

---

## O que é o parto normal e qual a sua importância?

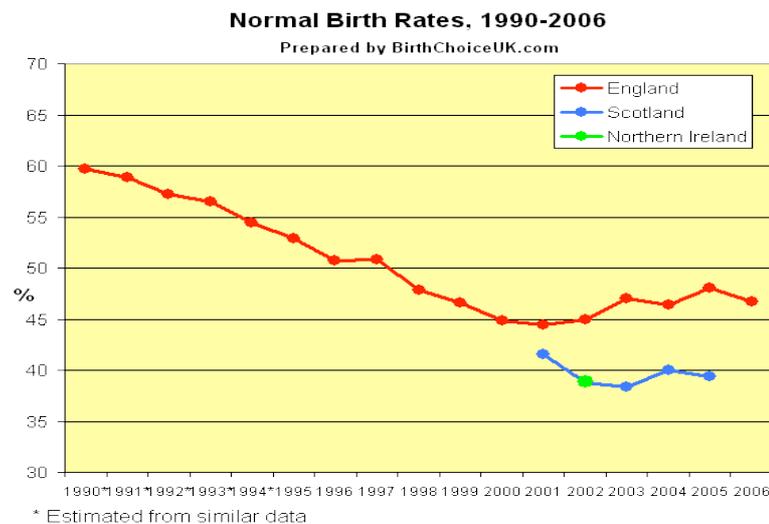
SOO DOWNE

Universidade de Central Lancashire

---

Tenho comigo muitos slides, no entanto como temos pouco tempo, provavelmente é mais importante dar-vos a palavra, do que sermos nós a falar. Fazemos o que é “normal”, pois poderia dizer-se que o parto por cesariana é normal em Portugal. Mas o parto normal não é isso, não é o que é comum, mas sim o que é fisiológico. Este é um slide que reflete a situação no Reino Unido até 2006. Embora os dados não sejam muito recentes, dizem respeito ao parto normal (Figura 3).

Figura 3: Prevalência de Parto Normal em Inglaterra, Escócia e Irlanda do Norte, 1990 – 2006



Fonte: [www.BirthChoiceUK.com](http://www.BirthChoiceUK.com)<sup>1</sup>

No Reino Unido, existe uma definição para trabalho de parto normal semelhante à definição que vos apresento:

*A transição fisiológica da gravidez para a parentalidade [que] acarreta uma enorme mudança em cada mulher, física e psicologicamente... Cada sistema no corpo é afetado e a experiência representa um grande ritual de passagem na vida da mulher.*  
Bennett e Brown (orgs.), 1993: 139.

---

<sup>1</sup> [www.birthchoiceuk.com/Professionals/Frame.htm](http://www.birthchoiceuk.com/Professionals/Frame.htm). Acedido no dia 28 de Janeiro 2014.

As taxas de parto normal no Reino Unido caíram substancialmente. Recomeçaram a subir desde que percebemos que existe um problema, cerca do ano 2002, e que começámos a abordá-lo. As taxas melhoraram ligeiramente, mas não de forma dramática.

Logo, é um problema que não existe somente em Portugal, está presente em praticamente todo o mundo, em todos os lugares. Vejamos, então, as nossas estatísticas e quero mesmo reforçar este ponto, uma vez que é comum ouvir-se dizer que alguns países do mundo apresentam taxas mais elevadas de intervenção porque as mulheres estão mais expostas a riscos, ou porque fazem escolhas diferentes, ou seja lá por que motivo for. Estes dados (Figura 4) são do Reino Unido e vou-vos falar sobre a variação, uma vez que a nossa taxa global de episiotomia é de 8%, o que não é mau, aliás é uma taxa muito boa quando comparada com alguns países. Contudo, varia de 3,4% num hospital para 18% noutro. Não fazemos a mínima ideia se 3% é um valor muito baixo ou se 18% é um valor muito alto, tudo o que sabemos é que essas diferenças não podem ser de base fisiológica. É completamente impossível que mulheres separadas por 140 quilómetros de distância tenham fisiologias tão diferentes. Isto leva-nos a crer que está mais relacionado com a filosofia dos prestadores de cuidados, do que com aquilo que as mulheres realmente necessitam.

Figura 4: Estatísticas do Reino Unido 2005-2006

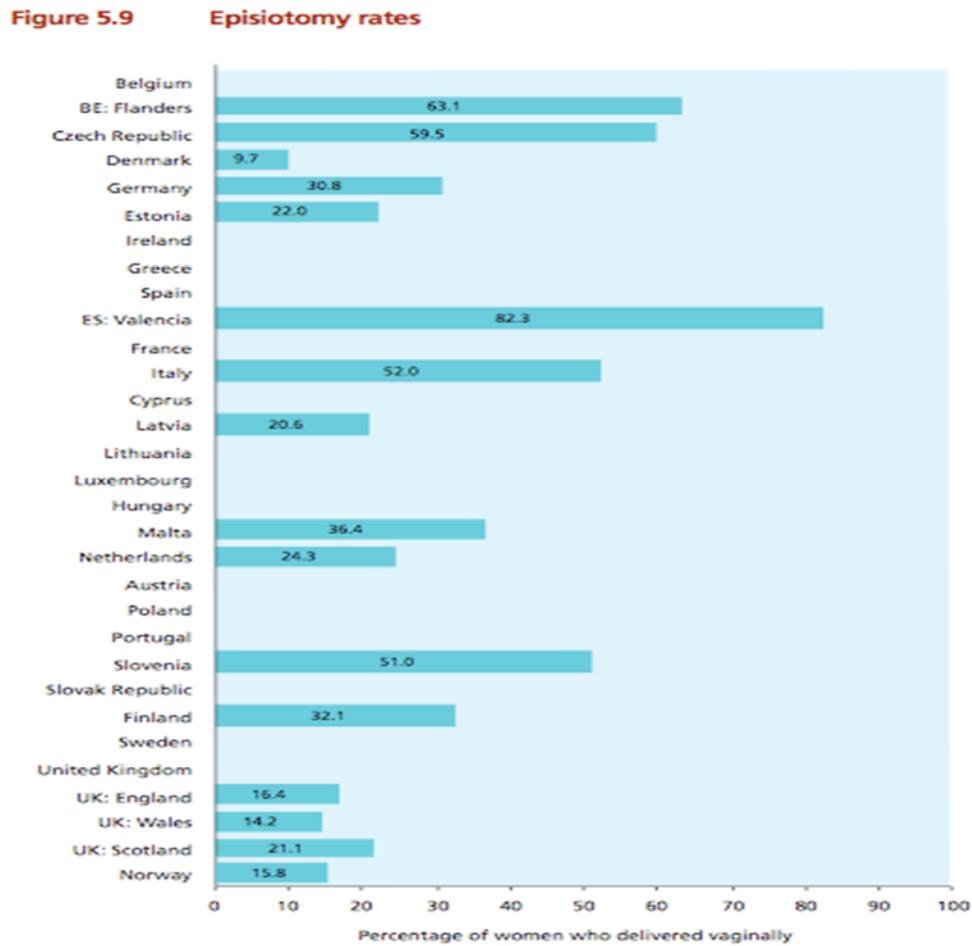
652.377 nascimentos relatados	
Episiotomia: 8.3%	
-	George Eliot Hospital NHS Trust 18.4%
-	Barnsley Hospital NHS Foundation Trust 3.4%
Cesariana: 24.8%:	
-	Imperial College Healthcare NHS Trust, London 31.4%,
-	Shrewsbury and Telford Hospital 15.8%
Indução: 20.2 %	

