

PAULO BOREM¹

JANISE BRAGA BARROS FERREIRA²

UYARA JANUZZI DA SILVA³

JEYNER VALÉRIO JÚNIOR³

CRISTIANA MACHADO BORGES ORLANDA⁴

Aumento do percentual de partos vaginais no sistema privado de saúde por meio do redesenho do modelo de cuidado

Increasing the percentage of vaginal birth in the private sector in Brazil through the redesign of care model

Artigo Original

Palavras-chave

Saúde materno-infantil
Tocologia
Parto obstétrico
Cesárea
Parto humanizado
Resultado da gravidez
Custos de cuidados de saúde
Saúde suplementar

Keywords

Maternal and child health
Midwifery
Delivery, obstetric
Cesarean section
Humanizing delivery
Pregnancy outcome
Health care costs
Supplemental health

Resumo

OBJETIVO: Implantar um novo modelo de cuidado ao parto e reduzir o percentual de cesarianas entre as gestantes da UNIMED Jaboticabal. **MÉTODOS:** Estudo descritivo desenvolvido em uma instituição do interior paulista, que teve início em 2012 e propôs o redesenho do modelo de cuidado ao parto com a revisão de todo o processo assistencial por meio da Ciência da Melhoria Contínua. Para medir os resultados das mudanças, foram selecionados nove indicadores e suas respectivas metas. **RESULTADOS:** O indicador de partos vaginais atingiu a meta de 40%, após sete meses do início da intervenção. Este indicador entre as gestantes do SUS atingiu 66%. A taxa de mortalidade perinatal decresceu 25% comparando-se 2012 a 2014 e a taxa de prematuridade foi de 3/100 nascidos vivos em 2014. O percentual de gestantes da UNIMED com 6 ou mais consultas de pré-natal atingiu 95%. Em relação aos custos hospitalares *per capita* referentes à assistência ao parto, notou-se um decréscimo de 27%, quando comparados os anos de 2012 e 2013. Tal queda não se sustentou e o custo hospitalar *per capita*, em 2014, retornou aos mesmos patamares de 2012. A remuneração dos obstetras registrou um acréscimo de 72%, se comparados os anos de 2012, 2013 e 2014. Houve queda de 61% dos custos com a unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, comparando os anos de 2012 e 2013. A taxa de admissão em UTI neonatal acompanhou a redução dos custos e foi de 55%, se comparados os anos de 2012 a 2014, entre as gestantes da UNIMED. Não houve o alcance da meta de 80% de participação das gestantes nos cursos de preparação para o nascimento. A porcentagem de gestantes satisfeitas e muito satisfeitas com a assistência ao parto atingiu 86%. **CONCLUSÃO:** Este projeto atingiu seus objetivos, reduzindo o percentual de cesarianas entre as gestantes da UNIMED Jaboticabal, e constituiu-se em um exemplo concreto da realização do triplo objetivo em saúde: melhorar a experiência dos envolvidos e os resultados de saúde de populações e indivíduos e realizar estas duas tarefas com menor custo, eliminando desperdícios assistenciais.

Abstract

PURPOSE: To reduce the percentage of cesareans among pregnant women at UNIMED Jaboticabal by redesigning the care delivery model. **METHODS:** Descriptive study conducted at an institution in São Paulo State starting in 2012 to propose the redesign of the care mode based on Continued Improvement Science adapted to the health area. To measure the results of changes we selected nine indicators and their targets. **RESULTS:** The percentage of natural births reached the target of 40% after seven months of implementation of the interventions. The percentage of natural births reached 66% among pregnant women in SUS. The perinatal mortality rate decreased by 25% from 2012 to 2014, and the prematurity rate was 3 per 100 live births in 2014. The percentage of pregnant women from UNIMED with six or more prenatal consultations reached 95%. The hospital costs for childbirth care decreased by 27% compared to 2012 and 2013. This reduction was not sustainable and the per capita cost returned to the same level in 2014. The remuneration of all obstetricians increased by 72% from 2012 to 2014. Unimed's costs attributed to the neonatal intensive care unit (NICU) decreased by 61% from 2012 to 2013. The cost was the same for 2013 as it was for 2014 while the admission rate among newborns at UNIMED decreased by 55%. The percentage of pregnant women participating in courses to prepare for birth did not reach the goal set at 80%. The percentage of pregnant women satisfied and very satisfied with care delivery reached 86%. **CONCLUSION:** This project achieved its objectives by reducing the percentage of C-sections among pregnant women of UNIMED Jaboticabal representing a concrete example of achieving the Triple Aim in health: to improve the experience of care and the health outcomes of populations and individuals and to perform these two tasks at a lower cost.

