



unicef 

para cada criança

2017

## Realização

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)



para cada criança

Gary Stahl — Representante do UNICEF no Brasil

Esperanza Vives — Representante adjunta do UNICEF no Brasil

Estela Caparelli — Chefe de Comunicação do UNICEF no Brasil (AI)

## Núcleo editorial

Estela Caparelli, Elisa Meirelles, Gabriel Coaracy e Pedro Ivo Alcantara (Coordenação Editorial); Nelson Leoni e Paulo Henrique Alves (Estratégia Digital); Cristina Albuquerque e Carolina Velho (Saúde e HIV); Ana Cristina Matos, Rogério Carlos Borges de Oliveira e Jucilene Rocha (Dados Estatísticos).

## Produção editorial

Produção de conteúdo: Estela Caparelli, Elisa Meirelles, Gabriel Coaracy e Pedro Ivo Alcantara

Projeto gráfico, diagramação: Paulo Henrique Alves e Victor Malta

Gráficos: Isobar

Capa: mcgarrybowen

Fotos: Kabuo Okubo

**Agradecimentos:** Ana Carolina de Souza Lopes, Bia Fioretti, Camilo Ponce de Leon, Cesar Victora, Daphne Rattner, Esther Vilela, Fernando Barros, Heloísa Périssé, Letícia Sobreira, Maria do Carmo Leal, Mariana Almeida, Mariângela Silveira, Sophie Schonburg e Walter Susini. Conspiração Filmes, Isobar e mcgarrybowen.

[www.unicef.org.br](http://www.unicef.org.br)

[www.facebook.com/unicefbrasil](https://www.facebook.com/unicefbrasil)

[www.twitter.com/unicefbrasil](https://www.twitter.com/unicefbrasil)

Instagram: @UnicefBrasil

## Sumário

<b>Prefácio – Pelo direito de nascer na hora certa</b> .....	<b>3</b>
<b>O momento certo de nascer</b> .....	<b>4</b>
Os riscos de não esperar o trabalho de parto .....	4
As cesarianas desnecessárias .....	5
Os impactos do nascimento prematuro .....	6
<b>Parto e nascimento humanizados</b> .....	<b>8</b>
Características do parto e do nascimento humanizados .....	8
Procedimentos recomendados .....	9
Procedimentos não recomendados .....	9
<b>Tipos de parto</b> .....	<b>10</b>
Parto normal .....	10
Cesariana .....	11
<b>Direitos da mulher</b> .....	<b>12</b>
<b>Sobre a campanha Quem Espera, Espera</b> .....	<b>15</b>
<b>Dados e tabelas</b> .....	<b>16</b>

## Prefácio

# Pelo direito de nascer na hora certa

O Brasil é uma das nações que têm se destacado por reduzir a mortalidade infantil. Entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade de crianças de até 1 ano caiu 73,67%<sup>1</sup> e o País ampliou o atendimento pré-natal às gestantes.

Esses avanços contribuem para colocar o País rumo ao alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em especial da meta 4.2: “garantir que todas as meninas e os meninos tenham acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira infância”<sup>2</sup>.

No entanto, o Brasil ainda enfrenta desafios na garantia dos direitos de suas crianças. Entre eles, o grande número de bebês que correm o risco de nascer antes de estar totalmente maduros. Estudos conduzidos nos últimos anos mostram que cada semana a mais de gestação aumenta as chances de o bebê nascer saudável, mesmo quando não há mais risco de prematuridade. As últimas semanas de gestação permitem maior ganho de peso, maturidade cerebral e pulmonar<sup>3</sup>.

Segundo a pesquisa Nascer no Brasil<sup>4</sup>, em 2012, 35% dos bebês analisados nasceram entre a 37<sup>a</sup> e a 38<sup>a</sup> semana de gestação. Embora não consideradas prematuras, estudos demonstram que essas crianças – aparentemente saudáveis – são mais frequentemente internadas em UTI neonatal, apresentam problemas respiratórios, maior risco de mortalidade e déficit de crescimento<sup>5</sup>.

O grande número de nascimentos entre a 37<sup>a</sup> e a 38<sup>a</sup> semana de gestação está associado ao elevado número de cesarianas realizadas antes do trabalho de parto espontâneo, particularmente no setor privado – onde metade dos partos realizados ocorrem nessa idade gestacional.

1 Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

2 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, UNICEF, in [https://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_33687.html](https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_33687.html)

3 Ob-Gyns Redefine Meaning of “Term Pregnancy” –The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013

4 Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre parto e nascimento, 2012

5 Gestational age at birth and morbidity, mortality, and growth in the first 4 years of life: findings from three birth cohorts in Southern Brazil – BMC Pediatrics, 2012

O Brasil é o 2º lugar no mundo em percentual de cesarianas<sup>6</sup>. Enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece em até 15% a proporção de partos por cesariana, no Brasil, esse percentual é de 57%<sup>7</sup>. Eles representam 40% dos partos realizados na rede pública de saúde<sup>8</sup>. Já na rede particular, chegam a 84% dos partos<sup>9</sup>.

