

Nascer no Brasil

Sumário Executivo Temático da Pesquisa



*A mãe sabe parir, e o bebê sabe
como e quando nascer.*

Sumário Executivo

Sobre a pesquisa

Parto e nascimento são eventos transformadores na vida de mulheres e bebês e, na maioria das vezes, não apresentam riscos. A pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” foi coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz e realizada com a participação de renomados pesquisadores de um grande número de instituições científicas do país. Teve como objetivo conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo as cesarianas desnecessárias; descrever a motivação das mulheres para opção pelo tipo de parto; as complicações médicas durante o puerpério e período neonatal; bem como descrever a estrutura das instituições hospitalares quanto à qualificação dos recursos humanos, disponibilidade de insumos, equipamentos, medicamentos e unidade de terapia intensiva (UTI) para adultos e neonatos.

Essa foi a primeira pesquisa a oferecer um panorama nacional sobre a situação da atenção ao parto e nascimento no Brasil. No total, 23.894 mulheres foram entrevistadas. A pesquisa foi realizada em maternidades públicas, privadas e mistas (maternidades privadas, conveniadas ao Sistema Único de Saúde – SUS) e incluiu 266 hospitais de médio e grande porte, localizados em 191 municípios, contemplando as capitais e também cidades do interior de todos os estados do Brasil. A coleta de dados se iniciou em fevereiro de 2011 e terminou em outubro de 2012.

A equipe de trabalho de campo entrevistou 90 puérperas em cada hospital, com permanência de pelo menos sete dias em cada um deles, o que viabilizou entrevistar mulheres que pariram durante o dia ou à noite, bem como em feriados e finais de semana. Informações foram também coletadas dos prontuários da puérpera e do recém-nascido e dos cartões de pré-natal. Duas novas entrevistas, por telefone, foram realizadas, sendo a primeira após o 45º dia de puerpério e a segunda entre 6 e 18 meses após o parto. Foram entrevistados os gestores de todas as maternidades, o que possibilitou conhecer aspectos da estrutura e do modelo de atenção ao parto nesses serviços.

Um número temático dos *Cadernos de Saúde Pública*, com 14 artigos originais (CSP V30 Suplemento 2014), foi publicado abordando os aspectos metodológicos da amostra; a criação de um algoritmo para cálculo da idade gestacional; resultados sobre a atenção pré-natal; decisão sobre a via de parto; intervenções sobre as parturientes de baixo risco e recém-nascidos saudáveis; tipo de parto nas adolescentes; satisfação com o atendimento; presença de acompanhante durante a internação; *near miss* materno e neonatal; mortalidade materna e neonatal; além de uma análise sobre a estrutura das maternidades e a descrição de uma experiência bem-sucedida para redução de cesarianas na rede privada.

EDITORIAL

Nascer no Brasil

M. C. Leal, S. G. N. Gama

PERSPECTIVAS

Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro

E. M. L. Aquino

Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária

J. P. Souza, C. Pileggi-Castro

O nascimento como experiência radical de mudança

R. L. Chaves

DEBATE

Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual

M. C. Leal, A. P. E. Pereira, R. M. S. M. Domingues, M. M. Theme Filha, M. A. B. Dias, M. Nakamura-Pereira, M. H. Bastos, S. G. N. Gama

Debate sobre o artigo de Leal et al.:

Crenças e credences sobre as atuais intervenções durante o trabalho de parto e parto no Brasil

J. G. Cecatti

Nascer no Brasil “em tempo”: uma questão de hierarquia das intervenções no parto?

M. L. G. Riesco

A arte de não fazer o errado e fazer o certo!

S. J. Serruya

Reduzindo intervenções de rotina durante o trabalho de parto e parto: primeiro, não causar dano

S. Downe

É a intervenção médica no parto inevitável no Brasil?

E. Declercq

Compromisso com a mudança

M. A. S. Gomes

Os autores respondem

Ampliando o debate

M. C. Leal, A. P. E. Pereira, R. M. S. M. Domingues, M. M. Theme Filha, M. A. B. Dias, M. Nakamura-Pereira, M. H. Bastos, S. G. N. Gama

QUESTÕES METODOLÓGICAS

Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento

M. T. L. Vasconcellos, P. L. N. Silva, A. P. E. Pereira, A. O. C. Schilithz, P. R. B. Souza Junior, C. L. Szwarcwald

Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil

A. P. E. Pereira, M. C. Leal, S. G. N. Gama, R. M. S. M. Domingues, A. O. C. Schilithz, M. H. Bastos

Estimativa da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011

C. L. Szwarcwald, J. J. C. Escalante, D. L. Rabello Neto, P. R. B. Souza Junior, C. G. Victora

ARTIGO

Assistência pré-natal no Brasil

E. F. Viellas, R. M. S. M. Domingues, M. A. B. Dias, S. G. N. Gama, M. M. Theme Filha, J. V. Costa, M. H. Bastos, M. C. Leal

Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final

R. M. S. M. Domingues, M. A. B. Dias, M. Nakamura-Pereira, J. A. Torres, E. d’Orsi, A. P. E. Pereira, A. O. C. Schilithz, M. C. Leal

Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012

S. G. N. Gama, E. F. Viellas, A. O. C. Schilithz, M. M. Theme Filha, M. L. Carvalho, K. R. O. Gomes, M. C. O. Costa, M. C. Leal

Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil

M. E. L. Moreira, S. G. N. Gama, A. P. E. Pereira, A. A. M. Silva, S. Lansky, R. S. Pinheiro, A. C. Gonçalves, M. C. Leal

Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil

C. S. G. Diniz, E. d’Orsi, R. M. S. M. Domingues, J. A. Torres, M. A. B. Dias, C. A. Schneck, S. Lansky, N. Z. F. Teixeira, S. Rance, J. Sandall

