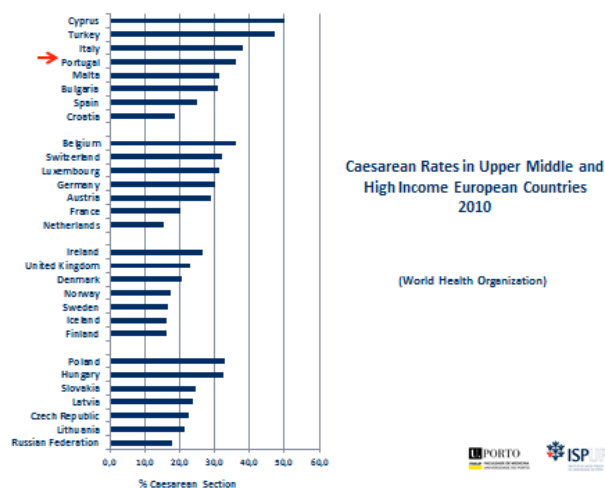

Fatores que afetam as taxas de cesarianas – resultados de uma pesquisa no Norte de Portugal

CRISTINA TEIXEIRA
Universidade do Porto

Boa tarde a todos, deixem-me começar por apresentar o meu projeto de investigação. O meu interesse foca-se nas intervenções obstétricas em Portugal e estou interessada sobretudo nas taxas de cesariana e nas suas determinantes. De acordo com este gráfico (Figura 14), existe uma variabilidade marcada nas taxas de cesariana nos países europeus. É óbvio que esta variabilidade deve-se a diferenças no tratamento obstétrico, no entanto este gráfico revela um padrão geográfico interessante. Nos países do sul da Europa observamos as maiores taxas de cesarianas. Isto reflete dois aspetos importantes: por um lado, as opiniões e preferências relativamente ao parto e, por outro, os obstetras, os prestadores de cuidados, com a sua perceção de risco obstétrico, a conveniência e o medo de processos judiciais. O nosso objetivo era investigar a seguinte questão: porque é que as taxas de cesarianas são tão elevadas em Portugal? Atualmente, a prevalência de taxas de cesarianas em Portugal é de 36%. Por que é tão elevada?

Figura 14: Cesarianas em países europeus com rendimentos médios altos e altos, 2010¹



¹ Baseado em dados da OMS; data.euro.who.int/hfad

Abordámos esta questão recorrendo a dados de referência de uma coorte de nascimento "Geração 21". As mulheres que deram à luz um nado-vivo em cinco hospitais públicos do norte de Portugal foram convidadas a integrar o grupo entre Abril de 2005 e Agosto de 2006. A amostra final inclui quase 8.500 mulheres. No nosso estudo apenas foram consideradas as mulheres com uma gravidez simples (8.351 mulheres) e excluídas as que tinham uma gravidez gemelar. Esta tabela (Figura 15) revela a distribuição das mulheres de acordo com o início do trabalho de parto, o tipo de parto e o hospital onde o parto ocorreu.