Os direitos de cada criança começam – e devem ser garantidos – antes mesmo do nascimento. Para tanto, é fundamental que as mulheres tenham acesso ao pré-natal de qualidade e recebam todas as orientações para que seus filhos possam nascer no momento certo, de forma humanizada.

Sensibilizar a sociedade sobre a importância de esperar o trabalho de parto espontâneo e evitar cesarianas desnecessárias são os objetivos da Quem Espera, Espera, nova campanha do UNICEF pelo direito de nascer na hora certa. A iniciativa é uma contribuição para a estratégia global do UNICEF #EarlyMomentsMatter, que tem como foco a primeira infância.

Por meio da campanha Quem Espera, Espera, o UNICEF reafirma seu compromisso com o País de ajudar a garantir os direitos de mulheres e crianças, desde os primeiros momentos de vida.

Gary Stahl, representante do UNICEF no Brasil

---

6 The State of the World's Children 2016: A fair chance for every child, UNICEF, 2016. Obs.: O Brasil aparece em 2º lugar, considerando-se 99 países com dados disponíveis sobre cesarianas. Os outros 44 países do relatório não trazem esses dados.

7 MS/SVS/Dasis – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc, 2014

8 Saúde Brasil, 2014. Ministério da Saúde.

9 Taxas Partos Cesáreos Brasil, ANS 2015

# O momento certo de nascer

Estudos recentes, publicados pelo The Lancet Series<sup>10</sup>, mostram que o desenvolvimento infantil tem início ainda na concepção e acontece de forma intensa até os 3 anos de vida. Trata-se de uma janela de oportunidade única para investir no desenvolvimento integral e integrado da criança, que inclui: saúde, nutrição, afeto, ambiente seguro, proteção e oportunidades de aprendizagem.

As primeiras ações nesse sentido devem envolver o acesso a um pré-natal de qualidade, acompanhado por profissionais de saúde capacitados, e o direito da mulher e do bebê de esperar o momento certo para o nascimento, que deve acontecer de forma humanizada (*leia mais na página 8*).

A maneira mais precisa de saber se uma criança está pronta para nascer é esperar que ela mesma dê o alerta. Quando o bebê está pronto, o trabalho de parto se inicia espontaneamente e pode resultar em um parto normal – quando tudo corre bem – ou em uma cesariana, caso seja necessária uma intervenção cirúrgica (*saiba mais na página 10*).

O trabalho de parto é benéfico para a mulher e o bebê. Nesse momento, por exemplo, são liberadas substâncias que ajudam no amadurecimento final do organismo da criança, como o hormônio corticoide, que age no pulmão. Para a mulher, o trabalho de parto ajuda também a liberar hormônios importantes que vão prepará-la para a amamentação<sup>11</sup>.

## Os riscos de não esperar o trabalho de parto

Estudos conduzidos nos últimos anos mostram que cada semana a mais de gestação aumenta as chances de o bebê nascer saudável, mesmo quando não há mais risco de prematuridade. As últimas semanas de gestação permitem maior ganho de peso, maturidade cerebral e pulmonar<sup>12</sup>.

Segundo a pesquisa Nascer no Brasil<sup>13</sup>, em 2012, 35% dos bebês analisados nasceram entre a 37ª e a 38ª semana de gestação. Embora não sejam consideradas prematuras, estudos demonstram que essas crianças – aparentemente saudáveis – são mais frequentemente internadas em UTI neonatal, apresentam problemas respiratórios, maior risco de mortalidade e déficit de crescimento<sup>14</sup>.

O grande número de nascimentos entre a 37ª e a 38ª semana de gestação está associado ao elevado número de cesarianas realizadas antes do trabalho de parto espontâneo, particularmente no setor privado – onde metade dos partos realizados ocorrem nesse período.

Estudo realizado em Pelotas com bebês nascidos nos anos 1982, 1993 e 2004, relacionaram a idade gestacional dos nascimentos dos bebês com a mortalidade e morbidade nos seus primeiros quatro anos de vida<sup>15</sup>. Os resultados demonstram que tanto os bebês prematuros como aqueles nascidos na 37ª ou 38ª semana de gestação apresentam risco significativo maior de mortalidade e déficit de crescimento, se comparados os bebês que nasceram entre 39ª e 41ª semana.