Fonte: The Information Centre for Health and Social Care, Maternity Statistics, England: 2005-06. Statistical Bulletin 2007<sup>2</sup>.

O mesmo verifica-se nas cesarianas, onde a nossa taxa global é de 24%/25%, embora varie entre 31% (todos os hospitais de Londres têm taxas elevadas) e 15%. Uma vez mais, isto não pode ser fisiológico para um só país. Gostaria de insistir na questão da variação: estes dados são do Euro-Peristat, a mesma fonte usada pela Joanna. A episiotomia varia entre 9,7% na Dinamarca e 82% em Valência, Espanha: mais uma vez, é completamente impossível que se possa explicar essa diferença a partir de razões fisiológicas]; e, de forma idêntica, verificam-se variações tanto nas cesarianas como nos partos vaginais.

<sup>2</sup> Sujeito a copyright © 2007, reutilizado com a permissão do The Information Centre. Disponível em: [www.ic.nhs.uk](http://www.ic.nhs.uk). [Taxas de cesariana extraídas dos dados da tabela 33 do Maternity Tail. Onde a informação é omissa, os dados foram extraídos do núcleo de registos HES (Hospital Episode Statistics) codificados por procedimento, na tabela 33].

Figura 5: Taxas de Episiotomia na Europa, 2004



Fonte: [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com) (dados de 2004)

Na minha palestra irei colocar alguma ênfase nas cesarianas, no entanto não quero transmitir a ideia de que a cesariana é uma coisa obviamente má e ponto final. Em alguns casos, em muitos casos, a cesariana pode salvar vidas, é essencial, e tem de estar disponível quando é necessária. Mas o problema é o excesso de uso. Este slide (Figura 6) é sobre a diretriz do Instituto Nacional de Saúde e Cuidados de Excelência (NICE – National Institute for Health and Care Excellence). São estas diretrizes que utilizamos no Reino Unido para fundamentar as nossas práticas; assim, sabemos que a taxa de cesariana deve rondar os 15%. A nossa é de 25%, o que per si já é um valor bastante elevado. Apresento os resultados atestados pela diretiva do NICE que, com base em evidência, são os mais prováveis depois de uma cesariana. Não vou enunciar todos, mas estes incluem: histerectomia, morte da mãe, impossibilidade de gravidez futura, placenta prévia, morte do bebé na gravidez subsequente (morte fetal na segunda gravidez depois de uma cesariana). Menos prováveis depois de uma cesariana: dor, dor perineal, incontinência urinária e prolapso. Estou convencida de que este

tipo de evidência não é disponibilizado às mulheres, pois acho que se estivessem conscientes disto o balanço seria muito diferente: provavelmente penderia muito mais no sentido de não fazer uma cesariana do que de fazê-la.

Figura 6: Uma gestão ativa do trabalho de parto é melhor? A evidência em torno da cesariana

Resumo dos efeitos da cesariana para a mulher

Mais provável após uma cesariana	Sem diferença após uma cesariana	Menos provável após a cesariana
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor no abdómen</li> <li>• Lesão na bexiga</li> <li>• Lesão no canal que liga o rim à bexiga (ureter)</li> <li>• Necessidade posterior de uma cirurgia</li> <li>• Histerectomia (remoção do útero)</li> <li>• Internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos</li> <li>• Desenvolvimento de coágulos no sangue</li> <li>• Internamento mais longo</li> <li>• Reinternamento após a alta</li> <li>• Morte materna</li> <li>• Não ter mais filhos</li> <li>• Um posicionamento da placenta que bloqueia a entrada do útero (placenta prévia), numa gravidez futura</li> <li>• Ruptura uterina numa gravidez futura</li> <li>• Numa futura gravidez, morte do bebé antes do trabalho de parto começar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perder mais que um litro de sangue (hemorragia) antes ou depois do parto</li> <li>• Infecção na ferida operatória ou no tecido uterino (endométrio)</li> <li>• Lesões no útero ou em estruturas genitais, como o colo do útero</li> <li>• Incontinência fecal (perda de controlo na atividade intestinal)</li> <li>• Depressão pós-parto</li> <li>• Dores nas costas</li> <li>• Dor durante o ato sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor na região entre o ânus e a vagina (períneo)</li> <li>• Incontinência urinária 3 meses depois do parto</li> <li>• Deslocação (prolapso) do útero pela parede vaginal</li> </ul>

Fonte: NICE 2004 Cesarean section: Quick reference guide<sup>3</sup>

Há ainda outros dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) acerca do que está a acontecer a nível internacional (Figura 7), pois sabemos que este é um problema internacional. A nível global, cerca de 1% de todos os partos são cesarianas sem indicações clínicas. Na China, são 11,6% de todos os partos – um valor muito, muito elevado, incluindo taxas elevadas de cesarianas a pedido da mulher, ao ponto de, em alguns lugares, 80 a 100% dos partos são por cesariana, por diversas razões. Assim, ao comparar as cesarianas sem indicações clínicas com o parto vaginal espontâneo, verificou-se que as complicações graves aumentavam nas mulheres com cesarianas sem indicação, com um *odds ratio* de 2,5. Ou seja, as mulheres que recorriam a cesarianas quando não existiam indicações

<sup>3</sup> Tradução nossa. Disponível na versão original, em inglês, em: [www.nice.org.uk/nicemedia/live/10940/29333/29333.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10940/29333/29333.pdf). Acedido a 28 de Janeiro de 2013

apresentavam um risco duas vezes e meia mais elevado de complicações graves. Logo, a cesariana não é necessariamente um procedimento benigno, a partir de um certo ponto.