Correspondência

Janise Braga Barros Ferreira
Avenida Bandeirantes, 3.900 – Monte Alegre
CEP: 14049-900
Ribeirão Preto (SP), Brasil

Recebido

05/01/2015

Aceito com modificações

08/07/2015

DOI: 10.1590/S0100-720320150005264

Irmandade de Misericórdia de Jaboticabal do Hospital e Maternidade Santa Isabel – HMSI – Jaboticabal (SP), Brasil.

¹Federação das UNIMEDs do Estado de São Paulo/UNIMED do Brasil – São Paulo (SP), Brasil.

²Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

³Hospital e Maternidade Santa Isabel – HMSI – Jaboticabal (SP), Brasil.

⁴Projeto Melhor Parto, Hospital e Maternidade Santa Isabel – HMSI – Jaboticabal (SP), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

Introdução

Há algumas décadas, o número de cesáreas, no Brasil, vem crescendo e, desde 2009, este procedimento superou o número de nascimentos via parto vaginal, o que tornou o Brasil o país com o maior percentual de cesáreas no mundo^{1,2}. Apesar de a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendar, baseada em sólida literatura, que o percentual de cesárea não deve ultrapassar 15% do total de partos, este conhecimento parece não “incomodar” a classe médica brasileira, as gestantes, os gestores da saúde pública e/ou privada e as sociedades médicas de ginecologia/obstetrícia e pediatria. Mesmo a maioria das instituições universitárias, responsáveis pela formação dos profissionais de saúde, não se mobiliza a contento para oferecer condições ao parto natural humanizado³.

No setor público nacional o percentual de cesarianas alcançou, em 2012, aproximadamente 45% do total de partos realizados na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto, no privado, tal percentual girou em torno 85%³.

Para o enfrentamento dessa situação, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a elaboração de novas diretrizes para realização do parto vaginal e da cesariana, no intuito de melhorar os indicadores de saúde materna e infantil⁴. Por sua vez, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), reguladora desse segmento, criou programas de adesão voluntária incentivando a realização do parto vaginal⁵. Entretanto, tais medidas não impactaram na diminuição dos altos percentuais de cesárea no subsistema de saúde suplementar, inclusive no sistema UNIMED. No sistema privado e suplementar são escassas as referências sobre esse evento e na quase maioria das maternidades privadas o padrão é o da cesariana eletiva e de partos vaginais em centros cirúrgicos, em ambiente pouco adequado à assistência ao parto humanizado.

De outro modo, no cenário da saúde pública brasileira, observam-se algumas iniciativas no sentido da reversão dessa situação, com resultados animadores^{6,7}.

A experiência relatada neste artigo foi implantada em um hospital e maternidade, no interior do Estado de São Paulo, na cidade de Jaboticabal, em virtude da preocupante estimativa de que, nos últimos 20 anos, quase 100% dos nascimentos das clientes desta cooperativa tenham ocorrido por meio de cesarianas eletivas. Vale notar que não havia na referida instituição hospitalar a coleta rotineira de indicadores de saúde, financeiros, processuais e de satisfação dos clientes que permitissem uma avaliação global do processo de assistência ao parto.

Diante desse quadro, iniciou-se uma experiência inovadora, em outubro de 2012, com os objetivos de implantar um novo modelo de cuidado ao parto e reduzir o percentual de cesarianas.

Métodos

O Hospital e Maternidade Santa Isabel (HMSI), campo da intervenção, é uma entidade sem fins lucrativos localizada na cidade de Jaboticabal, município com aproximadamente 70.000 habitantes, interior do Estado de São Paulo⁸. Com 82 leitos, atende pacientes do SUS, da UNIMED, de planos de autogestão em saúde e particulares. A administração do hospital é compartilhada entre a Irmandade e a UNIMED desde o ano de 2000. A UNIMED Jaboticabal é uma cooperativa de médicos criada com o objetivo de proporcionar uma alternativa de trabalho para o médico sem a intermediação de uma empresa de saúde mercantilista, oferecendo um sistema de cuidados em saúde para a população do município e da região, integrando o Sistema Nacional UNIMED.