10 The Lancet Series – Advancing Early Childhood Development, 2016

11 Prior E et al. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature, 2012

12 Ob-Gyns Redefine Meaning of “Term Pregnancy” – The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013

13 Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre parto e nascimento, 2012

14 Gestational age at birth and morbidity, mortality, and growth in the first 4 years of life: findings from three birth cohorts in Southern Brazil – BMC Pediatrics, 2012

15 Idem 14

## As cesarianas desnecessárias

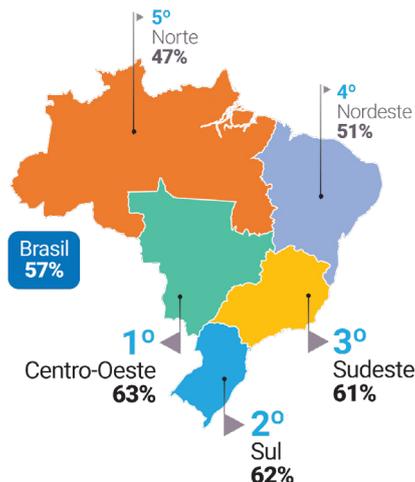
O Brasil é o 2º país no mundo em percentual de cesarianas<sup>16</sup>. Enquanto a OMS estabelece em até 15% a proporção de partos por cesariana, no Brasil esse percentual é de 57%<sup>17</sup>. Elas representam 40% dos partos realizados na rede pública de saúde<sup>18</sup>. Já na rede particular, chegam a 84% dos partos<sup>19</sup>.

Nos últimos 40 anos, o percentual de cesarianas quase quadruplicou no País, passando de 15%<sup>20</sup> para os atuais 57%. Entre os Estados com maiores índices, estão Goiás (67%), Espírito Santo (67%), Rondônia (66%), Paraná (63%) e Rio Grande do Sul (63%) (veja tabela completa na página 16).

Sabe-se que, em uma situação de alto risco, a cesariana pode salvar a vida da mulher, do bebê ou de ambos. No entanto, utilizar a cesariana de forma eletiva – como regra, não exceção – é inaceitável do ponto de vista das evidências científicas.

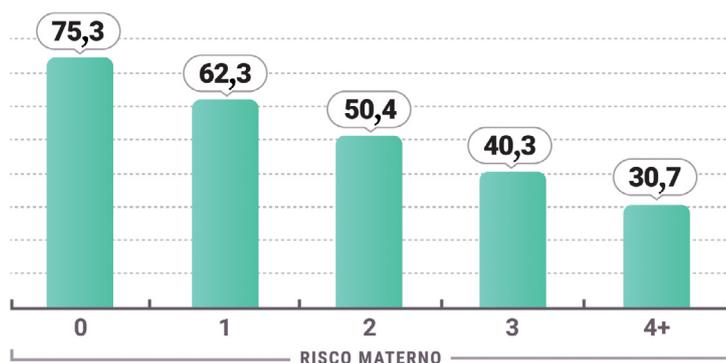
Um estudo realizado pelo pesquisador Cesar Victora, com base em dados do Sistema de Nascidos Vivos de 2000 até 2012, mostra que o principal público da cesariana no Brasil não são as mulheres em situação de maior risco.

O pesquisador agrupou as mulheres de acordo com a quantidade de fatores de risco a que estavam sujeitas: baixa escolaridade, menos de 20 anos de idade, acesso a menos de quatro consultas de pré-natal, entre outros. Paradoxalmente, a maior frequência de cesarianas foi encontrada em gestantes sem nenhum fator de risco: 75,3% delas tiveram seus filhos por meio de cesarianas. Já entre as gestantes com quatro ou mais fatores de risco, apenas 30,7% foram submetidas à cirurgia<sup>21</sup> (veja gráfico abaixo).



MS/SVS/Dasis - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc, 2000-2014

### FREQUÊNCIA DE CESARIANAS X RISCO MATERNO



Victora, Cesar G. Consultoria para realizar pesquisa sobre as relações existentes entre cesariana e nascimento pré-termo e baixo peso ao nascer, UNICEF, 2015

16 The State of the World's Children 2016: A fair chance for every child, UNICEF, 2016. Obs.: O Brasil aparece em 2º lugar, considerando-se 99 países com dados disponíveis sobre cesarianas. Os outros 44 países do relatório não trazem esses dados.

17 MS/SVS/Dasis – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc, 2014

18 Saúde Brasil, 2014. Ministério da Saúde.

19 Taxas Partos Cesáreos Brasil, ANS 2015

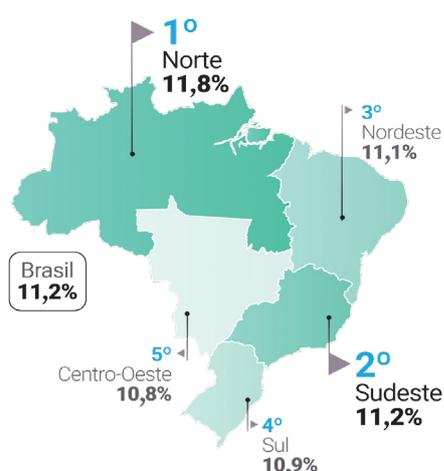
20 Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre parto e nascimento

21 Victora, Cesar G. Consultoria para realizar pesquisa sobre as relações existentes entre cesariana e nascimento pré-termo e baixo peso ao nascer, UNICEF, 2015

Além de privar mulher e bebê dos benefícios do trabalho de parto espontâneo, a cirurgia os expõe a riscos e procedimentos desnecessários. Segundo a Organização Mundial da Saúde<sup>22</sup>, há um risco seis vezes maior de complicações graves para a mulher, associadas à cesariana, especialmente quando realizada sem indicação com base em evidências científicas.