Figura 7: Evidências recentes: Parto por cesariana



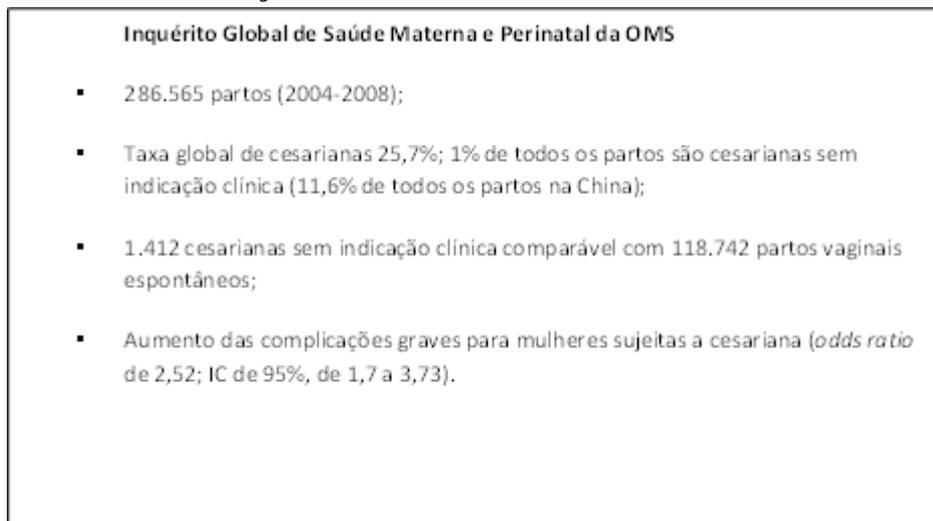
Fonte: Souza *et al.*, 2010<sup>4</sup>

Os dados seguintes (Figura 8) partem de um conjunto de informações similar, também interessante. Compara-se uma ampla variedade de nascimentos destacando três fatores específicos de mortalidade e morbidade maternas:

- No caso de uma cesariana a pedido sem indicação no pré-parto, verificou-se nestas mulheres um aumento de risco da mortalidade e morbidade, com um *odds ratio* de 2,7, pelo que não é isenta de riscos.
- Quanto ao risco no pré-parto, por exemplo em mulheres com pré-eclampsia ou em bebés com grave restrição de crescimento, o *odds ratio* situava-se nos 10,6. É razoável, é de esperar uma taxa mais elevada de mortalidade materna nestas circunstâncias, e a cesariana é declaradamente necessária.
- No entanto - o que eu achei verdadeiramente chocante - foram as cesarianas sem indicação [materna ou fetal] no intraparto ou seja, cesarianas decididas e realizadas durante o trabalho de parto sem qualquer fundamento (evidência científica). Neste caso o *odds ratio* de uma mortalidade ou morbidade severa era superior em 14,2 quando comparada com as cesarianas com indicação médica no anteparto. Assim, os resultados nas mulheres que apresentavam patologia na gravidez eram melhores do que nas mulheres saudáveis sujeitas a cesariana decidida no intraparto. Estes dados mostram que, sem indicação clínica, uma cesariana não se justifica porque pode pôr a mãe e o bebé em risco, e de acordo com os dados, põe em risco a mãe, em particular.

<sup>4</sup> [www.biomedcentral.com/1741-7015/8/71](http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/71). Acedido no dia 28 de Janeiro 2014.

Figura 8: Evidências recentes: Cesarianas na Ásia 2007-2008



Fonte: Lumbiganon *et al.*, 2010<sup>5</sup>

Portanto, a questão é: será que isto é importante para as mulheres? Porque é habitual dizer-se: as mulheres escolhem a cesariana, esta é uma sociedade de consumo, as mulheres querem o que querem, não se pode argumentar contra isso uma vez que a sua escolha é o mais importante.

*Pergunta:* Posso perguntar uma coisa? É sobre o slide anterior (Figura 8), quando diz: pré-parto sem indicação, está a referir-se a cesarianas a pedido?

*Soo Downe:* Sim a pedido, cesarianas puramente a pedido. O que o slide mostra é que, ao comparar as mulheres que optavam por uma cesariana antes do parto, com aquelas que tinham um parto espontâneo, estas estavam 2,7 vezes menos propensas a correr esse risco.

Agora, as informações seguintes são respeitantes ao Brasil. E a razão para ter escolhido este caso é porque se sabe que no Brasil a taxa de cesarianas tem sido historicamente elevada há pelo menos uma geração, provavelmente duas gerações, sendo muitas vezes explicada como sendo a escolha das mulheres, já que as mulheres brasileiras gostam de ficar bonitas, com cicatrizes muito pequenas, não querendo passar pelo trabalho de parto. Sim. Portanto, em 2001 foi realizado um estudo qualitativo (Faúndes *et al.*, 2004)<sup>6</sup> e analisou-se um grande número de mulheres – 656 mulheres em sete hospitais – e a maioria das mulheres afirmaram que preferiam o parto vaginal. Na realidade, o mais interessante foi quando perguntaram qual a preferência de mulheres que tinham tido um parto vaginal e uma cesariana, e 90,4% continuavam a preferir o parto vaginal.

Assim, tendo tido a experiência de ambos os partos, num país onde a cesariana é muito comum, onde se calcula que as mulheres façam escolhas sobre o parto, ainda assim a

<sup>5</sup> [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2961870-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2961870-5/abstract). Acedido no dia 28 de Janeiro 2014.