Figura 15: Início de trabalho de parto e tipo de parto, por hospital

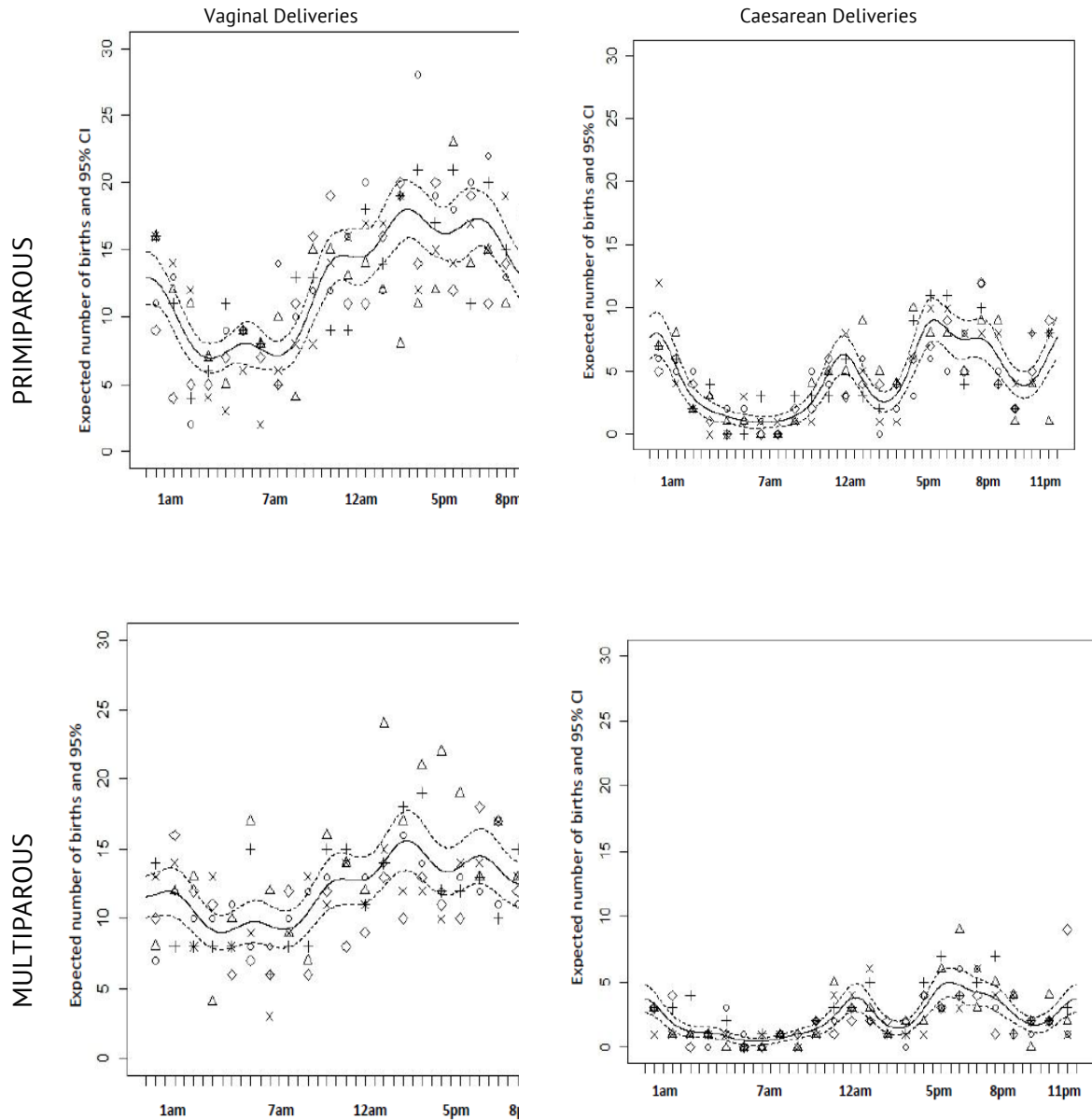
n (%)	All	According to the hospital					p-value
		1	2	3	4	5	
All	8351	1984	1404	884	2040	2039	
Labor Onset							
Spontaneous	5208 (62.4)	1223 (61.6)	1063 (75.7)	362 (41.0)	1305 (63.9)	1257 (61.6)	
Induced	2041 (24.4)	455 (22.9)	237 (16.9)	369 (41.7)	468 (22.9)	512 (25.1)	<0.001
Cesarean before labor	903 (10.8)	235 (11.8)	93 (6.6)	119 (13.5)	235 (11.5)	221 (10.8)	
Not classifiable	199 (2.4)	71 (3.6)	11 (0.8)	34 (3.8)	34 (1.7)	49 (2.4)	
Mode of Delivery							
Vaginal eutocic	4205 (50.4)	1052 (52.0)	748 (53.3)	379 (42.9)	1075 (52.6)	975 (47.7)	
Vaginal instrumental	1170 (14.0)	285 (14.4)	286 (20.4)	139 (15.8)	218 (10.7)	142 (11.8)	<0.001
Cesarean section	2976 (35.6)	667 (33.6)	370 (26.4)	366 (41.4)	749 (36.7)	824 (40.4)	



Como se pode ver, há uma grande diferença na proporção de partos induzidos de acordo por hospital, variando entre 17% e 42%, e a taxa de cesariana variou entre os 26% e 41%. A cesariana antes do início do trabalho de parto variou entre 7% e quase 14%. A cesariana é um procedimento chave, quando se dá importância ao tempo do trabalho de parto. Assim, em primeiro lugar, procurámos compreender a distribuição horária dos partos, analisando apenas os que ocorreram após um início espontâneo de trabalho de parto.