Garantir o direito de esperar o trabalho de parto espontâneo é um dos desafios atuais do Brasil para assegurar a sobrevivência e a saúde de mulheres e seus bebês.

## Os impactos do nascimento prematuro



MS/SVS/Dasis - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc, 2014

Outro ponto de alerta com relação ao momento certo de nascer é o grande número de crianças prematuras no Brasil. Somente em 2014, 332.992 meninos e meninas (11,2% do total)<sup>23</sup> nasceram antes da 37ª semana de gestação no País.

Os números preocupam, uma vez que as complicações relacionadas com a prematuridade são a primeira causa de mortes neonatais e infantis em países de renda alta e média, incluindo o Brasil<sup>24</sup>.

Estudo mostrou que os principais fatores de risco associados à prematuridade são gravidez na adolescência, baixa escolaridade e pré-natal de baixa qualidade. De acordo com a pesquisa, 61% dos nascimentos prematuros analisados aconteceram de forma espontânea. Os outros 39% decorreram de intervenções obstétricas (indução do parto ou cesariana). Destes, pelo menos nove em cada 10 partos foram cesarianas<sup>25</sup>.

A baixa qualidade do pré-natal é um dos fatores cruciais que contribuem com a prematuridade. O País avançou em relação ao acesso – 67% das mulheres fazem sete ou mais consultas de pré-natal ao longo da gestação<sup>26</sup> –, mas a qualidade do atendimento ainda precisa ser garantida.

Um exemplo das possíveis falhas na qualidade do pré-natal é o aumento progressivo dos casos de sífilis congênita no País. De 2006 a 2015, a taxa de incidência subiu 225%, passando de 2,0 para 6,5 casos/mil nascidos vivos<sup>27</sup>. Se adequadamente diagnosticada e tratada durante o pré-natal, a incidência de sífilis congênita pode ser reduzida.

Melhorar a qualidade do pré-natal é outro desafio que o País tem de enfrentar para garantir o direito de todas as mulheres e crianças, sem exceção.

22 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes, Organização Mundial da Saúde, 2010

23 MS/SVS/Dasis – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc, 2014

24 Goldani, Barbieri et al. 2004; Barros, Matijasevich et al. 2010; Victora, Aquino et al. 2011

25 Leal, Maria do Carmo. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil, Reproductive Health, 2016

26 Saúde Brasil 2015/2016, Ministério da Saúde

27 Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde ISSN online 2358-9450



# Parto e nascimento humanizados

Esperar o trabalho de parto espontâneo é um dos aspectos fundamentais para garantir um parto e um nascimento humanizados – que envolvem desde o pré-natal, passando pelo parto, até o pós-parto.

Seja normal ou cirúrgico, o parto deve respeitar as expectativas da mulher e levar em conta as condições de saúde dela e do bebê. O conhecimento dos seus direitos e a realização de um pré-natal de qualidade são fundamentais para favorecer a humanização da atenção ao parto e do nascimento.

## Características do parto e do nascimento humanizados

Muitos conceitos têm sido adotados para a definição de humanização do parto e do nascimento. Todos têm em comum o respeito à mulher como protagonista do processo e o foco na saúde do bebê.

Algumas das condições para que o parto e o nascimento sejam considerados humanizados:

- O ambiente deve permitir que a mulher participe das decisões que dizem respeito a si e a seu bebê;
- Todo o processo deve ser colaborativo, envolvendo médicos obstetras, obstetras, enfermeiras, doulas e outros profissionais;
- A presença de acompanhante de escolha da mulher, prevista em lei, deve ser garantida;
- Os cuidados prestados pelos profissionais de saúde devem estar baseados em evidências científicas e ser compatíveis com a cultura local.

Os cuidados incluem atividades como: acompanhamento pré-natal; controle do bem-estar físico, psicológico, emocional e social da mulher na gestação, no parto e no pós-parto; aconselhamento e atividades educativas desde a gestação até o puerpério; assistência continuada durante o trabalho de parto, no parto e pós-parto imediato; e apoio continuado no pós-parto.

Também é comum que partos e nascimentos humanizados sejam acompanhados por doulas (do grego, “mulheres que servem”). As doulas não fazem nenhum tipo de procedimento médico. O seu papel é acompanhar toda a gestação e ajudar a mulher a tomar decisões, proporcionando conforto durante o trabalho de parto: encontrar a melhor posição para o parto, escolher o que comer, etc. – discutindo as diversas possibilidades e alternativas. As doulas também estão ali para dar tranquilidade e segurança à gestante, encorajando e auxiliando no controle da ansiedade durante o trabalho de parto.