<sup>6</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15311287](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15311287). Acedido no dia 18 de Janeiro 2014. Versão Portuguesa completa: Faúndes *et al.* [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000400002); Osis *et al.*, 2001, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11742644](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11742644). Acedido no dia 11 de Fevereiro 2014.

grande maioria preferia o parto vaginal. Tudo isto coloca um grande ponto de interrogação sobre o argumento da escolha das mulheres, penso eu. Mesmo aquelas que só tinham tido cesarianas, mesmo assim 3 em cada 4 (75,9%) diziam preferir um parto vaginal numa próxima vez. Por isso, mesmo quando não tinham por comparação o parto vaginal, e inclusive numa sociedade onde as suas mães provavelmente teriam optado pela cesariana, se lhes fosse dada escolha, a maioria delas penderia para o parto vaginal. Agora, obviamente, isto diz respeito a um só país e é apenas um conjunto de dados, não se sabendo se pode ser generalizável; contudo acho que é um exemplo particularmente interessante, já que é um país com uma longa tradição de cesarianas. Uma das coisas que estamos a tentar investigar no âmbito da Ação COST é a ideia de “salutogénese”. Não estamos interessados no que corre mal, em patologia, mas no que corre bem. O que acontece quando as coisas correm muito bem? É nisso que estamos interessados. Também estamos particularmente interessados numa forma de a medir, pois acho que existe uma tendência para medir, em obstetrícia e em cuidados de saúde materna, a patologia – quando as coisas correm mal – e a satisfação. E é um facto bem conhecido para a maioria dos cientistas sociais que se se perguntar a qualquer população se está satisfeita, 80% vai dizer que sim, não importa o que for, por causa das expectativas de resposta. Então, expectativas e experiências tendem a equiparar-se em torno dos 80%. No entanto, o que sucede nos cuidados de saúde materna é que se se prestar um serviço particularmente fantástico, não há como medi-lo, pois tudo o que se pode avaliar é se a utente ficou satisfeita ou não.

Por isso, começámos a pensar no que poderíamos medir além da satisfação. E fizemo-lo neste estudo, observando mulheres que tinham tido partos traumáticos (Thomson e Downe, 2010). Conversámos sobre as suas experiências, e depois acompanhámo-las na sua experiência e trabalho de parto seguintes, normalmente muito melhores. Sabemos que as mulheres tendem a ter nascimentos melhores na segunda vez, especialmente se estão preparadas. Após o nascimento do primeiro filho - estas eram sobretudo as mulheres traumatizadas – usavam termos como violação, horror, abuso, trauma, terror, estas eram as palavras que utilizavam. Depois do segundo nascimento, usavam palavras como alegria, euforia, fantástico, positivo, surpreendente, apaixonada, incrível, e estas não são palavras que se costumam recolher quando se medem os cuidados de saúde materna. Vou ler uma citação de uma mulher:

*“Não só não era negativo, era “wow”, percebe? O corpo humano não é absolutamente fantástico? E aquele tipo de dor positiva, sabe? Alguma coisa boa iria sair dela. E foi simplesmente fantástico, foi mesmo.”*

Não medimos este tipo de coisas, e acho que ao não medi-las perdemos uma quantidade enorme de informação. Este diapositivo é outro exemplo, retirado do *New York City Times*, um pai a falar sobre a experiência de parto muito positiva da sua mulher (Figura 9).

Figura 9: Efeitos salutogénicos dos cuidados de saúde de qualidade

## Cuidados de saúde de qualidade tem efeitos (salutogénicos, fractais) de grande alcance

- *"...Então fui muito além das minhas expectativas, acima e além do que alguma vez poderia ter imaginado*
- *Foi incrível*
- *Senti um amor tão grande pela minha mulher, um amor que nunca tinha antes*
- *Ela deixou-me deslumbrado*

New York City Times 2008



Fonte: New York City Times 2008

E aqui a questão não é só sobre a forma como a mulher se sente, é sobre como o seu parceiro se sente. Isso é importante para a parentalidade no futuro, na verdade sempre me emocionou esta frase, "Ela deixou-me deslumbrado". Está relacionada com o facto de as mulheres serem capazes de expressar o seu carácter feminino no trabalho de parto e de isso ser evidente para o parceiro. É algo que é retirado às pessoas se existir um uso elevado de intervenção tecnocrática durante o trabalho de parto - é algo que se perdeu, eu acho, e é uma pena.

E mais outra citação do mesmo estudo de que vos falei há pouco: "Não é possível ter aquela sensação com nada que exista à face da terra, drogas, álcool, nada. Só queria engarrafar e preservar para sempre esse sentimento. E ainda o sinto". E mais uma vez o ponto sobre esta citação é que as mulheres que experienciam este tipo de trabalho de parto e o próprio parto, ressoa no seu futuro. Não é algo que simplesmente acontece, não é apenas um dia, e depois desaparece. É algo que funciona no futuro, na relação dos pais com o seu bebé, entre eles e o seu parceiro, através de caminhos que estamos apenas a começar a compreender e que não devemos mesmo perder.

E isto interessa às *midwives*? O estudo de que vos vou falar agora, muito brevemente, está a ser levado a cabo por Mavis Kirkham<sup>7</sup>, que alguns de vocês devem conhecer como sendo uma excelente investigadora. Foi-lhe pedido pelo governo britânico que percebesse a razão pela qual as *midwives* deixam a sua profissão, já que este é um problema muito grande no Reino Unido. Temos um número muito elevado de *midwives* registadas, a maioria das quais não está a exercer, e a principal razão invocada para abandonar a profissão era a

---

<sup>7</sup> Professora Jubilada de *Midwifery*, Sheffield Hallam University, Reino Unido.

insatisfação com a forma como lhes era pedido que exercessem. Não era o dinheiro, não eram as horas de trabalho em particular, mas antes porque não podiam exercer o tipo de cuidados maternos que efetivamente queriam praticar; por isso desistiam, por causa de toda a "tecnocracia". Estavam descontentes com a baixa qualidade de cuidados que poderiam prestar, descontentes com a falta de relações que poderiam estabelecer com as suas utentes, descontentes com a falta de pessoal – que também era parte do mesmo problema – e descontentes com a falta de apoio dos administradores (Curtis, Ball e Kirkham, 2006).