Desigualdade sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar

E. d’Orsi, O. M. Brüggemann, C. S. G. Diniz, J. M. Aguiar, C. R. Gusman, J. A. Torres, A. Angulo-Tuesta, D. Rattner, R. M. S. M. Domingues

Incidência de *near miss* materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil

M. A. B. Dias, R. M. S. M. Domingues, A. O. C. Schilithz, M. Nakamura-Pereira, C. S. G. Diniz, I. R. Brum, A. L. Martins, M. M. Theme Filha, S. G. N. Gama, M. C. Leal

Morbidade neonatal *near miss* na pesquisa Nascer no Brasil

A. A. M. Silva, A. J. M. Leite, Z. C. Lamy, M. E. L. Moreira, R. Q. Gurgel, A. J. L. A. Cunha, M. C. Leal

Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido

S. Lansky, A. A. L. Friche, A. A. M. Silva, S. D. Campos, S. D. A. Bittencourt, M. L. Carvalho, P. G. Frias, R. S. Cavalcante, A. J. L. A. Cunha

Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento

S. D. A. Bittencourt, L. G. C. Reis, M. M. Ramos, D. Rattner, P. L. Rodrigues, D. C. O. Neves, S. L. Arantes, M. C. Leal

Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal

J. A. Torres, R. M. S. M. Domingues, J. Sandall, Z. Hartz, S. G. N. Gama, M. M. Theme Filha, A. O. C. Schilithz, M. C. Leal

Gravidez e Pré-natal

Aproximadamente 30% das mulheres entrevistadas não desejaram a gestação atual, 9% ficaram insatisfeitas com a gravidez e 2,3% relataram ter tentado interromper a gestação. Essas mulheres com gestação indesejada apresentaram menor cobertura pré-natal com início tardio e receberam menor número de consultas do que as demais, demonstrando a importância da ampliação do planejamento reprodutivo para garantir às mulheres o direito de decidir se e quando desejam engravidar, bem como contribuir para melhorar desfechos maternos e neonatais. A atenção pré-natal de qualidade é fundamental para a saúde materna e do recém-nascido. Apesar da cobertura praticamente universal no país, sua adequação ainda foi baixa, com 60% das gestantes iniciando o pré-natal tardiamente, após a 12ª semana gestacional, e cerca de um quarto delas sem receber o número mínimo de 6 consultas recomendado pelo Ministério da Saúde. O estudo identificou que apenas 59% das mulheres entrevistadas foram orientadas sobre a maternidade de referência para internação para o parto, contrariando a Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que determina que, durante o pré-natal, toda gestante tem o direito de conhecer e vincular-se à maternidade onde receberá atenção no âmbito do SUS. Quase um quinto das mulheres procurou mais de um serviço para a admissão durante o trabalho de parto, aumentando os riscos de complicações para a mulher e o bebê. Os principais motivos apontados na peregrinação em busca de uma maternidade para o parto foram a ausência de condição de atendimento por falta de médicos, materiais e equipamentos.

Sistema de Saúde e Instituições Hospitalares

O SUS foi responsável pelo pagamento de 80% do total de partos, os quais ocorreram em maternidades públicas e mistas, tendo os 20% restantes ocorridos no setor privado, com pagamento por plano de saúde ou desembolso direto.

A rede hospitalar de atenção ao parto e nascimento é heterogênea. A desigualdade geográfica na oferta de serviços hospitalares do SUS foi mais acentuada entre os hospitais com UTI neonatal com seis ou mais leitos e UTI de adultos, indicando vazios assistenciais que impõem deslocamento geográfico na internação para o parto.

Uma parcela significativa de maternidades não apresentou o conjunto completo de medicamentos e equipamentos mínimos necessários aos atendimentos de emergência, tanto para a mulher como para o recém-nascido. As Regiões Norte e Nordeste e, em seguida, a Centro-Oeste apresentaram as maiores deficiências, sobretudo entre os estabelecimentos públicos e mistos. Já nas Regiões Sul e Sudeste, esses grupos de hospitais estavam mais bem estruturados, atingindo proporções próximas ou mesmo superiores ao patamar da rede privada em vários dos critérios estudados. Os resultados indicam que uma proporção importante de mães e recém-nascidos foi exposta a riscos desnecessários e evitáveis.

Outra questão que pode comprometer a qualidade da atenção está relacionada ao preenchimento dos prontuários. Encontrou-se uma consistência apenas

moderada para a maioria das variáveis investigadas quando se comparou as informações contidas nos prontuários médicos com as oriundas das entrevistas com as puérperas.