Entre mais de 5.000 mulheres com um início de trabalho de parto espontâneo, 22% passaram por uma cesariana. Nestes gráficos (Figura 16) vê-se a distribuição de nascimentos de acordo com a hora do dia e o tipo de parto, tanto em mulheres primíparas como em mulheres múltiparas. Existe um claro défice nos nascimentos noturnos, no entanto a cesariana apresenta um padrão muito interessante. Entre o meio-dia e as 2 da tarde há uma diminuição repentina seguida por uma tendência crescente nos partos cirúrgicos. Não podemos afirmar que a atividade laboral nos hospitais influencie as taxas, mas, pelo menos, influencia a hora a que a cesariana é realizada.

Figura 16: Distribuição, por horas, de nascimentos, após o início espontâneo do trabalho de parto



Outro problema é o risco de cesariana após o parto induzido. De acordo com o American Congress of Obstetricians and Gynaecologists e com o Royal College of

Obstetricians and Gynaecologists há um conjunto de indicações para a indução do trabalho de parto, como se pode ver neste slide (Figura 17).

Figura 17: Linhas orientadoras do ACOG e do RCOG para a indução de trabalho de parto

- Descolamento de placenta
- Corioamnionite
- Morte fetal
- Hipertensão induzida pela gravidez
- Pré-eclâmpsia, eclâmpsia
- Macrosomia
- Condições médicas maternas (diabetes gestacional, doença renal, doença pulmonar crónica, hipertensão crónica, síndrome antifosfolipídico)
- Compromisso fetal (restrição do crescimento intrauterino grave, isoimunização, oligoâmnios)

Fonte: www.acog.org e www.rcog.org.uk

Existem diferenças na distribuição relacionadas com um conjunto de características maternas e com o hospital onde o parto ocorreu. Nesta tabela só se incluíram as mulheres cujo trabalho de parto foi induzido. Como se pode observar, a proporção entre as mulheres sem indicação para indução de trabalho de parto e as mulheres com indicação variou nos hospitais entre 20% e 45% (Figura 18).

Figura 18: Tipo de parto de mulheres que foram sujeitas a indução, por hospital

HOSPITAL	1 n=455	2 n=237	3 n=369	4 n=468	5 n=512	p-value
	N (%) or mean ± standard deviation					
Maternal age (years)	29.4±5.86	30.5±5.44	30.3±4.98	29.6±4.81	28.9±5.59	<0.001
Education level (years)						
=<6	162 (35.9)	68 (28.8)	77 (20.9)	101 (21.7)	147 (28.9)	<0.001
7 – 9	114 (25.3)	51 (21.6)	86 (23.3)	97 (20.8)	181 (35.6)	
10 – 12	83 (18.4)	49 (20.8)	100 (27.1)	125 (26.8)	103 (20.2)	
> 12	92 (20.4)	68 (28.8)	106 (28.7)	143 (30.7)	78 (15.3)	
Parity and previous CS						
Primiparous	275 (60.4)	142 (59.9)	243 (65.9)	316 (67.5)	329 (64.3)	0.142
Multiparous no CS	137 (30.1)	74 (31.2)	90 (24.4)	105 (22.4)	126 (24.6)	
Multiparous previous CS	43 (9.5)	21 (8.9)	36 (9.8)	47 (10.1)	57 (11.1)	
Body Mass Index (Kg/m²)						
<25.0	195 (59.2)	147 (63.6)	263 (73.8)	304 (67.1)	306 (62.6)	0.010
25.0 – 29.9	90 (27.4)	58 (25.1)	65 (18.3)	101 (22.3)	130 (26.6)	
>=30	44 (13.4)	26 (11.3)	28 (7.9)	48 (10.6)	53 (10.8)	