Os médicos também estão a desistir e, até ao momento, ainda não houve quem investigasse a questão dos obstetras, apesar do meu palpite ser que, para além do litígio, muitos dos problemas supramencionados também estão em jogo. Tenho muitos colegas obstetras que estão deveras insatisfeitos por já não conseguirem estabelecer relações com as mulheres, e isto é um problema que os afeta tanto quanto afeta as *midwives*. Penso que este não é um fenómeno exclusivo das *midwives*, julgo que as enfermeiras que trabalham em obstetrícia se possam sentir da mesma maneira. Fundámos a campanha para o parto normal no Reino Unido como consequência de alguns destes problemas. A campanha foi criada tendo em vista as *midwives*, embora outros agentes possam fazer uso dela. Baseia-se na narrativa de histórias, histórias relatadas por parteiras, e utilizamo-la como uma forma de isolar os elementos por trás da história, a pesquisa e as questões políticas e práticas; é um *site* que está disponível gratuitamente, podem visitá-lo se tiverem interesse<sup>8</sup>.

Figura 10: Homepage da campanha para o parto normal no Reino Unido

The screenshot shows the homepage of the Campaign for Normal Birth website. At the top, there is a navigation menu with links for Stories, Practice, Research, News, Events, Forum, and Links. The main content area is divided into several sections. On the left, there is a large orange banner titled "The big push for normal birth" with a call to action. Below this, there are two columns: "Research" and "Events". The "Research" section has a form to submit articles and a "Let us know" button. The "Events" section has a form to submit local events and a "We also would like to receive your feedback" section. On the right, there is a photo of a woman in a bathtub with a baby, and a poll titled "Have your say" asking about artificial rupture of membranes. The footer contains links for "About the Campaign", "The RCM team", "Site map", and "Terms and privacy statement".

Fonte: [www.rcmnormalbirth.org.uk/](http://www.rcmnormalbirth.org.uk/)

<sup>8</sup> [www.rcmnormalbirth.org.uk/](http://www.rcmnormalbirth.org.uk/)

A próxima questão, que tem a ver um pouco com aquilo que a Joanna estava a dizer, relaciona-se com os contribuintes e financiadores. Este estudo é muito interessante (Figura 11), foi publicado muito recentemente, e examina a medicalização desnecessária. Na verdade não gosto da palavra medicalização, pois acho que não são só os médicos que utilizam este tipo de procedimentos. É por isso que prefiro usar o termo “intervenção tecnocrática”, mas mesmo assim neste estudo chamam-no de medicalização. Observou-se um conjunto diversificado de fatores, de modo a analisar qual era o custo da medicalização desnecessária nos EUA. Como podem ver, a categoria com o maior gasto - intervenções desnecessárias durante a gravidez normal e parto - acabou por custar à economia americana 18 biliões de dólares por ano. Isto começa a ser significativo em tempos de crise económica.

Figura 11: A Cesariana: Interessa às entidades financiadoras e aos contribuintes?

Does it  
matter to  
funders and  
taxpayers?

**Table 3**

Estimated direct cost for select medicalized conditions in 2005.

Medical condition (citation)	Estimated direct medical cost 2005 (in millions)	Year of original data source
Anxiety Disorders (AHRQ, 2008)	10,878.3	2005
Behavioral Disorders (AHRQ, 2008)	4657.5	2005
Body Image (Cosmetic procedures and surgery) (American Society for Aesthetic Plastic Surgery, 2008)	12,376.0	2005
Erectile Dysfunction (Berenson, 2007; Eli Lilly and Company, 2006; Glaxo Smith Kline, 2005; Pfizer, 2005)	1112.1	2005; 2006
Infertility (AHRQ, 2008; Machlin & Rohde, 2007)	1104.2	2005; 2000
Male Pattern Baldness (Anonymous, 1998)	1055.1	1999
Menopause (Wyeth, 2007)	914.3	2006
Normal Pregnancy and/or Delivery (AHRQ, 2008)	18,290.5	2005
Normal sadness (Greenberg et al., 2003)	6204.0	2000; 1990
Obesity (Bariatric surgery and weight loss medication) (American Society for Aesthetic Plastic Surgery, 2008; Encinosa et al., 2005)	1341.1	2005; 2002
Sleep Disorders (Walsh & Engelhardt, 1999)	1,768.45	1995
Substance Related Disorders (AHRQ, 2008)	1468.7	2005
<b>Total</b>	<b>77,086.30</b>	

Table 3 provides the final estimation cost for all medicalized conditions in 2005 dollars, disaggregated by condition. All data originally collected in a year other than 2005 have been adjusted for inflation the 2005 Consumer Price Index, issued by the Bureau of Labor Statistics (Bureau of Labor Statistics, 2008).

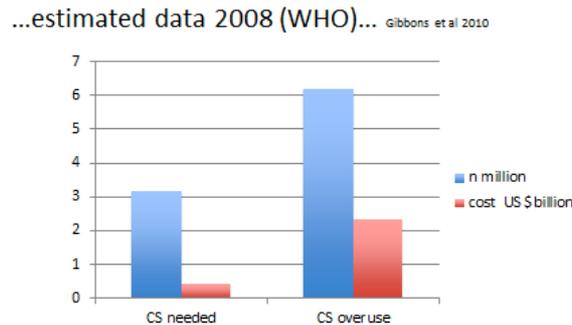
Fonte: Conrad *et al.*, 2010: 1946. Calculado a partir de dados do Bureau of Labor Statistics, EUA (dados de 2005).

Analisando um outro estudo – também realizado muito recentemente – e publicado pela OMS em 2010 (Figura 12) – aqui olhou-se para o número de cesarianas que não foram feitas e deviam ter sido feitas, e qual o custo associado se tivessem sido; e o número de

cesarianas que não deveriam ter sido feitas, mas foram, e qual o custo adicional que representavam. Será que isto faz sentido?

Figura 12: Comparação internacional de números e custos de cesarianas inacessíveis e desnecessárias

### Unnecessary Caesarean Sections: a Barrier to Universal Coverage



Fonte: Gibbons *et al*, 2010<sup>9</sup>

Então, primeiro temos o número de cesarianas que deviam ter sido feitas e que não foram feitas. Países onde não é possível fazer uma cesariana, onde as mulheres e os bebés morrem porque a cesariana não está disponível. Isto representava cerca de 3 milhões em todo o mundo. E estima-se que, para tornar esta intervenção acessível para mulheres e bebés, o custo seria de aproximadamente meio bilião de dólares. Então, quando olharam para o uso excessivo de cesariana, globalmente, em todo o mundo, descobriram que um pouco mais de 6 milhões de cesarianas tinham sido feitas desnecessariamente, quando não deveriam ter sido realizadas, representando um custo de cerca de 2,3 biliões de dólares. Obviamente que não é tão fácil assim, mas poder-se-ia dizer: se não se fizesse isto, poder-se-ia fazer aquilo. Na realidade, o uso excessivo de medicalização, a intervenção tecnocrática, não é apenas uma questão económica, é também uma questão moral e ética, dado este contexto. Além disso, coloca-se também a seguinte questão: será que podemos pagá-lo? Ou seja, podemos pagá-lo hoje em dia e nos tempos que correm?