Parto

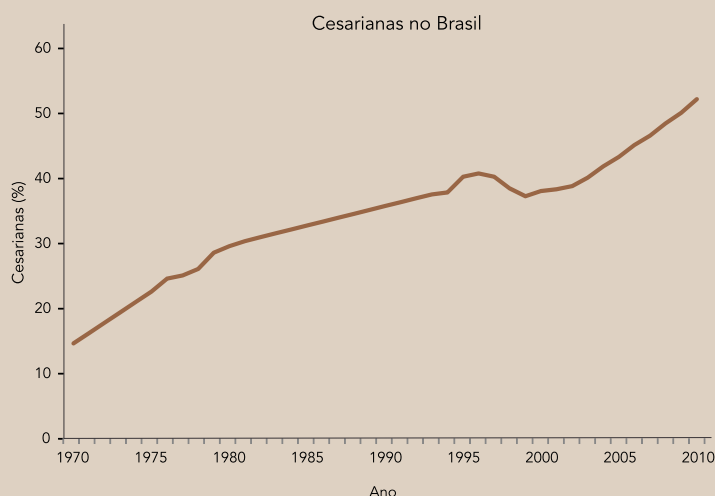
A maioria das mulheres teve seus filhos por meio de cesarianas, cirurgia realizada em 52% dos nascimentos. Ao analisar apenas o setor privado, a situação é ainda mais alarmante: 88% nasceram por meio de cesarianas. Não há justificativas clínicas para um percentual tão elevado dessas cirurgias. Estima-se que, no país, quase um milhão de mulheres, todos os anos, são submetidas à cesariana sem indicação obstétrica adequada, perdem a oportunidade de ser protagonistas do nascimento de seus filhos, são expostas com eles a maiores riscos de morbidade e mortalidade e aumentam desnecessariamente os recursos gastos com saúde. Estudos recentes mostram também as consequências e repercussões da via de nascimento no curso natural do desenvolvimento intrauterino dos recém-nascidos e sobre a saúde futura das crianças, incluindo o risco aumentado de obesidade, diabetes, asma, alergias e outras doenças não transmissíveis.

As cesarianas foram frequentes até mesmo nas adolescentes (42%), que representaram 19% de todas as mulheres incluídas no estudo. Proporção tão elevada dessa cirurgia é preocupante, pois mulheres que iniciam a vida reprodutiva cedo tendem a ter número maior de filhos e, conseqüentemente, estarão expostas a mais risco nas gestações futuras. Há de se destacar nos achados do estudo que as adolescentes entrevistadas apresentam um perfil bastante desfavorável em relação às adultas. Mais de dois terços delas estavam em atraso escolar ou fora da escola, pertenciam às classes sociais mais baixas (D e E), além de apresentarem desvantagens relacionadas com o acesso ao pré-natal e ao número de consultas realizadas. As adolescentes, em sua maioria, eram pretas ou pardas (71%). Essa desigualdade se refletiu também na fonte de pagamento do parto, já que apenas 4,5% delas pariram em estabelecimento privado.

Entre as gestantes que tiveram parto vaginal, observou-se a predominância de um modelo de atenção extremamente medicalizado que ignora as melhores evidências científicas disponíveis. A maioria das mulheres foi submetida a intervenções excessivas, ficou restrita ao leito e sem estímulo para caminhar, sem se alimentar durante o trabalho de parto, usou medicamentos para acelerar as contrações (ocitocina), foi submetida à episiotomia (corte entre a vagina e o ânus) e deu à luz deitada de costas, muitas vezes com alguém apertando sua barriga (manobra de Kristeller). Esses procedimentos, quando utilizados sem indicação clínica, causam dor e sofrimento desnecessários e não são recomendados pela Organização Mundial da Saúde como procedimentos de rotina.

Poucas mulheres brasileiras tiveram chance de vivenciar um parto sem as intervenções anteriormente descritas, apenas 5% do total, valor muito inferior aos 40% observados no Reino Unido. O padrão se distribuiu igualmente por todas as regiões geográficas e tipos de serviço de saúde, mostrando que a medicalização do parto é uma prática disseminada por todo o país.

Um bom resultado encontrado no estudo foi que 75% das mulheres tiveram um acompanhante em algum



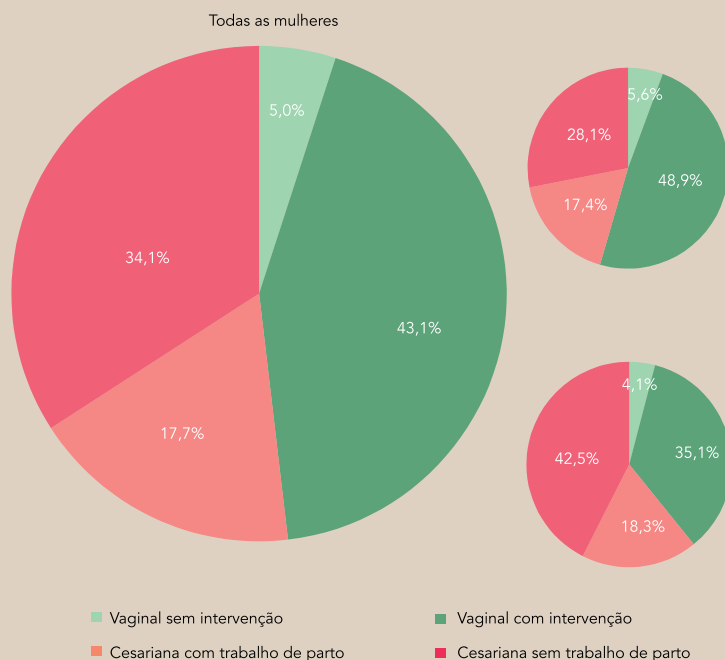
Nas últimas quatro décadas, a proporção de cesarianas quase quadruplicou, passando de 14,5% em 1970 para mais de 50% em 2010.

Dados de 1970 a 1980: Seguridade social. Dados de 1994 a 2010: Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos. Dados de 1981 a 1993: projeção.

Tipos de parto

	TODAS		Risco obstétrico habitual (ROH)		Não risco obstétrico habitual (NROH)	
	n	%	n	%	n	%
Vaginal sem intervenção	1196	5,0%	763	5,6%	408	4,1%
Vaginal com intervenção	10302	43,1%	6626	48,9%	3520	35,1%
Cesariana com trabalho de parto	4240	17,7%	2359	17,4%	1833	18,3%
Cesariana sem trabalho de parto	8153	34,1%	3810	28,1%	4268	42,5%
Total	23892	100,0%	13558	100,0%	10028	100,0%

Para o total das mulheres, a proporção de cesariana foi de 52%, enquanto apenas 5% fizeram partos vaginais sem nenhuma intervenção. Na comparação entre as mulheres de alto e baixo risco, observa-se uma ligeira diminuição da proporção de cesariana, de 61% para 45%.