## Procedimentos recomendados



- Garantir o direito do(a) acompanhante escolhido(a) pela mulher de estar presente em todas as etapas do parto e pós-parto.
- Permitir que a mulher seja acompanhada por uma doula.
- Propiciar um ambiente tranquilo à mulher na hora do parto, respeitando sua privacidade.
- Manter uma comunicação frequente entre a equipe de saúde e a mulher, fornecendo a ela todas as informações e prestando esclarecimentos.
- Fazer somente as intervenções necessárias, visando ao bem-estar da mulher e do bebê, com base em evidências científicas, e mediante autorização da mulher.
- Deixar a mulher livre para se movimentar, beber, comer e tomar banho.
- Disponibilizar à mulher alternativas para reduzir a dor, como banhos aquecidos, massagens relaxantes e técnicas fisioterápicas.
- Discutir com a gestante a introdução de medicamentos para alívio da dor e, se utilizados, haver um cuidado para que não interfiram na liberdade dela de se locomover, nem na eficácia das contrações.
- Só realizar a episiotomia (corte no períneo) em caráter excepcional, quando houver indicação médica precisa e com autorização da mulher.
- Usar analgesia, se esse for o desejo da mulher.
- Aguardar que o rompimento da bolsa amniótica aconteça de forma espontânea, e não provocada.
- Permitir que, após o nascimento, o bebê tenha o seu primeiro contato diretamente com a pele do colo da mãe, que já pode oferecer o leite materno.

## Procedimentos não recomendados



- Provocar ou acelerar o parto sem necessidade. A utilização de soro com hormônio (ocitocina) para acelerar o parto raramente é necessária. Se for o caso, a mulher ou a/o acompanhante deve pedir que a equipe de saúde explique as razões. A utilização incorreta desse medicamento pode causar sofrimento para o bebê e risco para a mãe.
- Romper a bolsa de água. Em geral, os partos transcorrem bem e a ruptura da bolsa ocorre espontaneamente, no fim do período de dilatação. Não é preciso rompê-la artificialmente.
- Forçar desnecessariamente a saída do bebê. Não se deve jamais empurrar a barriga da mulher para forçar a saída do bebê. Isso expõe a mulher e o bebê a riscos.
- Fazer episiotomia desnecessária. Não se deve fazer episiotomia de rotina: em vez de proteger o períneo, isso aumenta a chance de complicações e torna o pós-parto mais doloroso, por um período maior.
- Cortar imediatamente o cordão umbilical. Para evitar a anemia nos primeiros seis meses de vida do bebê, o corte do cordão umbilical só deve ser feito quando ele parar de pulsar. A ligadura imediata é indicada em alguns casos, como, por exemplo, se a mãe for soropositiva (viver com o vírus da aids) ou se o sangue da mãe e o do bebê forem incompatíveis (mãe Rh negativo e bebê Rh positivo).
- Deixar de monitorar os batimentos cardíacos do bebê durante o trabalho de parto e no período expulsivo. No entanto, esse monitoramento não precisa ser contínuo.
- Fazer cesariana marcada (eletiva) e desnecessária.

# Tipos de parto

Conhecer melhor as características do parto normal e da cesariana ajuda a entender quando cada um é mais indicado e os benefícios e riscos envolvidos. Qualquer que seja a modalidade de parto, é direito da mulher que ele seja conduzido de forma humanizada.

## Parto normal

O parto normal tem início de forma espontânea e o nascimento ocorre por via vaginal. É um processo que respeita o momento certo de nascimento da criança e acontece da forma mais natural possível.

### Quando optar pelo parto normal

O parto normal deve ser sempre a primeira opção por trazer benefícios para a mulher e o bebê.

### Vantagens para a mulher

- Favorece uma recuperação mais rápida e sem dores após o parto.
- Permite a interação plena com o bebê, desde o primeiro minuto do seu nascimento, favorecendo a criação do vínculo.
- Reduz a probabilidade de repasse de drogas para o bebê, pois, geralmente, a mulher não recebe medicamentos no parto normal.
- A mulher não precisa ser submetida a procedimentos desnecessários e não terá cicatrizes.

### Vantagens para o bebê

- Ao passar pelo canal vaginal:
  - ◇ O tórax é comprimido, favorecendo a expulsão do líquido amniótico dos pulmões;
  - ◇ Acelera a maturidade pulmonar e previne problemas respiratórios;
  - ◇ Melhora o sistema neurológico;
  - ◇ Fortalece o sistema imunológico;
  - ◇ O bebê nasce mais ativo e tem mais chances de se alimentar exclusivamente do leite materno sob livre demanda.
- Além disso, ao passar pelo canal vaginal, a flora bacteriana da mãe passa para o bebê, ajudando-o a formar sua própria flora intestinal (microbiota). Essa microbiota da criança, formada a partir da passagem no canal de parto, previne, no futuro:
  - ◇ em 20% o aparecimento de diabetes tipo I (melhoria do sistema metabólico)<sup>28</sup>;
  - ◇ em 16% o aparecimento de asma<sup>29</sup>;
  - ◇ e o aparecimento de alergias e doenças autoimunes (melhoria do sistema imunológico).