Será que o parto normal interessa ao sistema de saúde pública? Este é algum do trabalho que temos vindo a desenvolver na nossa equipa, uma hipótese que temos vindo a desenvolver com um grupo de Yale, da Universidade de Western Sydney e de uma série de outros lugares. Temos estado a analisar as implicações, os resultados de vários tipos de intervenções no trabalho de parto e no parto. Estes estudos são preliminares: não são estudos prospetivos, mas retrospectivos. Por isso, não sabemos o quão "verdadeiros" são os resultados, mas parecem estar a acumular-se numa só direção. E a maioria dos estudos está a ir na mesma direção, o que é extraordinariamente interessante. Então, a hipótese é a de

<sup>9</sup> [www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf). Acedido no dia 28 de Janeiro 2014.

que existem ciclos de *feedback* entre os efeitos hormonais e físicos do nascimento, e estes fenómenos podem ser demonstrados através dos dados (Schlinzig *et al.*, 2009)<sup>10</sup>. Diabetes de tipo 1 no recém-nascido, eczema, asma, esclerose múltipla no adulto a seguir ao parto, bronquiolite e assim por diante. E a hipótese é que isto tem que ver com a mutação dos glóbulos brancos do ADN, afetando a epigenética. Não vou entrar em muitos detalhes, aqueles que quiserem discutir o assunto podem vir falar comigo. Vou-vos mostrar alguns estudos que contribuem para estas conclusões. Estes estudos não são nossos, são estudos que reunimos. Um estudo bastante recente: a cesariana e a esclerose múltipla ligadas à bronquiolite infantil (Hitt, 2011)<sup>11</sup>. Foi um estudo que reanalisou os registos de esclerose múltipla, observando um conjunto de fatores diferentes e potencialmente influentes, descobrindo-se que a cesariana era um dos mais fortes. Portanto, um aumento do risco de esclerose múltipla após a cesariana de 2,5, um *odds ratio* de 2,51, sobretudo no sexo feminino, em raparigas. E nesta coorte, aquelas que tinham esclerose múltipla, em quem era mais evidente, eram mais propensas a desenvolvê-la mais cedo, com uma média de idade de 24,58 *versus* 27,59 para aquelas que não tinham feito cesarianas (Maqhzzi *et al.*, 2011)<sup>12</sup>. É um fenómeno deveras interessante. Mas é claro que não quer dizer que haja uma relação direta de causa-efeito. É um caso extremamente pequeno: não vai acontecer a toda a gente.

Este é um estudo sobre a diabetes de tipo 1, que analisou 20 bancos de dados de crianças com diabetes tipo 1. Olhando para trás, retrospectivamente, descobriram um *odds ratio* de 1,19 depois de uma cesariana e que, novamente, era significativo, todos estes dados são significativos; ou seja, um aumento de 20% no risco, partindo de uma base muito baixa. Não queremos com isto dizer que 20% das crianças irão ter diabetes de tipo 1, o que queremos dizer é que o risco aumenta numa proporção de 1,19 (Cardwell *et al.*, 2008)<sup>13</sup>. Tem havido uma série de estudos, a maioria proveniente de fisiologistas, não de obstetras ou *midwives*, mas vindos também da ciência animal, e também daqueles que se interessam pela fisiologia do recém-nascido, e ainda alguns pediatras. Diria que nos últimos cinco anos foram feitos, provavelmente, pelo menos 20 estudos; e este número está a aumentar drasticamente dado o seu interesse. A teoria é a de que sabemos que existe plasticidade epigenética no início da vida, e pensamos que há algo a acontecer que está a interrompê-la.

Agora gostaria de explorar a seguinte questão: que diferença é que isto faz? Qual é a relevância de fazer qualquer coisa de forma diferente? Digo-vos que talvez devêssemos parar de fazer algumas destas intervenções. Mas o que é que fazemos em alternativa? Existem alguns projetos de que vos quero falar. Sobre os cuidados de saúde materna salutogénicos, há um estudo que foi realizado na Bolívia e onde se fez uma coisa muito simples: formaram profissionais de saúde para que as opiniões e os sentimentos das mulheres estivessem no centro da sua prestação de cuidados. Foi tudo o que se fez. E parte

---

<sup>10</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19638013](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19638013). Acedido no dia 19 de Fevereiro 2014.

<sup>11</sup> [www.medscape.org/viewarticle/753175](http://www.medscape.org/viewarticle/753175). Ver também Moore *et al.*, 2011. [adc.bmj.com/content/early/2011/10/28/archdischild-2011-300607.abstract](http://adc.bmj.com/content/early/2011/10/28/archdischild-2011-300607.abstract). Acedido no dia 19 de Fevereiro 2013.

<sup>12</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21982872?dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21982872?dopt=Abstract). Acedido no dia 19 de Fevereiro 2014.

<sup>13</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18292986](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18292986). Acedido no dia 18 de Dezembro 2013.

disso eram coisas como “as mulheres devem poder acocorar-se para o nascimento” (como se fazia tradicionalmente), “devem poder estar acompanhadas pelos seus parceiros” e “a parteira tradicional deve ser integrada no hospital”. Portanto, não fizeram nada de extravagante, sem medicamentos adicionais, sem nada adicional. Basicamente tratava-se de ser gentil com as pessoas e fazer as coisas de que gostavam. E o que se verificou foi que antes da implementação do projeto a taxa de mortalidade materna era de 600 em cada 100.000 mulheres, e que durante o projeto houve apenas uma morte. Claro que não sabemos se foi em 100, 1000 ou 10.000 mulheres. Não nos é dado o denominador. No entanto parece ser um resultado interessante relacionado com aquele grupo e projeto.