1 Mulheres sem história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional, não obesas (IMC < 30), HIV negativas com idade gestacional entre 37-41 semanas ao nascer, gravidez única, com feto em apresentação cefálica, com peso ao nascer entre 2500 g e 4499 g e entre o 5° e 95° centil de peso ao nascer por idade gestacional.

2 Demais mulheres.

momento de seu parto. Em 2005, foi promulgada a Lei n. 11108, que garante o direito de acompanhante de livre escolha da mulher por toda a sua permanência no hospital. Embora não implantada em todas as instituições, essa mudança mostra a força de uma política pública para modificar a cultura do nascimento, reinserindo a presença de uma pessoa de vínculo afetivo da mulher nesse momento tão especial de sua vida. O compromisso dos gestores dos serviços com a implantação da presença do acompanhante mostrou-se decisivo para que esse direito fosse garantido para as mulheres e famílias. Destacamos, entretanto, que quase uma década depois de promulgada a lei, menos de 20% das mulheres se beneficiaram da presença contínua do acompanhante durante todo o período da internação, sendo esse ainda um privilégio das mulheres com maior renda e escolaridade, brancas, usuárias do setor privado e que tiveram cesarianas.

Segundo as melhores evidências científicas, modelo de atenção ao parto e nascimento liderados por enfermeiras obstétricas e obstetrias, nos quais esses profissionais são os responsáveis primários pela realização de partos vaginais, aumentam as chances de partos espontâneos e diminuem as intervenções desnecessárias, sem comprometer a saúde das mulheres e dos bebês. Esse modelo de atenção está em franco contraste com o que temos implantado no Brasil, onde somente 15% dos nascimentos foram assistidos por enfermeiras e obstetrias com maior frequência nas regiões mais pobres, em que há ausência de médicos.

Outro achado positivo da pesquisa foi que a maioria das mulheres brasileiras, quase 70% delas, desejava um parto vaginal no início da gravidez. Entretanto, poucas foram apoiadas em sua opção pelo parto vaginal: nos serviços privados, esse valor foi de apenas 15% para aquelas que estavam no seu primeiro parto. Um terço das mulheres que optaram por uma cesariana desde o início da gestação referiu o medo da dor do parto como a principal razão para a escolha desse tipo de parto. Embora a preferência inicial pelo parto vaginal fosse maior, observou-se que, ao longo da gravidez, houve uma mudança da decisão em relação ao tipo de parto, que não pode ser explicado pela ocorrência de problemas e complicações. Isso sugere que a orientação no pré-natal pode estar induzindo a maior aceitação da cesariana. As mulheres que mantiveram sua preferência pelo parto vaginal no final da gestação foram as que apresentaram a menor proporção de cesarianas (20%). Entre as mulheres com cesariana anterior, apenas 15% tiveram um parto vaginal na gestação atual, indicando que, no Brasil, apesar das evidências científicas em contrário, ainda se segue o preceito de que “uma vez cesárea, sempre cesárea”. Esses achados reforçam a necessidade de se evitar a primeira cesariana, apoiando a decisão da mulher pelo parto vaginal.

A comparação dos resultados obtidos com um modelo de atenção ao parto e nascimento baseado em evidências científicas implantado em um hospital privado, localizado na Região Sudeste, com o de outros hospitais privados, localizados em municípios do interior dessa mesma região,

mostrou que foi possível reduzir a proporção de cesarianas à metade em gestantes de baixo risco que utilizam planos de saúde. A clientela desses serviços era muito semelhante em termos sociais e obstétricos, o que sugere que a mudança no modelo de atenção ao parto é que fez a diferença nos resultados obtidos. A redução na proporção de cesarianas não foi acompanhada de prejuízos para a saúde das mulheres e bebês. Pelo contrário, o hospital que realizou mudanças no modelo de atenção ao parto também apresentou melhores resultados entre os recém-nascidos. Os principais componentes desse programa diferenciado foram a atenção ao parto vaginal por equipes compostas de enfermeiras obstétricas e médicos; a priorização de enfermeiras obstétricas na atenção ao parto vaginal; a oferta de recursos não farmacológicos para suporte ao trabalho de parto; a auditoria das indicações de cesarianas; a certificação como Hospital Amigo da Criança e o comprometimento das lideranças locais com a mudança do modelo.

Recém-nascidos

A proporção de nascimentos prematuros (antes de 37 semanas) encontrada neste estudo foi de 11,3%. Quando comparado aos dados populacionais da Inglaterra e País de Gales, a proporção brasileira de prematuros foi 55% maior. Outro dado preocupante foi a proporção elevada de bebês que nasceram com 37 ou 38 semanas gestacionais (35%). Embora não sejam considerados prematuros, são bebês que poderiam ganhar mais peso e maturidade se tivessem a chance de chegar a 39 semanas ou mais de gestação. A epidemia de nascidos com 37 ou 38 semanas no Brasil é, em parte, explicada pelo número elevado de cesarianas agendadas antes do início do trabalho de parto, especialmente no setor privado. Trata-se de uma epidemia silenciosa, pois esses bebês, em geral, recebem alta sem nenhuma complicação grave aparente, o que pode dar a falsa impressão de que nascer antes de 39 semanas não trará nenhum impacto negativo. Contudo, já há estudos mostrando que essas crianças são mais frequentemente internadas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, necessitam maior suporte ventilatório para respirar, além de maior risco de morbidade e mortalidade.