Esta experiência, que teve início em outubro de 2012, propôs o redesenho do modelo de cuidado ao parto na referida instituição, com a revisão de todo o processo assistencial por meio da Ciência da Melhoria Contínua⁹, ou Conhecimento Profundo de Deming, adaptada pelo *Institute of Healthcare Improvement* (IHI) para a área da saúde. De acordo com o método adotado, o primeiro passo foi identificar as possíveis causas (hipóteses) do elevado percentual de cesarianas ocorrido na instituição nas perspectivas histórica, médica e cultural. Essas causas constituíram o *corpus* teórico sobre a questão e fundamentaram as soluções propostas. As hipóteses levantadas abrangeram: o fator cultural influenciando as gestantes que têm preferido a cesariana pelo conforto, pela possível indução do “discurso” médico, por desconhecer os riscos envolvidos com tal procedimento, tanto para a gestante quanto para o feto, e pelo receio de sentir as dores das contrações; o modelo de cuidado centrado no médico e o modelo de remuneração médica como o pagamento, de modo geral, realizado por procedimento.

Essas hipóteses conformaram a teoria do problema e foram sistematizadas no Diagrama Direcionador (DD), ferramenta da Ciência da Melhoria que declara os objetivos de melhoria, os direcionadores primários e secundários e os conceitos de mudanças necessários para se atingir a melhoria. Para todos os conceitos de mudanças, foram rodados mais de 70 ciclos de *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) que testaram as mudanças em pequena escala, para depois serem implantadas em todo o processo de assistência ao parto do HMSI.

Simultaneamente, foi elaborado o Contrato de Projeto, documento pactuado entre a comunidade médica, as gestantes e suas famílias quanto aos compromissos para a melhoria do cuidado, o qual respondeu questões fundamentais sobre o que está se tentando realizar, como saber se as mudanças resultaram em melhorias e que mudanças levarão a melhorias. Para medir os resultados das mudanças, foram

selecionados nove indicadores (de processo, de resultados e balanceados) e suas respectivas metas.

No acompanhamento dos efeitos das mudanças adotadas no projeto de melhoria foram construídos gráficos de controle ou de *Shewhart*, recomendados pelo método proposto. Importante registrar que não havia uma sistematização de coleta de dados na instituição que permitisse com fidedignidade a identificação de parâmetros iniciais para os indicadores escolhidos, o que justifica a apresentação apenas das metas a serem alcançadas a partir do estabelecimento da intervenção (Tabela 1).

As mudanças propostas foram listadas no DD como “conceitos de mudança” (Figura 1). Foram definidos quatro direcionadores primários que descreveram o que precisaria ser feito para se alcançar o objetivo planejado: Adoção de mudança de atitudes por parte de gestantes, famílias, médicos e comunidade hospitalar, com a identificação de ações específicas a cada público-alvo envolvido na assistência ao parto, tais como ações de educação e engajamento em saúde; Redesenho do modelo de cuidado ao parto, com a contratação de enfermeira especialista em obstetrícia e a definição do plantão médico presencial,

desvinculando o pré-natal da assistência ao nascimento; Alteração na forma de remuneração da assistência ao parto, passando os médicos a receberem por plantão, e não mais por procedimento (caso o percentual de partos vaginais ultrapassasse 50% do total de partos, o valor do plantão teria um bônus para todos os plantonistas) e melhoria da infraestrutura de assistência ao parto, direcionador que foi introduzido posteriormente durante o projeto de melhoria.

Cada direcionador primário se desdobrou em segmentos ou direcionadores secundários. Finalmente, foram definidos os conceitos de mudanças que descreveram como realizar o que foi definido no direcionador primário, ou seja, as ações propriamente ditas.

Outra medida foi a inclusão das gestantes e dos familiares na construção do novo modelo de cuidado utilizando-se a metodologia *Experience Based Design* (EBD)¹⁰, do NHS, Inglaterra, adaptada ao Brasil, com o emprego do questionário *Listening to the mothers*¹¹ modificado, realizada três meses após o nascimento, com indagações sobre como elas se sentiram em cada ponto de contato com o sistema de cuidado ao parto (primeira consulta, ultrassom, curso de gestantes, consultas de pré-natal, internação, durante o trabalho de parto, alta, etc.). Em um painel, as 20 participantes atribuíram um estado emocional (alegria, segurança, irritação, insegurança, medo, etc.) referente à interação com cada ponto de contato. O projeto da intervenção foi aprovado pelo Comitê de Ética do HSMI.