Antenatal care						
Only public services	328 (73.1)	146 (66.4)	184 (50.1)	209 (45.0)	321 (70.1)	<0.001
At least 1 visit to private services	121 (26.9)	74 (33.6)	183 (49.9)	255 (55.0)	137 (29.9)	
Indications for induction*						
None	133 (29.2)	48 (20.3)	154 (41.7)	198 (42.3)	233 (45.5)	<0.001
One	199 (43.7)	124 (52.3)	161 (43.6)	188 (40.2)	185 (36.2)	
Two or more	120 (26.4)	59 (24.9)	49 (13.3)	74 (15.8)	83 (16.2)	
No information (%)	0.7	2.5	1.4	1.7	2.1	
Mode of delivery						
Caesarean	161 (35.4)	77 (32.5)	150 (40.7)	214 (45.7)	248 (48.4)	<0.001
Vaginal	294 (64.6)	160 (67.5)	219 (59.3)	254 (54.3)	264 (51.6)	

Foi calculada a associação entre os hospitais onde o parto ocorreu e a prevalência do parto cirúrgico após trabalho de parto induzido. Como se pode ver nesta tabela (Figura 19), registaram-se grandes diferenças entre hospitais, no que diz respeito ao risco de cesariana após uma indução do trabalho de parto, mas essas diferenças são mais visíveis nas mulheres cujo parto foi induzido sem qualquer indicação².

Figura 19: Associação entre hospital e parto cirúrgico, após indução do trabalho de parto

Association between the hospital and surgical delivery after induced labour

Hospital	with no indication for induction		with at least one indication for induction	
	% Caesarean	PR* (95% CI)	% Caesarean	PR* (95% CI)
1	21.8	reference	41.4	reference
2	41.7	1.65 (1.07 – 2.55)	30.6	0.82 (0.64 – 1.05)
3	34.4	1.37 (0.94 – 2.00)	44.8	1.12 (0.92 – 1.36)
4	39.4	1.59 (1.12 – 2.27)	51.1	1.22 (1.03 – 1.46)
5	46.8	1.87 (1.33 – 2.62)	50.4	1.27 (1.06 – 1.51)
	p<0.001		p<0.001	

PR, prevalence ratio
* adjusted for maternal age, BMI, parity and previous caesarean



Há investigação, a nível europeu, que revelou diferenças nas taxas de cesariana de acordo com o país de origem. No nosso estudo, classificámos as mulheres em quatro grupos

² Para mais pormenores, ver www.biomedcentral.com/1756-0500/6/214. Acedido no dia 28 de Janeiro de 2014


segundo o país de origem: mulheres portuguesas, de outro país europeu, africanas e brasileiras. Como é do vosso conhecimento, em Portugal a imigração está relacionada com antigos laços coloniais. Assim, a maioria das mulheres imigrantes é africana de países de língua Portuguesa, como Moçambique ou Angola, e brasileira. Decidimos avaliar a relação entre a cesariana e o país de origem destas mulheres. Como se pode ver nesta tabela (Figura 20), as mulheres brasileiras são mais propensas a cesarianas. Isto é válido para as mulheres brasileiras primíparas, bem como para mulheres múltíparas, e quer em cesarianas realizadas antes do trabalho de parto, quer nas que são realizadas durante o trabalho de parto.

Figura 20: Risco de cesariana, por país de origem

Risk of caesarean-section according to the country of birth.

	All PR* (95% CI)	Parity		Timing of caesarean section	
		Primiparous PR* (95% CI)	Multiparous PR‡ (95% CI)	Before labour PR* (95% CI)	During labour PR* (95% CI)
Portuguese	reference	reference	reference	reference	reference
Non-Portuguese					
European	0.91 (0.69 – 1.22)	0.84 (0.58 – 1.22)	1.15 (0.79 – 1.66)	0.84 (0.41 – 1.75)	0.95 (0.67 – 1.33)
African	1.02 (0.79 – 1.32)	0.97 (0.66 – 1.44)	1.09 (0.79 – 1.51)	1.13 (0.68 – 1.89)	0.98 (0.68 – 1.41)
Brazilian	1.26 (1.08 – 1.47)	1.19 (0.97 – 1.47)	1.39 (1.12 – 1.73)	1.43 (0.99 – 2.06)	1.30 (1.07 – 1.58)

PR, Prevalence Ratio; CI, Confidence Interval
 *Adjusted for maternal age, parity and previous c-section and fetal presentation.
 †Adjusted for maternal age and fetal presentation
 ‡Adjusted for maternal age, parity and previous caesarean section and fetal presentation