Em relação aos cuidados com os recém-nascidos saudáveis a termo na sala de parto e na primeira hora de vida, práticas julgadas inadequadas ainda foram muito empregadas e outras, consideradas como boas práticas, ainda não foram incorporadas no atendimento aos recém-nascidos. A aspiração de vias aéreas superiores ocorreu em alto percentual, variando de 62% no Nordeste a 77% no Sudeste, assim como a aspiração gástrica, que variou de 34% no Nordeste a 48% no Centro-Oeste. O uso de oxigênio inalatório e de incubadora também foi elevado, dadas as características de baixo risco desses recém-nascidos. A separação precoce mãe-bebê foi observada em proporção elevada, sendo muito mais frequente em regiões e grupos populacionais de maior poder aquisitivo, evidenciando uma contradição entre o acesso às melhores práticas e as classes econômicas. Ou seja, quanto maior o poder aquisitivo, maior o uso

de práticas não recomendadas. O tipo de parto também contribuiu significativamente para a separação mãe-bebê, com mulheres que tiveram o parto vaginal permanecendo mais tempo com seus bebês.

A cesariana colaborou significativamente para a separação mãe-bebê, em contraste com o parto vaginal.

A incidência de boas práticas no recém-nascido foi baixa e ligeiramente superior no grupo de recém-nascidos "saudáveis". O uso de intervenções após o parto foi muito elevado, mas menos frequente nos recém-nascidos "saudáveis".

Incidência de boas práticas e intervenções realizadas em recém-nascidos – Brasil, 2011-2012

	RN's saudáveis ¹	RN's não saudáveis	Todos os RN's
	%	%	%
Boas práticas			
Contato pele a pele logo após o nascimento ²	28,2	21,3	26,6
Ofereceu o seio na sala de parto	16,1	10,1	14,7
Alojamento conjunto	69,0	46,0	64,2
Mamou na 1ª hora de vida	44,5	26,5	40,9
Intervenções			
Aspiração de vias aéreas superiores	71,0	75,4	71,7
Aspiração gástrica	39,5	44,9	40,4
O inalatório ²	8,8	33,1	13,8
Uso de incubadora	8,7	30,5	13,2

¹ Recém-nascidos a termo, com peso ao nascer ≥ 2500 g, Apgar do 1º minuto ≥ 7 e de gravidez única. Foram critérios de exclusão nascidos de mães HIV positivo, recém-nascido com malformação congênita e necessidade de ventilação com pressão positiva nos primeiros minutos de vida.

² Ficou com o RN no colo ou ofereceu o seio.

Foi baixa a incidência de boas práticas obstétricas nas mulheres de baixo e alto risco. A incidência de intervenções durante o trabalho de parto e parto foi extremamente elevada em ambos os grupos.

	Baixo Risco ¹	Alto Risco	Todas as mulheres
	%	%	%
Presença contínua de acompanhante	19,8	17,8	18,7
Boas práticas durante o TP			
Alimentação	25,6	24,5	25,2
Movimentação	46,3	41,1	44,3
Procedimentos não-farmacológicos para alívio da dor	28,0	24,7	26,7
Uso de partograma	44,2	36,9	41,4
Intervenções durante o TP			
Cateter venoso periférico	73,8	76,7	74,9
Ocitocina	38,2	33,3	36,4
Analgesia epidural	31,5	37,8	33,9
Amniotomia ²	40,7	36,4	39,1
Intervenções durante o parto³			
Litotomia	91,7	91,8	91,7
Manobra de Kristeler	37,3	33,9	36,1
Episiotomia	56,1	48,6	53,5

¹ Mulheres sem história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional, não obesas (IMC < 30), HIV negativas com idade gestacional entre 37-41 semanas ao nascer, gravidez única, com feto em apresentação cefálica, com peso ao nascer entre 2500 g e 4499 g e entre o 5º e 95º centil de peso ao nascer por idade gestacional.

² Também foram excluídas as mulheres com ruptura espontânea de membranas anterior à hospitalização.

³ Apenas para mulheres com parto vaginal.

Morbidade Grave e Mortalidade Materna e Neonatal

No período de 1990 a 2011, a razão de mortalidade materna no Brasil decresceu de 143 a 61 por 100 mil nascidos vivos, com taxa de decréscimo de 3,7% ao ano. Apesar da tendência de queda, os valores da mortalidade materna no Brasil são ainda inaceitavelmente elevados, sendo de 3 a 4 vezes maiores que os encontrados no conjunto dos países desenvolvidos no início da década de 2010. As estimativas altas mostram-se, assim, discrepantes aos avanços alcançados no país, não só os relativos ao desempenho do sistema de saúde, como o aumento na cobertura de atendimento pré-natal e atenção ao parto hospitalar, mas também em relação às transformações sociais experimentadas pela sociedade brasileira, com a melhoria do nível socioeconômico e a acentuada queda da fecundidade.

Os muitos aspectos em comum entre as mulheres que sobrevivem a complicações graves da gravidez, parto e pós-parto e aquelas que morrem dessas mesmas complicações levaram ao desenvolvimento do conceito de *near miss* materno (NMM), cuja definição foi estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu à complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o fim da gestação”. A incidência de NMM na pesquisa foi de 10,2 por mil nascidos vivos, valor três vezes maior que os coeficientes dos países europeus, com a maior taxa observada entre as mulheres com mais de 35 anos e com cesarianas anteriores. Verificou-se ainda a elevação da incidência de NMM conforme o aumento do número de cesarianas prévias. Um gradiente crescente da incidência de NMM também foi observado segundo o número de maternidades procuradas para internação no momento do parto, sendo significativamente maior para quem procurou três ou mais serviços.