O projeto que se segue foi realizado no Equador, e sobre este dispomos de um pouco mais de informação. É sobre mulheres que dão à luz de pé, como se fazia tradicionalmente. Neste caso, fez-se algo muito idêntico, que também passou por construir a confiança e o respeito mútuos, novamente sendo simpáticos com as pessoas. A mortalidade infantil naquela zona diminuiu para menos de metade da média nacional, após o projeto<sup>14</sup>. Mais uma vez, esta pesquisa pode não ser generalizável, pode até ser circunstancial, mas o que achei extraordinário foi a taxa de cesariana ter baixado para menos de metade: as taxas de cesariana e de mortalidade diminuíram. Uma das coisas comuns a estes dois projetos tem que ver com o facto de as mulheres terem começado a confiar no hospital. Logo, se o hospital foi bom para elas, elas dirigiram-se ao hospital. O que é óbvio.

Há três estudos publicados, um no Lancet, e outros dois em outras revistas médicas muito boas, de grande qualidade, e eram sobre apenas sobre “pôr as mulheres a falar” (Manandhar et al., 2004; Azad et al., 2010; Rath et al., 2010)<sup>15</sup>. Escolheram-se aldeias numa série de países, e metade destas foram selecionadas aleatoriamente de forma a criar grupos em situações rotineiras, onde as mulheres falavam umas com as outras sobre cuidados neonatais; havia um mediador, mas não era necessariamente muito ativo, na maior parte dos casos eram as mulheres que falavam. Na Índia, reduziu-se a taxa de mortalidade neonatal em 32%, o que representa a maior redução de sempre, mesmo com a introdução de medicamentos. No Nepal, sucedeu o mesmo: a redução em 30% na taxa de mortalidade neonatal. Curiosamente, no Bangladesh, houve uma redução, mas esta não pode ser considerada estatisticamente significativa; a hipótese que se avançou era que os grupos eram demasiado grandes. Eram grupos maiores e estavam mais afastados uns dos outros. Então, colocou-se a hipótese de que existe um ponto para lá do qual esta abordagem se torna ineficaz: são necessários grupos pequenos, nos quais as pessoas se conheçam - esta modalidade é mais eficaz.

Termino com uma citação de Sheila Kitzinger<sup>16</sup>:

---

<sup>14</sup> [womensenews.org/story/health/090215/gravity-birth-pulls-women-ecuador-hospital#.UwVINvl\\_tZt](http://womensenews.org/story/health/090215/gravity-birth-pulls-women-ecuador-hospital#.UwVINvl_tZt)

<sup>15</sup> [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15364188](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15364188); [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20207412](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20207412); [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2987759/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2987759/). Accessed 19 February 2014.

<sup>16</sup> Sheila Kitzinger é uma ativista do parto natural e autora de vários livros influentes sobre gravidez, parto e o período pós-parto.

*“Para qualquer um que se detenha a pensar nisto, o nascimento não pode ser simplesmente um conjunto de técnicas com vista a tirar um bebé para fora do corpo de alguém. Trata-se da nossa relação com a vida como um todo e o papel que desempenhamos na ordem das coisas. É muito mais um fenómeno do que apenas tirar um bebé para fora.”*

E esta é uma citação de Gandhi: “Sê a mudança que queres ver no mundo.” A razão para a ter posto aqui é porque julgo que é muito fácil para todos nós ir embora e pensar: isto é o governo, - é um problema do governo - ele tem de resolver o problema. Ou muitas vezes as *midwives* dizem que a culpa é toda do médico, se os médicos pensassem nisso, então tudo se resolveria – “não tem nada que ver connosco”. Mas, na verdade, a mudança cabe-nos a todos, às mulheres, a toda a gente. As decisões que as mulheres tomam, as escolhas que tomam e a forma como essas escolhas são apoiadas por médicos, *midwives*, enfermeiras e decisores políticos, todos nós desempenhamos um papel neste processo.

#### **Apresentação de vídeo: A História da Hannah**

<https://www.youtube.com/watch?v=h9oP7OTiXXQ>

#### **DEBATE**

*Maria Schouten:* Acho que foi uma belíssima forma de terminar esta palestra pela Soo Downe, que não só nos deu muita informação como também nos deixou um manifesto. Penso que haverá perguntas e talvez haja algumas ideias que tenham surgido, e gostaria de convidar o público a levantar a mão, se houver alguma pergunta ou qualquer coisa a dizer.

*Participante:* O parto em casa não está registado em Portugal, e ao olhar para o aumento em 600% nos nascimentos fora do hospital, a primeira coisa que os bombeiros disseram é que não é nas ambulâncias que estes bebés nascem. Por isso, pode este aumento estar relacionado com o parto domiciliário por opção?

*Joanna White:* Na verdade não posso responder a essa questão, pois estes números não diferenciam o tipo de parto.

*Participante:* Eu conheço esses números pois no ano passado solicitei ao INE (Instituto Nacional de Estatística) que me facultassem todos os dados relativos ao nascimento e, de facto, tal como você mencionou, os nascimentos em trânsito aumentaram muitíssimo depois de 2005, e no entanto ninguém fala sobre isso, não só sobre o nascimento, mas também sobre a morte dos bebés. Estes números são importantes para ilustrar o que está a acontecer, porque não tem que ver unicamente com o parto em casa. Enviaram-me dados muito completos, alguns dos quais detalhados por região. De facto, estes números impressionaram-me bastante pois revelam que há algo a acontecer. Normalmente dizia-se que as mulheres ficavam muito satisfeitas com o parto em trânsito, com esse tipo de experiência, mas na verdade existe um número significativo de mortes de bebés de acordo com os dados do INE. Por isso, penso que é importante averiguar o que está a suceder, pois não se trata, de modo algum, do parto em casa.

*Joanna White:* Obrigada. Oficialmente, de acordo com dados do Euro-Peristat, há uma taxa de 0,5% de parto domiciliar em Portugal. Suponho que se tratem de partos em casa, logo isso também acontece.

*Participante:* Eu perguntei-lhes, e o que está a suceder não se trata de parto domiciliar planeado, pois o formulário que utilizam para recolher os dados não contempla a pergunta se era ou não planeado. Então, com os valores que temos agora para Portugal, não podemos afirmar se se trata de parto domiciliar planeado ou não, uma vez que alguns dos partos simplesmente aconteceram ou foram em trânsito.

*Joanna White:* Então, há duas coisas muito escondidas aqui: um número de partos domiciliários planeados e outro tanto de partos em trânsito.