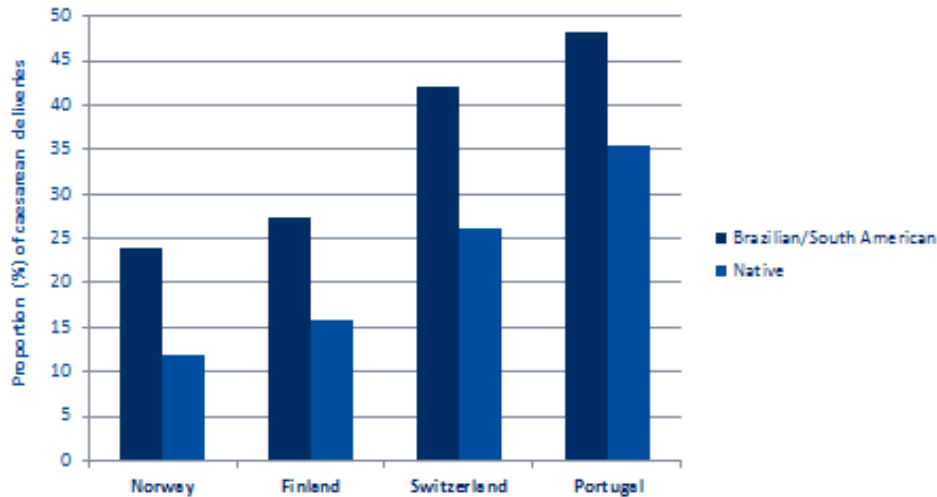


Em comparação com outros estudos de outros países europeus, as mulheres brasileiras e/ou sul-americanas apresentam sempre uma maior frequência nas taxas de cesariana, independentemente do país de acolhimento. Mas como se pode ver no gráfico (Figura 21) a prevalência de cesarianas entre as mulheres brasileiras imigrantes depende da taxa de cesariana entre as mulheres do seu país de acolhimento. O que é que isto significa? Bem, significa que existe uma interação entre as mulheres, os seus pontos de vista culturais em relação ao parto, o obstetra ou o hospital.

E como se pode ver, de acordo com os nossos resultados, é interessante ver essa inter-relação, pois podemos ver como o país de origem, o contexto da prática hospitalar e os protocolos institucionais influenciam a cesariana em Portugal. Tentei, pois, dar uma visão

geral do parto no contexto Português e se tiverem alguma pergunta, farei o meu melhor para responder.

Figura 21: Prevalência de cesarianas entre mulheres imigrantes da América do Sul/ do Brasil e mulheres não-imigrantes, em quatro países europeus.



Vången S et al. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;7:553-558. Data from 1986-95
 Malin M et al. BMC Public Health 2009;9:84. Data from 1999-2001
 Merten S et al. Int J Public Health 2007;52:210-222. Data from 2000-02
 Unpublished data. GERAÇÃO XXI. Data from 2005-06



DEBATE

Maria Schouten: Obrigada. Trata-se de verdadeira medicalização. Antes do intervalo, ouvimos "o outro lado", o do parto com pouca intervenção, e é interessante compará-los. Eu também tenho uma pergunta. Estava a lembrar-me que a Soo disse que dois hospitais, não muito longe um do outro no Reino Unido, apresentavam taxas muito diferentes de cesarianas. Talvez haja também uma relação com o tipo de paciente e os seus desejos. E talvez o que o paciente quer – quando digo paciente, quero dizer a mulher – nem sempre seja tido em conta. Esta é uma pergunta que podemos guardar para o debate. Agora temos perguntas para a Cristina e a Rita, a presidente da HumPar.

Soo Downe: Cristina, voltando aos seus dados. Olhando para aqueles que penso que são sobre as primíparas, julgo que não são estatisticamente representativos. Ou são? Estava a pensar se não seria porque aquelas mulheres passaram previamente por cesarianas, vêm do Brasil com cesarianas anteriores, por isso, de facto, aqui está a resposta para a pergunta

sobre a escolha. Como as mulheres vieram do Brasil com cesarianas anteriores, elas estão mais propensas a ter segundas cesarianas. Acha que pode existir um fator causal aqui?