Conceito semelhante ao NMM foi desenvolvido para o recém-nascido no período neonatal, “uma doença ou problema de saúde que o recém-nascido enfrentou e que quase provocou a sua morte”. A taxa de morbidade neonatal *near miss* (NNM), nessa pesquisa, foi de 39,2 por mil nascidos vivos, três vezes e meia a taxa de mortalidade neonatal (11,1 por mil). Os que nasceram nas capitais de estados, em hospitais públicos e por cesariana tiveram maior morbidade neonatal *near miss*.

A mortalidade neonatal, neste estudo, esteve associada ao baixo peso ao nascer, ao risco gestacional e à inadequação da atenção ao pré-natal e ao parto, indicando uma qualidade não satisfatória da assistência. Lacunas na organização da rede de atenção obstétrica e neonatal também contribuíram para a ocorrência de óbitos que foram mais frequentes em filhos de gestantes que peregrinaram para a atenção ao parto e em crianças nascidas com peso inferior a 1500 g, em hospital sem UTI neonatal. Óbitos de recém-nascidos a termo por asfixia intraparto e prematuridade tardia demonstram qualidade inadequada da atenção hospitalar, uma vez que esses óbitos seriam evitáveis pela melhoria da atenção. As taxas de mortalidade neonatal foram mais altas nas Regiões Norte e Nordeste e nas classes sociais mais baixas, desafio ainda importante para a redução das iniquidades no país.

RECOMENDAÇÕES

Gerais

Os resultados da pesquisa “Nascer no Brasil” indicam a urgência em reformar o modelo de atenção ao parto e ao nascimento no país, tendo em vista que muitos dos desfechos adversos identificados apresentaram associação com problemas na qualidade da assistência. Para isso, é fundamental o envolvimento de gestores, profissionais de saúde, pesquisadores, sociedade civil, particularmente as mulheres, para mudar a forma de nascer no país.

Aos gestores e entidades de classe recomenda-se:

Organizar a rede de assistência obstétrica e neonatal de forma a garantir acesso adequado e oportuno ao cuidado apropriado a todas as gestantes e recém-nascidos.

Comprometer-se com a implantação de políticas públicas que promovam as boas práticas obstétricas e neonatais recomendadas pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde.

Ampliar o número de leitos e estruturar serviços com ambiência adequada para a atenção ao parto e nascimento em áreas negligenciadas.

Ampliar o acesso ao planejamento reprodutivo evitando gestações indesejadas, com prioridade para adolescentes.

Ampliar a captação precoce à atenção pré-natal e garantir a adequação do cuidado, segundo as recomendações do Ministério da Saúde.

Comprometer-se com ações que reduzam na diminuição da cesariana eletiva, em especial antes das 39 semanas gestacionais.

Ampliar a oferta da atenção à gestação, ao trabalho de parto e parto por enfermeiras obstétricas e obstetras.

Garantir o direito de acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o tempo da sua permanência no hospital, conforme regulamentado em lei.

Promover a educação permanente dos profissionais de saúde visando à mudança do atual modelo de atenção obstétrica e neonatal.

Empenhar-se na promoção do contato pele a pele e início do aleitamento materno ainda na sala de parto, evitando a separação mãe/filho após o nascimento.

Ampliar a certificação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) em hospitais públicos e privados.

Aprimorar os processos gerenciais para garantir a disponibilidade de insumos, equipamentos e medicamentos.

Promover monitoramento e avaliações periódicas dos resultados obstétricos e neonatais alcançados pelos seus serviços e estabelecer estratégias para melhoria da qualidade da gestão e da atenção prestada.

Promover maior integração entre o Ministério da Saúde (MS), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para regulação dos serviços públicos e privados de atenção obstétrica e neonatal, com vistas à garantia da equidade, da integralidade, da qualidade do cuidado e da segurança do paciente em todo o setor saúde.

Ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e ao Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), fiscalizar e normatizar a prática profissional no seu papel político de defesa da saúde da população, assumindo compromissos para a redução das cesarianas e intervenções desnecessárias sobre o parto e nascimento.

À Associação Brasileira de Medicina (AMB), Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras (Abenfo), Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), elaborar Diretrizes Clínicas baseadas em evidências científicas e zelar pelo aperfeiçoamento técnico e científico do exercício profissional, com o intuito de padronizar condutas e auxiliar a equipe multiprofissional na tomada de decisão na atenção ao parto e nascimento.

À Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), contribuir para o controle de qualidade do ensino nas faculdades.

Ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) como instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde e à Comissão Intergestora Tripartite (CIT), promover a fiscalização, acompanhamento e monitoramento da atenção obstétrica e neonatal.

Aos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e de Secretarias Municipais de Saúde (Conass e Conasems), promover a articulação e a representação política da gestão estadual e municipal com vistas a disseminar informações, difundir conhecimento e incentivar a troca de experiências e a implantação das boas práticas obstétricas e neonatais.

Aos profissionais de saúde recomenda-se:

Promover uma relação respeitosa entre profissional de saúde e a mulher, com acolhimento, garantia de privacidade, autonomia e envolvimento da mulher nas decisões relacionadas à sua gestação e parto.

Estimular, desde o início da gestação, o parto vaginal e apoiar e fortalecer a decisão das mulheres por esse tipo de parto.

Evitar o uso de tecnologias desnecessárias e utilizar as boas práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidências científicas na atenção ao trabalho de parto, parto e nascimento.

Trabalhar de forma colaborativa e em equipe multidisciplinar na atenção ao parto vaginal.

Ser criterioso na indicação de cesarianas, particularmente para mulheres que estão tendo o seu primeiro parto (primípara) e as adolescentes.

Priorizar o uso de informações oriundas da ultrassonografia precoce como método para estimativa da idade gestacional.