28 Huan Cardwell, C. R. et al. Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. *Diabetologia*, 2008.

29 Huang, L. et al. Is elective cesarean section associated with a higher risk of asthma?. *Journal of Asthma*, 2015

## Cesariana

A cesariana é uma intervenção cirúrgica realizada para retirar o feto quando há algum fator que coloca em risco a saúde da mulher, do bebê ou de ambos.

### Quando optar pela cesariana

- A cesariana só deve ser realizada quando há risco de morte para a mãe, para o bebê ou para ambos, como nos seguintes casos:
  - ◊ A mãe tem uma forma de hipertensão grave que descompensa;
  - ◊ A gestante é soropositiva para o vírus da aids;
  - ◊ O cordão umbilical sai antes do bebê;
  - ◊ A placenta descola antes do nascimento do bebê;
  - ◊ A cabeça do bebê é desproporcional à passagem da mãe;
  - ◊ O bebê está atravessado ou sentado;
  - ◊ A localização da placenta impede a saída do bebê.

### Vantagens e desvantagens para a mulher

- Em uma situação de risco, a cesariana pode salvar a vida da mulher.
- No entanto, ela traz consequências, que precisam ser levadas em conta:
  - ◊ Dor mais intensa no pós-parto e maior risco de infecção;
  - ◊ Maior risco de hemorragia e necessidade de transfusão de sangue;
  - ◊ Maior chance de sequelas – cicatrizes, aderências, lesões de outros órgãos;
  - ◊ Maior tempo para o útero voltar ao tamanho normal;
  - ◊ Maior dificuldade e tempo de recuperação;
  - ◊ Maior chance de placenta prévia (localização anormal da placenta) em gestações posteriores;
  - ◊ Maior risco de tromboembolismo – sangue coagulado de uma veia que se desloca de seu local de formação e migra para um dos pulmões;
  - ◊ Maior risco de problemas renais;
  - ◊ Maior dificuldade para amamentar;
  - ◊ Maior tempo de separação entre mãe e bebê logo após o nascimento;
  - ◊ Maior dificuldade na formação do vínculo com o bebê;
  - ◊ Maior risco de depressão pós-parto;
  - ◊ Maior tempo de internação hospitalar;
  - ◊ Maior risco de nova cesárea em gestação futura.

### Vantagens e desvantagens para o bebê

- Em uma situação de risco, a cesariana pode salvar a vida do bebê.
- Mas, ao não passar pelo trabalho de parto e pelo canal vaginal, ele não tem acesso aos benefícios do parto normal.

# Direitos da mulher

Toda mulher deve conhecer seus direitos, garantidos por lei, na hora do parto, seja normal ou cesariano.

Em 2015, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), juntamente com o Ministério da Saúde (MS), anunciou novas regras em relação ao parto no Brasil. A medida visa, além de garantir os direitos da gestante antes, durante e após o parto, estimular o parto normal ou o parto e o nascimento humanizados, tanto na rede pública quanto na rede particular de saúde.

- a. Com a Resolução Normativa nº 368/2015, as operadoras de planos de saúde, quando solicitadas, deverão divulgar os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico.
- b. Também serão obrigadas a providenciar a Caderneta da Gestante e a Carta de Informação à Gestante, na qual deverá constar o registro de todo o pré-natal. A Resolução Normativa nº 368/2015 determina ainda que os obstetras usem o Partograma (documento gráfico em que é registrado tudo o que acontece durante o trabalho de parto).
- c. Com a Caderneta da Gestante, os profissionais de saúde que atendem o parto terão conhecimento de como ocorreu a gestação, proporcionando, dessa forma, melhor atendimento.
- d. No Partograma, devem constar informações essenciais para o parto, como, por exemplo, se a gestante tem doenças como diabetes, hipertensão, se faz uso de remédios, qual a situação do bebê, como estão as contrações, a posição do bebê, a evolução do parto, entre outras.
- e. A Lei do Acompanhante no Parto (Lei nº 11.108), em vigor desde 2005, determina que os hospitais, maternidades e assemelhados autorizem a presença de uma acompanhante ou um acompanhante, indicado pela gestante, como marido, irmã, mãe, amiga, não importando se há parentesco ou o sexo, para acompanhá-la durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto.