Cristina Teixeira: Existem muitos fatores que influenciam estes resultados. Primeiro, as mulheres brasileiras são imigrantes recentes em Portugal e terão tido, provavelmente, o seu primeiro filho no Brasil. Por isso não sei, mas é provável que tragam do contexto brasileiro uma noção própria sobre a assistência obstétrica. Provavelmente, a experiência do primeiro parto é importante.

Participante: Eu gostaria de dar continuidade à pergunta de Soo: qual é a posição nos hospitais portugueses sobre o parto vaginal após uma cesariana (VBAC – *vaginal birth after caesarean*)? Muitas vezes, se uma mulher faz uma cesariana, os partos seguintes também serão cesarianas. Também há aqui uma certa atitude entre obstetras e enfermeiras especialistas no sentido de que é algo necessário: “uma vez cesariana, sempre cesariana”, diz-se. Por isso gostaria de saber quais são as políticas nos hospitais portugueses.

Cristina Teixeira: Nesta amostra, das mulheres que tinham tido uma cesariana anterior, 70% voltavam a fazer uma cesariana. Eu penso que é a política atual no sistema português.

Joanna White: Existe alguém aqui do setor médico português – obstetras ou enfermeiras especialistas – que gostasse de comentar esta questão a partir das suas experiências? É política nos hospitais portugueses realizar cesarianas se o primeiro parto foi uma cesariana?

Participante: Eu tenho uma amiga e o seu primeiro parto foi uma cesariana. Ela não queria fazê-lo na segunda gravidez mas teve de o fazer. Por isso, no terceiro filho não havia nenhum médico disponível para fazer um parto normal, então ela optou por fazê-lo em casa, e assim foi. Ela procurou vários médicos e nenhum aceitou apoiá-la num parto normal. Este só é um exemplo.

Participante: Será que estou a interpretar bem os dados? Que a maioria das mulheres opta pelos dois tipos de setores: público e privado? Então elas pagam por cuidados no privado?

Cristina Teixeira: Não. Nesta amostra todas as mulheres foram recrutadas nos hospitais públicos. São gratuitos para todos os tipos de parto. Em Portugal, neste contexto, quase 40% das mulheres são acompanhadas durante a gravidez por obstetras particulares. Mas neste estudo, todos os partos ocorreram em hospitais públicos.

Participante: Eu estou a ajudar esta senhora ao meu lado porque ela diz que não fala bem inglês. Ela trabalha no Hospital Garcia de Horta (Almada), é lá enfermeira especialista, e diz que não é prática comum depois de uma primeira cesariana ter, no parto seguinte, uma segunda cesariana. Então é como se disse, “pode-se ter sorte”. Em alguns hospitais há médicos que irão ajudar a ter um parto natural, enquanto noutros tal já não sucede, por isso eu penso ser uma questão de sorte. Ela teve primeiro uma cesariana e depois um parto natural, por isso realmente depende do que se “apanha”.

Participante: As políticas estão a mudar, e tem havido mudanças desde 2005, 2006, penso eu, no sentido de um maior *empowerment* de enfermeiras especialistas. Portanto, tem sido, provavelmente, um dos motivos que têm levado a estas mudanças. A minha questão dirige-se à oradora anterior [Rita Correia]. Devo dizer que sou um pouco cética relativamente ao parto em casa. Estive no Reino Unido há alguns anos e verifiquei que os movimentos pelo parto normal não se referem necessariamente a partos em casa. Estão orientados para os centros de parto³ e os partos fora do hospital, mas não para os partos no domicílio. O que não ouvi nas apresentações anteriores foi uma referência aos cuidados pré-natais, pois julgo que a forma mais importante de mudar mentalidades é com cuidados pré-natais. E em relação ao sistema de referência de partos no domicílio? Porque eu julgo ser esta uma das razões para os comentários negativos na comunicação social. O governo não apoia os partos em casa, e o que acontece se uma mulher necessita de ir a um hospital em caso de emergência? E o tempo que leva para chegar lá? Os centros de parto que visitei no Reino Unido tinham um sistema consolidado de encaminhamento – tinham apenas mulheres de baixo risco, evidentemente, mas mesmo assim só necessitavam de 10 ou 15 minutos para realizar uma transferência [para o hospital], no caso de uma emergência. Por isso julgo que esta é a questão principal: que os movimentos que defendem o parto normal e o parto em casa devem assegurar a implementação de um sistema de referência.