Saúde mental e satisfação com o atendimento

Consideramos que a assistência obstétrica deve ser centrada nas necessidades da mulher e a satisfação com o atendimento recebido é uma forma indireta de se avaliar a qualidade dos serviços de saúde.

Todos os aspectos da relação entre profissionais de saúde e parturientes (tempo de espera, respeito, privacidade, clareza nas explicações, possibilidade de fazer perguntas e participação nas decisões) foram fatores associados a maior satisfação geral com o atendimento. Constatou-se iniquidades na assistência recebida, com menor satisfação relatada por parte de mulheres pretas e pardas, de baixa classe social e escolaridade, residentes nas Regiões Norte e Nordeste, que tiveram parto vaginal, majoritariamente atendidas no setor público, indicando uma clara elitização da assistência.

Outro tema de grande relevância abordado neste estudo foi a saúde mental materna. Embora o nascimento de uma criança seja um momento de alegria, também marca grandes transformações na vida da mulher, que pode levar ao surgimento de problemas psicológicos. A depressão materna é um evento pouco estudado e raramente diagnosticado em nosso país. Nesta pesquisa, a depressão materna foi detectada em 26% das mães entre 6 e 18 meses após o parto, sendo mais frequente entre as mulheres de baixa condição social e econômica, nas pardas e indígenas, nas mulheres sem companheiro, que não desejavam a gravidez e já tinham três ou mais filhos. Destaca-se a importância da insatisfação com o atendimento prestado à mãe e ao bebê durante a internação para o parto e após o nascimento como fator associado. A depressão materna tem influência negativa sobre a saúde da mulher, sua relação com a família e o recém-nascido, dificultando o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, o aleitamento materno e trazendo consequências para o desenvolvimento da criança sob vários aspectos. Em virtude de seus efeitos nocivos, a depressão materna deve ser investigada ao longo da gestação e em vários momentos após o parto visando, especialmente, os grupos de maior risco para seu desenvolvimento.

Como conclusão geral, as mulheres brasileiras e seus bebês de qualquer grupo social estão sendo desnecessariamente expostos ao risco de efeitos adversos no parto e nascimento. As de mais elevado nível social sofrem maior número de intervenções obstétricas, em especial a operação cesariana, e dão à luz a um grande número de bebês com menos de 39 semanas, perdendo assim as vantagens advindas da sua situação social. As mais pobres, atendidas no setor público, estão submetidas a partos extremamente medicalizados, dolorosos, e demonstram menor satisfação com a atenção recebida. Têm piores indicadores perinatais e de condições de saúde em geral, indicando a baixa efetividade do modelo de atenção obstétrica e neonatal predominante nos serviços públicos e privados do país.



Melhorar a qualidade do registro nos prontuários visando à comunicação entre as equipes, o monitoramento e a avaliação da atenção ofertada.

Valorizar os sinais preditores de *near miss* materno e neonatal atuando de forma ágil, oportuna e efetiva para prevenir óbitos evitáveis.

Promover o nascimento espontâneo e evitar o uso de intervenções não recomendadas pela Organização Mundial da Saúde sobre o recém-nascido.

Estimular e apoiar o contato pele a pele e o aleitamento materno exclusivo desde a sala de parto.

Às Universidades e Instituições de Pesquisa recomenda-se:

Enfatizar, na formação dos profissionais de saúde, os aspectos fisiológicos da gestação e parto e o uso apropriado das tecnologias baseadas em evidências científicas.

Reforçar o envolvimento dos hospitais de ensino na educação permanente dos profissionais.

Investir na formação de profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar e em equipe, aumentando a parceria e a colaboração.

Avaliar periodicamente a estrutura das maternidades, contribuindo para o redimensionamento de recursos, de políticas e estratégias de gestão baseadas no conhecimento produzido.

Colaborar com as instituições dos serviços de saúde na realização de pesquisas operacionais para identificar as falhas no acesso e qualidade do pré-natal, da atenção ao parto e da integração da rede assistencial.

Realizar pesquisas avaliativas e de comparação de modelos de atenção ao parto e nascimento em diferentes contextos, no setor público e privado.

Desenvolver e avaliar estratégias capazes de modificar os determinantes do excesso de cesarianas e de prematuridade no Brasil.

Aos movimentos sociais, às famílias e às mulheres recomenda-se:

Incentivar o protagonismo e a autonomia da mulher na condução do trabalho de parto.

Participar das instâncias do SUS e do seu controle social nos municípios e nos serviços, influenciando sobre as prioridades e implementação de boas práticas de atenção;

Fortalecer a divulgação de informações sobre as recomendações das boas práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidências científicas.

Procurar informação sobre seus direitos no parto, incluindo o direito de escolha e de recusa.

Exigir a garantia por lei da presença de acompanhante de escolha durante toda a internação (pré-parto, parto e pós-parto).

Fomentar a criação de grupos de apoio às gestantes nos serviços de saúde e nas redes sociais.

Evitar o agendamento de cesarianas sem trabalho de parto, em especial antes de 39 semanas de gestação, exceto quando houver uma indicação clínica.

Em caso de dúvidas sobre a real necessidade de antecipar o parto, procurar uma segunda opinião para mais informações sobre as possíveis consequências do nascimento antes do trabalho de parto e com menos de 39 semanas.

Aos demais setores da sociedade recomenda-se:

Ampliar o debate sobre parto e nascimento para as áreas da Educação, Poder Judiciário, Ministério Público, Assistência Social e outros.

Investir na educação em saúde sexual e saúde reprodutiva nas escolas.

Promover o respeito à equidade de gênero.

Reduzir as iniquidades regionais e sociais, com investimentos específicos para áreas e populações menos favorecidas.

Lutar pela ampliação do financiamento para o Sistema Único de Saúde.

Defender, como um direito humano, que todas as instituições relacionadas com a saúde, incluindo bens e serviços, estejam disponíveis, acessíveis, aceitáveis, apropriadas e de boa qualidade.

Créditos

Equipe de autores do Resumo Executivo:

Maria do Carmo Leal, Jacqueline Alves Torres, Rosa Maria Soares Madeira Domingues, Mariza Miranda Theme Filha, Sonia Bittencourt, Marcos Augusto Bastos Dias, Marcos Nakamura Pereira, Elaine Fernandes Viellas, Carmen Simone Grilo Diniz, Eleonora D'Orsi, Antonio Augusto Moura da Silva, Ana Paula Esteves Pereira, Maria Helena Bastos, Maria Elisabeth Lopes Moreira, Sonia Lansky, Silvana Granado Nogueira da Gama.

Projeto Gráfico: Lucia Regina Pantojo de Brito – CCI/ENSP

Revisão: Ana Lucia Normando – CCI/ENSP

Fotos: Bia Fioretti

Produção Editorial: CCI/ENSP

Coordenadora: *Maria do Carmo Leal*

Autores da Série "Nascer no Brasil"

(em ordem alfabética de nome):

Alaerte Leandro Martins (Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, Curitiba); Álvaro Jorge Madeiro Leite (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Amélia Augusta de Lima Friche (Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte); Ana Paula Esteves Pereira (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Annelise de Carvalho Gonçalves (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre); Antonia Angulo-Tuesta (Universidade de Brasília, Brasília); Antônio Augusto Moura da Silva (Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Maranhão); Antonio José Ledo Alves da Cunha (Reitoria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro); Arthur Orlando Corrêa Schilithz (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Camilla A. Schneck (Escola de Artes Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo); Carmen Simone Grilo Diniz (Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo); Celia Landmann Szwarcwald (Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); César Gomes Victora (Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul); Christine Ranier Gusman (Universidade Federal do Tocantins, Palmas); Cynthia Pileggi-Castro (Glide Cooperação Técnica e Pesquisa, Ribeirão Preto); Dácio de Lyra Rabello Neto (Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília); Daphne Rattner (Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília); Deise Campos (Gerência de Ensino e Pesquisa, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte); Dilma Costa Oliveira Neves (Centro Universitário do Estado do Pará, Belém); Elaine Fernandes Viellas (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Eleonora D'Orsi (Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis); Estela M. L. Aquino (Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador); Ione Rodrigues Brum (Hospital Universitário Francisca Mendes, Universidade Federal do Amazonas, Manaus); Jacqueline Alves Torres (Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro); Janaina Marques de Aguiar (Universidade Nove de Julho, São Paulo); Janaina Viana da Costa (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Jane Sandall (Division of Women's Health, King's College London, London, U.K); João Paulo Souza (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto); Juan José Cortez Escalante (Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília); Keila Rejane Oliveira Gomes (Programa de Pós-graduação em Ciências e Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina); Lenice Costa Reis (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Márcia Lazaro de Carvalho (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Márcia Melo Ramos (Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses, Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro); Marcos Augusto Bastos Dias (Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Marcos Nakamura-Pereira (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Maria Conceição Oliveira Costa (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana); Maria do Carmo Leal (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro);

Maria Elisabeth Lopes Moreira (Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Maria Helena Bastos (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Mariza Miranda Theme Filha (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Maurício Teixeira Leite de Vasconcellos (Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, Rio de Janeiro); Neuma Zamariano Fanaia Teixeira (Pró-Reitoria de Ensino e Graduação, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá); Odaléa Maria Brüggemann (Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis); Patrícia Lima Rodrigues (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Paulo Germano de Frias (Instituto de Medicina Integral de Pernambuco Prof. Fernando Figueira, Recife); Paulo Roberto Borges de Souza Júnior (Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Pedro Luis do Nascimento Silva (Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, Rio de Janeiro); Rejane Silva Cavalcante (Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Estado do Pará, Belém); Ricardo Queiroz Gurgel (Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju); Rosa Maria Soares Madeira Domingues (Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Rossicley de Souza Pinheiro (Universidade Federal do Amazonas, Manaus); Sandra Lúcia Arantes (Centro de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande); Silvana Granado Nogueira da Gama (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Simone Grilo Diniz (Universidade de São Paulo, São Paulo); Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Sônia Lansky (Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte, Belo Horizonte); Susanna Rance (Plymouth University Peninsula Schools of Medicine and Dentistry, Plymouth, U.K); Zeni Carvalho Lamy (Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Maranhão); Zulmira Hartz (Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal).

Coordenadores Regionais:

Álvaro Jorge Madeiro Leite (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Antônio Augusto Moura da Silva (Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Maranhão); Antonio José Ledo Alves da Cunha (Reitoria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro); Carmen Simone Grilo Diniz (Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo); Daphne Rattner (Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília); Eleonora D'Orsi (Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis); Márcia Lazaro de Carvalho (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Marcos Augusto Bastos Dias (Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Marcos Nakamura-Pereira (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Maria Elisabeth Lopes Moreira (Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Mariza Miranda Theme Filha (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Odaléa Maria Brüggemann (Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis); Paulo Germano de Frias (Instituto de Medicina Integral de Pernambuco Prof. Fernando Figueira, Recife); Rejane Silva Cavalcante (Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Estado do Pará, Belém); Rosa Maria Soares Madeira Domingues (Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Silvana Granado Nogueira da Gama (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Simone Grilo Diniz (Universidade de São Paulo, São Paulo); Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro); Sônia Lansky (Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte, Belo Horizonte).

Apoio financeiro:

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Inova Project); e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).