técnico: “Gestação de Alto Risco” (virtual).
2010	Portaria MS/GM nº 4.279 (Ministério da Saúde)	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
2010	Publicação	“Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais: O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares” (virtual).
2011	Portaria MS/GM nº 1.459 (Ministério da Saúde)	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Convergência de todas as políticas anteriores, com ênfase na Amazônia Legal e no Nordeste. Objetiva a consolidação de redes de atenção materna e infantil nas regiões de saúde, mediante a elaboração de planos de ação e qualificação dos pontos de atenção, lançando mão do instrumento de contratualização, com repasse de incentivos por cumprimento de metas. Propõe a mudança do modelo de atenção obstétrica, com a desospitalização do parto e do nascimento de risco habitual (centro de parto normal peri ou intra-hospitalar, com enfermeira obstetra e/ou obstetriz no centro do cuidado).
2011	Portaria MS/GM nº 2.351 (Ministério da Saúde)	Altera a Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha.
2011	Ministério da Saúde	Capacitação para gestores e profissionais da assistência das maternidades prioritárias em boas práticas de atenção ao parto e nascimento: visita a centro colaborador e capacitação em serviço.
2011	Ministério da Saúde	Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais: compra e distribuição de 1.680 kits para parteiras tradicionais.

Ano	Ação	Conteúdo
2011	Ministério da Saúde/Rede Cegonha	Abertura e aprovação de convênios para construção e reforma de centros de parto normal, casa da gestante, da puérpera e do bebê e adequação da ambiência das maternidades de acordo com a RDC 36.
2011	Resolução CIT nº 1, de 29/09/2011	Dispõe sobre normas gerais e fluxos do contrato organizativo da ação pública da saúde no âmbito do SUS, nos termos do Decreto nº 7.508, de 2011.
2011	Ministério da Saúde/Rede Cegonha	Instituição do Comitê de Especialistas e do Comitê de Mobilização. Unificação deste ao Comitê Nacional de Acompanhamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. São fóruns de colaboração e de acompanhamento da implementação das ações previstas.
2011	Ministério da Saúde	Capacitação na atividade de doulas comunitárias para municípios/serviços selecionados.
2011	Ministério da Saúde	Elaboração do Sis prenatal <i>web</i> , com o módulo “Gestação de Alto Risco e Parto e Nascimento”, incluindo dados sobre <i>Near Miss</i> .
2011	Ministério da Saúde/Rede Cegonha	Criação dos fóruns perinatais nos estados, nas regiões metropolitanas e nos municípios, de caráter técnico-político. Espaço plural para debates, para a construção de consensos e o acompanhamento da execução da Rede Cegonha no território.
2011	Ministério da Saúde/Rede Cegonha	Constituição de sub-grupo de especialistas com o tema “Modelo de Atenção ao Parto e Cesárias Desnecessárias”.
2012	Portaria MS/GM nº 68 (Ministério da Saúde)	Institui benefício financeiro para apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto.
2012	Portaria MS/SAS nº 650 (Ministério da Saúde)	Dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha.
2012	Resolução CIT nº 3, de 30/01/2012	Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap) no âmbito do SUS, nos termos do Decreto nº 7.508, de 2011. Inclusão do indicador de cesáreas no Coap.
2012	Ministério da Saúde	Aquisição e distribuição de misoprostol para maternidades prioritárias.
2012	Publicação	Protocolo de bolso: uso do misoprostol.
2012	Publicação	“Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais: O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares”.

Fonte: SVS/MS.