Rita Correia: Em primeiro, a minha apresentação não foi apenas sobre o parto em casa. É um assunto e foi apresentado, eu espero (e se não foi assim, deixo as minhas desculpas) não como uma alternativa, mas como algo que devíamos tornar disponível. É algo que devia ser disponibilizado como opção e para assegurar os direitos da mulher. Isso não significa que todas as mulheres iriam preferir um parto em casa. As pessoas têm o direito de serem céticas, mas isto também tem que ver com uma mudança das mentalidades. É impossível em qualquer cenário garantir um parto sem riscos – nunca se pode dizer isso. É uma questão de mudança de mentalidades, para que as mulheres que queiram ter um parto em casa possam ser ouvidas e reconhecidas como mulheres sensatas, e que não querem pôr em risco a vida do seu filho.

E claro, é muito importante haver sistemas de encaminhamento, que atualmente não temos, de todo. Não apenas sistemas de referência, mas também protocolos disponíveis, que possam ser utilizados pelos profissionais, tal como sucede nos hospitais. Por isso, claro, é muito importante. Uma coisa é lutar pelo direito a ter um parto normal em Portugal. Outra coisa que se liga à anterior é: o direito de uma mulher escolher livremente onde dá à luz o seu filho, algo que é encorajado pela Organização Mundial de Saúde.

Participante: Eu estou realmente feliz por ouvir falar de cuidados pré-natais, pois normalmente focamo-nos apenas no parto, mas de facto o nascimento de uma criança começa com os cuidados pré-natais. Na minha gravidez eu tive cuidados pré-natais apenas com uma enfermeira especialista, o que não é fácil de se fazer em Portugal. Eu conheço

³ Ver Nota de Rodapé N° 3, pág. 87.

muitas, muitas enfermeiras-parteias que não se sentem à vontade para realizar cuidados pré-natais. Não se sentem preparadas para o fazer. E posso dizer que 98% das mulheres têm cuidados pré-natais com médicos, o que não é necessário. Durante o intervalo do colóquio falei com algumas parteiras e penso que devemos pensar em mudar o sistema de formação. Eu gosto muito de vocês, porque são raras, de facto, as enfermeiras especialistas que são parteiras de alma e coração! E a maioria das enfermeiras especialistas gosta realmente do modelo médico. Isto é um assunto muito importante. Nós precisamos de uma entrada direta, precisamos de mudar o que temos em Portugal, porque precisamos de mudar os cuidados pré-natais, porque agora mesmo os cuidados pré-natais são realmente intervencionistas. Eu concordo que não se trata do parto em casa, mas está relacionado com o parto em casa, dado que as mulheres que querem escolher por um parto em casa necessitam de ser protegidas e necessitamos de diretrizes e segurança para o parto em casa em Portugal. Mas talvez devêssemos começar por olhar para os cuidados pré-natais, porque é neste acompanhamento que se trata deste tipo de assuntos, mesmo que as mulheres recorram a hospitais públicos. Esta é a minha opinião.

Joanna White: Posso apenas acrescentar que no meu estudo tenho entrevistado enfermeiras especialistas, e que quando se diz que a maior parte delas gostam de intervenção, bem, eu não posso concordar. Até agora, quando questiono enfermeiras especialistas sobre a sua definição de parto normal, por exemplo, elas perguntam “quer a minha interpretação de parto normal, ou a interpretação que se aplica onde eu trabalho, e nos procedimentos que tenho de seguir?” Eu penso que este é um dado muito importante: o papel da instituição. As enfermeiras especialistas podem ter a sua opinião pessoal e talvez gostassem de se envolver de uma outra forma, mas trata-se de uma questão de conseguirem fazê-lo ou não. Por isso, estou cética sobre a generalização para todas as enfermeiras especialistas.