Tabela 1. Indicadores e metas

Indicador	Valor inicial	Meta	Valor alcançado
Percentual de parto vaginal no HMSI	0	40%	42% (média)
Percentual de partos vaginais em primíparas no HMSI	50%	Mínimo de 80%	67% (média)
Taxa de mortalidade perinatal	4 óbitos/1.000 NV	Atingir níveis dos países europeus*	4 óbitos/1.000 NV
Custos assistenciais	R\$ 1.234.106,00	Eliminar os desperdícios**	R\$ 1.096.940,00
Número de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal	62% (média)	90% das gestantes com 6 ou mais consultas***	92% (média)
Taxa de admissão de neonatos em UTI	22/1.000	Reduzir	9,5/1.000 NV
Taxa de prematuridade entre as gestantes	3% (média)	Não foi estabelecida uma meta inicial****	3% (média)
Percentual de gestantes participantes do curso de preparação para o nascimento	–	Mínimo de 80%*	29%
Satisfação das gestantes	–	Mínimo de 85%*	83,5%

* <http://www.pordata.pt/Europa/Taxas+de+mortalidade+neonatal+e+taxa+de+e+mortalidade+fetal+tardia-1258>

** Diárias e taxas hospitalares, honorários médicos, UTI neonatal, complicações maternas e fetais.

*** O motivo de não fixar a meta em 100% foi o fato de algumas gestantes não residirem na área de atuação da UNIMED Jaboticabal.

**** Não foi possível quantificar a meta inicial pela dificuldade de coleta de dados retrospectivos.

HMSI: Hospital e Maternidade Santa Isabel; NV: nascidos vivos; UTI: unidade de terapia intensiva.

Resultados

Foram necessários vários ciclos de PDSA para que os dados fossem coletados e os indicadores produzidos de forma padronizada (Figura 1). De outubro de 2012 a agosto de 2014, ocorreu no HMSI um total de 1.449 partos dentre os nascimentos SUS e UNIMED. O percentual médio de partos vaginais, no HMSI, ultrapassou a meta estabelecida de 40%, elevando-se de 26 para 51% no período estudado (Figura 2).

Por sua vez, o percentual de partos vaginais entre as gestantes da UNIMED, que era praticamente zero, atingiu 71% em agosto de 2014, com um valor médio de 42% no período analisado (Figura 3).

O percentual médio de partos vaginais entre as gestantes do SUS, em 2014, foi de 81%, valor muito próximo ao recomendado pela OMS. Pontua-se que esse indicador, antes do início do projeto, girava em torno de 43%.

No HMSI, as gestantes SUS e UNIMED foram assistidas em seus partos pela mesma equipe. A única diferença foi a assistência durante o pré-natal, quando os médicos de família e a comunidade da rede pública do município realizaram o pré-natal das gestantes do SUS, enquanto as gestantes da UNIMED foram assistidas pelos médicos ginecologistas e obstetras cooperados.

O percentual de partos vaginais em gestantes primíparas da UNIMED não alcançou a meta estabelecida de 80%, atingindo o valor médio de 53%. O percentual de partos vaginais entre todas as gestantes do HMSI cresceu de 26,7%, em 2012, para 51,4%, em 2014.