*Participante:* Eu acho que é importante. Sei que estão aqui alguns professores de várias universidades e penso que é importante falar com o INE sobre modificar a apresentação dos dados, uma vez que permitirá entender quais são os partos domiciliários planeados e assistidos e quais não são.

*Maria Schouten:* Por acaso, tenho analisado dados de várias fontes e verifico que os números apresentados são muito diferentes. Então isto significa o seguinte: Estas tabelas são construídas para benefício de quem? Por outras palavras, há interesses especiais envolvidos?

*Participante:* Eu recebi do INE o formulário que utilizam e na minha opinião é um bom formulário. Só precisa de ser completado.

*Maria Schouten:* Ok. Mais alguém tem perguntas?

*Participante:* O meu nome é Jacqueline, sou estagiária na IBLCE<sup>17</sup>. Pergunto-me se todas essas *midwives* estão a deixar o Reino Unido, para onde é que vão? Porque há muitas enfermeiras especialistas portuguesas<sup>18</sup> a quererem ir para o Reino Unido.

*Soo Downe:* Infelizmente em Inglaterra há muitos lugares com vagas que não conseguem preencher. Há postos de trabalho disponíveis, mas algumas pessoas foram-se embora porque não se sentiam realizadas com o que estavam a fazer.

*Participante:* Outra pergunta: as taxas de cesariana na Ásia correlacionam-se de algum modo com a idade das mães?

*Soo Downe:* Um dos argumentos para explicar a existência de uma elevada taxa de cesarianas a pedido, em particular na China, tem que ver com a política do filho único. E também com superstições relacionadas com a altura do parto, em que as pessoas preferem ter os seus bebés num momento específico. Para lá disso, se me está a perguntar se a morbilidade materna está relacionada com a idade, isso já não sei responder.

---

<sup>17</sup> International Board of Lactation Consultant Examiners, [www.iblce.org](http://www.iblce.org).

<sup>18</sup> Para as terminologias (*midwives* e enfermeiras especialistas), ver "Nota de Terminologia", página 92.

*Pergunta:* Eu fiquei muito interessada na ideia de que uma experiência de parto positiva terá ecos no futuro, uma vez que penso que um dos problemas de se querer ter uma experiência de parto positiva é o facto de esta ser muitas vezes posta em contraste com a ideia de risco, em particular num parto em casa; mesmo um parto no hospital sem toda a intervenção tecnocrática é muitas vezes encarado como algo arriscado e há quase uma espécie de culpa colocada na mãe - "não é só você, é o bebé" - e a ideia de que se pode estar a ser egoísta. Isto para dizer que acho que a pesquisa sobre esta questão é muito importante, no sentido de ser capaz de mostrar que a intervenção de facto tem efeitos a longo prazo, afeta a parentalidade, sobretudo logo após o nascimento. Penso também na epidural, na ideia de um parto sem dor e como os seus efeitos secundários não são explicados: as mulheres poderão vir a ter terríveis dores de cabeça mais tarde e isso pode afetar os cuidados com bebé. Foi só um comentário.

*Soo Downe:* Obviamente, estamos de acordo sobre a necessidade em estudar essas questões. Eu percebo o que quer dizer: trata-se de encontrar um equilíbrio entre a mulher sentir-se bem consigo e a sua saúde. Se olhar para o estudo "Birthplace"<sup>19</sup>, sobre o local de nascimento, que ocorreu em Inglaterra e que agora está a ser realizado na Holanda e na Austrália, e vai ser interessante verificar quão generalizáveis serão os resultados. Trata-se de um estudo de grande prestígio, conduzido pelo Ministério da Saúde, por pessoas muito conhecidas em todo o Reino Unido, sobre o parto no hospital, em centros de parto junto ao hospital, em centros de parto autónomos e longe do hospital (ambos os centros são geridos por *midwives*), e em casa. No estudo descobriu-se que para todos os grupos de mulheres – exceto para as mães que davam à luz pela primeira vez em casa – os bebés ficavam igualmente bem e era mais barato se o parto acontecesse fora do hospital – tanto num centro de parto como em casa – enquanto para as mães era mesmo mais vantajoso. Então, exceto no caso das mães que davam à luz pela primeira vez em casa, onde a taxa de mortalidade perinatal era um pouco maior – e estão a tentar perceber porquê – para primíparas que dão à luz em centros de parto autónomos ou associados a um hospital mas geridos por *midwives*, e para múltiparas que dão à luz nestes centros ou em casa, os resultados são melhores fora do hospital do que no hospital, para uma gravidez de baixo risco. Portanto, não é de todo verdade que se coloque a experiência de vida das mulheres contra o bem-estar do bebé: sem ter em conta outros fatores, e excetuando as mulheres que, na sua primeira gravidez, têm o parto em casa, era melhor, tanto para a mãe como para o bebé, ter um parto fora do hospital nos casos de mulheres saudáveis e de baixo risco, e era mais barato. Como disse, esse estudo está a ser realizado na Holanda e na Austrália, de modo a averiguar se os resultados podem ser generalizados, no entanto penso que a dicotomia mãe-bebé é, na realidade, falsa.

---

<sup>19</sup> O estudo de coortes Birthplace comparou a segurança de partos planeados em quatro locais: em casa, em centros de parto autónomos, em centros de parto associados a um hospital e em serviços de obstetria: [www.rcm.org.uk/college/policy-practice/midwifery-research/birthplace/](http://www.rcm.org.uk/college/policy-practice/midwifery-research/birthplace/)

*Pergunta:* Eu gostaria de saber se o seu estudo apresenta alguma diferença em relação aos imigrantes e minorias étnicas. Houve diferenças nos dados recolhidos entre mães brancas e minorias étnicas? Será que têm as mesmas escolhas?

*Soo Downe:* Nós ainda não olhámos especificamente para as mulheres migrantes no âmbito do projeto COST, mas iremos fazê-lo. Mas a resposta à sua pergunta é sim, existem diferenças. É normalmente bem conhecido que os migrantes de segunda geração e os migrantes económicos tendem a sair-se bem, no entanto os refugiados, por exemplo, tendem a sair-se muito pior. As mulheres do Oeste Africano saem-se muito pior e têm menos escolhas. As mulheres de origem sul-asiática têm taxas muito mais elevadas de mortalidade perinatal do que as mulheres brancas no Reino Unido.