Participante (traduzindo por outra): Ela [referindo outra participante no colóquio] é uma das proponentes dos direitos do parto natural – parto normal, peço desculpa. Ela diz que uma das dificuldades com que se defronta relaciona-se com o direito de tomar a decisão relativa a uma cesariana. Pode a mulher tomar esta decisão, ou a decisão é do médico? Assim é como se a mulher não tivesse direito à sua própria opinião. Talvez ela queira um parto natural mas os médicos e as enfermeiras levam-na a escolher pela cesariana, por um conjunto de diferentes razões, tal como a necessidade de garantir que o bebé nasça vivo (“para o próprio bem do bebé”). Trata-se de cultura, não de opção. O médico tem sempre o poder de decidir sobre o melhor parto para aquela mulher, e a cesariana é o resultado mais provável. Trata-se de cultura, não de escolha. A enfermeira especialista (parteira) tem uma perspetiva diferente. Mas a pessoa responsável pelo parto é sempre um médico, pelo que no final a sua palavra tem mais força do que a das enfermeiras especialistas. E elas precisam de garantir o seu trabalho, e numa cesariana elas não têm trabalho porque é o médico quem a realiza. A questão é: o importante não é o momento do trabalho de parto mas sim a gravidez, pois é aí que tudo começa. *[Ela é brasileira, mas vive cá e refere-se a Portugal.]*

Soo Downe: É fantástico assistir a todas estas conversas – é fantástico! Só queria responder a alguns pontos que apresentou. Em primeiro, desafiou o movimento pelo parto natural a introduzir formas eficazes de encaminhamento. Eu desafio o governo a

melhorar o encaminhamento. Isto porque não compete ao movimento pela humanização do parto fazer esta introdução, a bem da segurança das mães e dos bebês, compete ao governo. Mas isso será o resultado da pressão exercida pelas mulheres. Em segundo lugar, eu diria que a experiência no Reino Unido, na América e Austrália indica que mesmo quando se põem entraves aos partos em casa, as mulheres tomam esta decisão de qualquer forma, e há um aumento da mortalidade. Portanto, não disponibilizar a opção do parto em casa – e deve ser disponibilizado de forma segura – é perigoso. Em terceiro, relativamente à educação pré-natal, eu concordo, mas, mais uma vez, nós por vezes temos um problema no Reino Unido. Eu vou usar o National Childbirth Trust (NCT⁴) como exemplo, apesar de não querer estereotipá-lo. Acontece que as mulheres recebem educação fantástica sobre parto normal, mas quando se dirigem às maternidades as coisas decorrem de uma forma que não esperavam, e ficam profundamente angustiadas com a diferença entre a expectativa e a sua experiência.

Assim, uma das razões pelas quais iniciámos a campanha pelo parto normal no Reino Unido foi termos percebido que as mulheres começavam, conscientemente, a optar pelas cesarianas a pedido, por causa do nosso mau acompanhamento no parto. Por que razão haveriam de se expor ao tipo de serviço que prestávamos no parto? Em vez disso escolhiam a cesariana. Assim, a nossa ideia quando iniciámos a campanha foi a de incentivar as *midwives* a prestar cuidados apropriados no trabalho de parto e parto fisiológicos, pois quando as mulheres são educadas sobre o trabalho de parto e o parto fisiológicos, é isso que se obtém, em vez de uma dissonância entre o que aprendem e a situação com a qual são confrontadas.

E, um último ponto – um comentário otimista pois penso que parte disto pode ser bastante negativo – é o de que, eu não sei se sabem, mas no Brasil nos últimos anos o Ministério da Saúde abriu centros de parto por todo o país⁵. Trata-se um movimento massivo do Ministério da Saúde para pôr centros de parto a funcionar – com oposição dos obstetras, devo dizer – mas o Ministério está empenhado em normalizar o parto. Por isso, há sempre esperança.

Maria Schouten: Obrigado a todos. Este debate poderia ainda continuar por bastante tempo, e continuará sem dúvida no futuro, mas temos agora outra apresentação que promete ser também muito interessante e que irá complementar o que foi debatido anteriormente. Gostaria de apresentar Vítor Varela: ele é o presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros e também participante no movimento Pelo Direito ao Parto Normal, e está a conduzir a única unidade hospitalar pública com partos na água existente em Portugal, no hospital de Setúbal.

⁴ O National Childbirth Trust (NCT) é uma organização relevante de caridade no Reino Unido e oferece informação e apoio na gravidez, no parto e na transição para a parentalidade, com cursos pré e pós-parto.

⁵ Pode encontrar-se mais informação no site do Ministério da Saúde do Brasil: portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/4082-