## **Portarias e Resoluções que asseguram os direitos da gestante, sua segurança e melhor qualidade do serviço:**

- Lei N° 11.108, de 7 de abril de 2005 – Altera a Lei n° 8.080, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (<http://bit.ly/1f4WTKU>).
- Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (<http://bit.ly/1luhiiN>).
- Portaria N° 2.418, de 2 de dezembro de 2005 – Regulamenta, em conformidade com o art. 1° da Lei n° 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS (<http://bit.ly/2prcB07>).
- RDC 36, de 3 de junho de 2008 – Anvisa. Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal (<http://bit.ly/2p39rn1>).
- RDC 36, de 25 de julho de 2013 – Anvisa. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências (<http://bvsm.s>  
<http://bit.ly/2owS11u>).



Quem  
espera  
Espera

# Sobre a campanha Quem Espera, Espera

Quem Espera, Espera é a nova campanha lançada pelo UNICEF para sensibilizar os brasileiros, especialmente mulheres e suas famílias, sobre a importância do trabalho de parto espontâneo e do parto e nascimento humanizados.

O elemento central da campanha, criada pela agência mcgarrybowen, é uma série de vídeos informativos sobre o trabalho de parto espontâneo e o parto humanizado. Os vídeos, produzidos pela Conspiração Filmes, contam com a participação da atriz Heloísa Périssé, que doou seu cachê para o UNICEF.

A iniciativa conta com a plataforma digital [quemesperaespera.org.br](http://quemesperaespera.org.br), que apresenta conteúdos sobre a importância de esperar pelo trabalho de parto, tipos de parto e parto e nascimento humanizados. Na plataforma, as pessoas serão convidadas a enviar depoimentos sobre sua experiência com o parto de seus filhos. Também é possível baixar um plano de parto ou personalizá-lo de acordo com suas preferências.

A criação e a produção da campanha e dos vídeos foram realizadas de forma probono para o UNICEF em parceria com mcgarrybowen, Conspiração e Isobar.

## Filmes

Quatro filmes compõem o material audiovisual da campanha: um filme institucional e três episódios informativos. Os filmes foram adaptados para diferentes formatos como cinema, TV, internet e mobiliário urbano. Os episódios informativos falam sobre a importância de esperar pelo trabalho de parto. Os vídeos apresentam, de forma bem humorada, situações cotidianas comentadas pela atriz Heloísa Périssé.

## Plataforma digital

A plataforma digital [quemesperaespera.org.br](http://quemesperaespera.org.br) apresenta conteúdos informativos sobre trabalho de parto, tipos de parto e parto e nascimento humanizados. Essa plataforma também permite que as pessoas enviem seus depoimentos sobre sua experiência com o parto e criem um trabalho de parto de seus filhos.

## Peças gráficas

Os conteúdos da campanha estão sendo divulgados, por meio de parcerias, em material impresso e peças de mobiliário urbano.

# Dados e tabelas

## Nascimentos por tipo de parto, Brasil, Regiões e Unidades da Federação – Período: 2014

Região/Unidade da Federação	Vaginal	Cesáreo	Ignorado	Total	Vaginal	Cesáreo
<b>TOTAL</b>	<b>1.277.175</b>	<b>1.697.954</b>	<b>4.130</b>	<b>2.979.259</b>	<b>43%</b>	<b>57%</b>
<b>Região Norte</b>	<b>170.487</b>	<b>150.497</b>	<b>698</b>	<b>321.682</b>	<b>53%</b>	<b>47%</b>
.. Acre	10.631	6.500	8	17.139	62%	38%
.. Amapá	10.445	5.799	27	16.271	64%	36%
.. Amazonas	50.149	30.722	274	81.145	62%	38%
.. Pará	70.839	72.380	284	143.503	49%	50%
.. Rondônia	9.254	18.263	43	27.560	34%	66%
.. Roraima	7.241	3.845	34	11.120	65%	35%
.. Tocantins	11.928	12.988	28	24.944	48%	52%
<b>Região Nordeste</b>	<b>407.277</b>	<b>424.065</b>	<b>1.748</b>	<b>833.090</b>	<b>49%</b>	<b>51%</b>
.. Alagoas	23.382	28.356	121	51.859	45%	55%
.. Bahia	112.919	90.581	534	204.034	55%	44%
.. Ceará	54.009	74.424	248	128.681	42%	58%
.. Maranhão	66.904	49.741	426	117.071	57%	42%
.. Paraíba	24.096	33.351	88	57.535	42%	58%
.. Pernambuco	65.396	77.893	200	143.489	46%	54%
.. Piauí	22.378	25.540	23	47.941	47%	53%
.. Rio Grande do Norte	19.274	28.746	91	48.111	40%	60%
.. Sergipe	18.919	15.433	17	34.369	55%	45%
<b>Região Sudeste</b>	<b>459.801</b>	<b>722.007</b>	<b>1.141</b>	<b>1.182.949</b>	<b>39%</b>	<b>61%</b>
.. Espírito Santo	18.757	37.736	55	56.548	33%	67%
.. Minas Gerais	111.339	155.253	538	267.130	42%	58%
.. Rio de Janeiro	88.580	144.754	250	233.584	38%	62%
.. São Paulo	241.125	384.264	298	625.687	39%	61%
<b>Região Sul</b>	<b>148.811</b>	<b>247.493</b>	<b>158</b>	<b>396.462</b>	<b>38%</b>	<b>62%</b>
.. Paraná	58.943	100.904	68	159.915	37%	63%
.. Rio Grande do Sul	53.056	90.221	38	143.315	37%	63%
.. Santa Catarina	36.812	56.368	52	93.232	39%	60%
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>90.799</b>	<b>153.892</b>	<b>385</b>	<b>245.076</b>	<b>37%</b>	<b>63%</b>
.. Distrito Federal	19.988	24.632	101	44.721	45%	55%
.. Goiás	32.258	67.290	250	99.798	32%	67%
.. Mato Grosso	21.812	34.655	32	56.499	39%	61%
.. Mato Grosso do Sul	16.741	27.315	2	44.058	38%	62%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc

1. Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Nascidos Vivos, com maior detalhamento das informações coletadas. Para esse ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011".

## Percentual de cesarianas, Brasil e Regiões – Período: 2000 - 2014

Cesáreo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	38%	38%	39%	40%	42%	43%	45%	46%	48%	50%	52%	54%	56%	57%	57%
1 Região Norte	27%	27%	28%	29%	31%	32%	34%	35%	38%	40%	42%	43%	45%	46%	47%
2 Região Nordeste	25%	26%	27%	29%	30%	32%	35%	36%	39%	41%	44%	46%	48%	50%	51%
3 Região Sudeste	46%	47%	48%	49%	50%	52%	53%	54%	56%	57%	58%	59%	61%	61%	61%
4 Região Sul	42%	43%	44%	46%	48%	50%	51%	53%	55%	56%	58%	60%	62%	63%	62%
5 Região Centro-Oeste	43%	44%	44%	46%	47%	49%	51%	53%	54%	56%	57%	59%	61%	62%	63%

Fonte: MS/SVS/Dasis - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc

Nota: 1. Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Nascidos Vivos, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011".

## Percentual de nascimentos antes de 37 semanas de gestação, Brasil, Estados e Regiões

Período: 2011- 2014

Região/Unidade da Federação	2011	2012	2013	2014
<b>Brasil</b>	<b>9,8%</b>	<b>11,9%</b>	<b>11,5%</b>	<b>11,2%</b>
<b>Região Norte</b>	<b>9,9%</b>	<b>12,5%</b>	<b>12,1%</b>	<b>11,8%</b>
.. Acre	8,7%	13,4%	12,0%	12,5%
.. Amapá	13,1%	13,0%	11,0%	10,5%
.. Amazonas	12,9%	12,2%	11,9%	12,1%
.. Pará	8,0%	12,5%	12,6%	12,3%
.. Rondônia	8,2%	10,2%	9,6%	8,8%
.. Roraima	14,9%	16,2%	15,0%	13,8%
.. Tocantins	10,6%	12,9%	12,4%	10,7%
<b>Região Nordeste</b>	<b>10,5%</b>	<b>11,3%</b>	<b>11,3%</b>	<b>11,1%</b>
.. Alagoas	11,3%	11,9%	11,4%	10,6%
.. Bahia	10,5%	11,0%	11,0%	10,6%
.. Ceará	9,5%	11,6%	11,6%	11,8%
.. Maranhão	8,8%	10,8%	11,3%	11,2%
.. Paraíba	10,5%	11,3%	10,6%	10,7%
.. Pernambuco	11,6%	11,9%	11,8%	11,6%
.. Piauí	10,6%	11,0%	11,4%	10,9%
.. Rio Grande do Norte	12,5%	13,0%	13,2%	13,3%
.. Sergipe	10,7%	9,2%	8,8%	8,7%
<b>Região Sudeste</b>	<b>9,4%</b>	<b>12,2%</b>	<b>11,7%</b>	<b>11,2%</b>
.. Espírito Santo	9,6%	10,5%	9,9%	9,7%
.. Minas Gerais	9,7%	12,2%	11,5%	11,0%
.. Rio de Janeiro	9,7%	12,1%	11,6%	11,4%
.. São Paulo	9,2%	12,4%	12,0%	11,4%
<b>Região Sul</b>	<b>9,3%</b>	<b>11,8%</b>	<b>11,0%</b>	<b>10,9%</b>
.. Paraná	7,2%	11,9%	10,5%	10,3%
.. Rio Grande do Sul	11,7%	12,1%	11,6%	11,5%
.. Santa Catarina	9,1%	11,4%	10,8%	10,8%
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>10,0%</b>	<b>11,3%</b>	<b>11,0%</b>	<b>10,8%</b>
.. Distrito Federal	10,9%	11,5%	10,8%	10,8%
.. Goiás	9,2%	10,8%	10,8%	10,5%
.. Mato Grosso	11,2%	10,9%	10,5%	10,6%
.. Mato Grosso do Sul	9,0%	12,4%	12,0%	11,8%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc