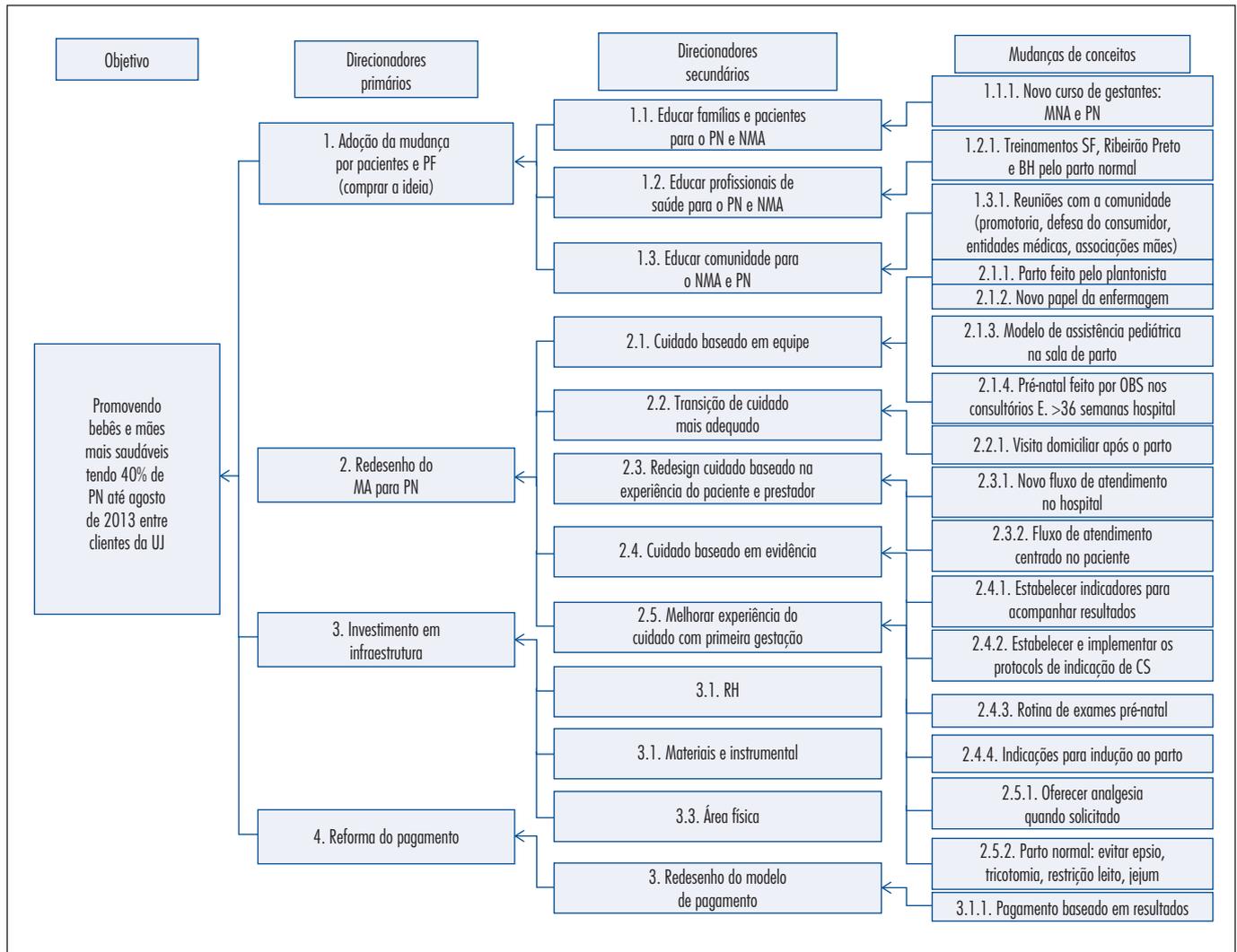
A taxa de mortalidade perinatal entre as gestantes assistidas no HMSI decresceu 25%, comparando-se os dados de 2012 e 2014. Até agosto de 2014, a taxa de mortalidade perinatal foi de 8,3/1.000 nascidos.

Em relação aos custos assistenciais anuais totais relacionados ao parto, depois de somadas todas as despesas assistenciais (incluindo honorários pagos aos médicos, diárias e taxas hospitalares), observou-se que, em 2013, o custo anual foi de R\$ 1.096.940,00, 12% menor do que em 2012 (R\$ 1.234.106,00). Houve queda de 61% dos custos totais anuais com a unidade de terapia

intensiva (UTI) neonatal: de R\$ 417.873,00, em 2012, para R\$ 135.940,00, até setembro de 2014.

Salienta-se que com a eliminação de desperdícios assistenciais foi possível a transferência de parte das economias geradas com o novo modelo de cuidado ao parto para os honorários médicos. A remuneração global dos médicos, que incluiu pediatras, anesthesiologistas e obstetras, teve um crescimento de 65%.

Notou-se uma redução de 41% na taxa de admissão em UTI neonatal, que passou de 22/1.000 nascidos vivos, em 2012, para 13/1.000 nascidos vivos, em 2014. Observou-se o aumento do custo *per capita* das internações na UTI neonatal, passando de R\$ 13.479,80, em 2012, para R\$ 25.307,95, até agosto de 2014. Tais admissões ocorreram por prematuridade extrema, com casos complexos, tais como neonatos com hidrocefalia, osteogênese



PN: Parto normal e vaginal; CS: Cesárea; NMA: Novo modelo assistencial; RPT: Risco de pretermo; UJ: Unimed Jaboticabal; OBS: obstetra.

Figura 1. Diagrama direcionador

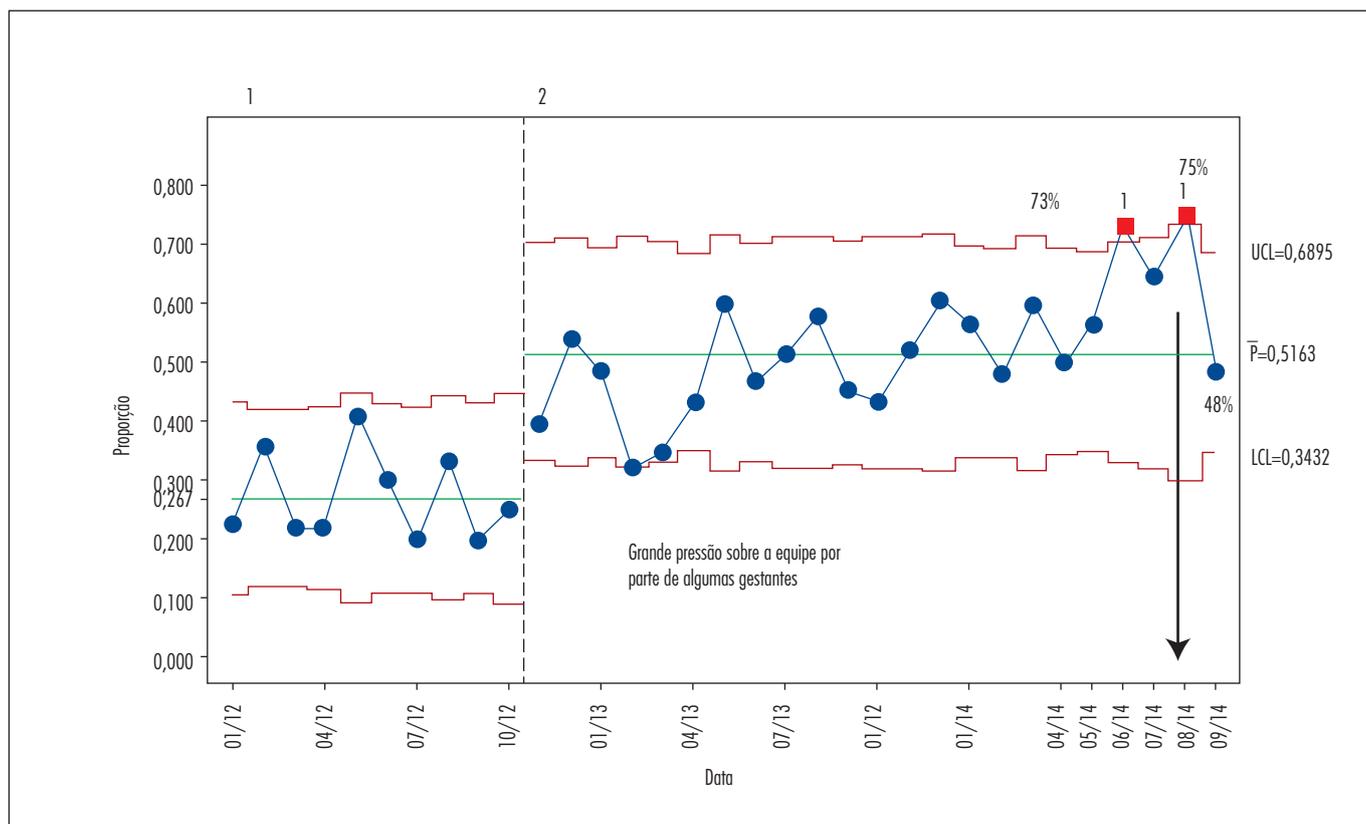


Figura 2. Partos vaginais entre as gestantes atendidas no Hospital e Maternidade Santa Isabel, Jaboticabal (SP), de outubro de 2012 a agosto de 2014

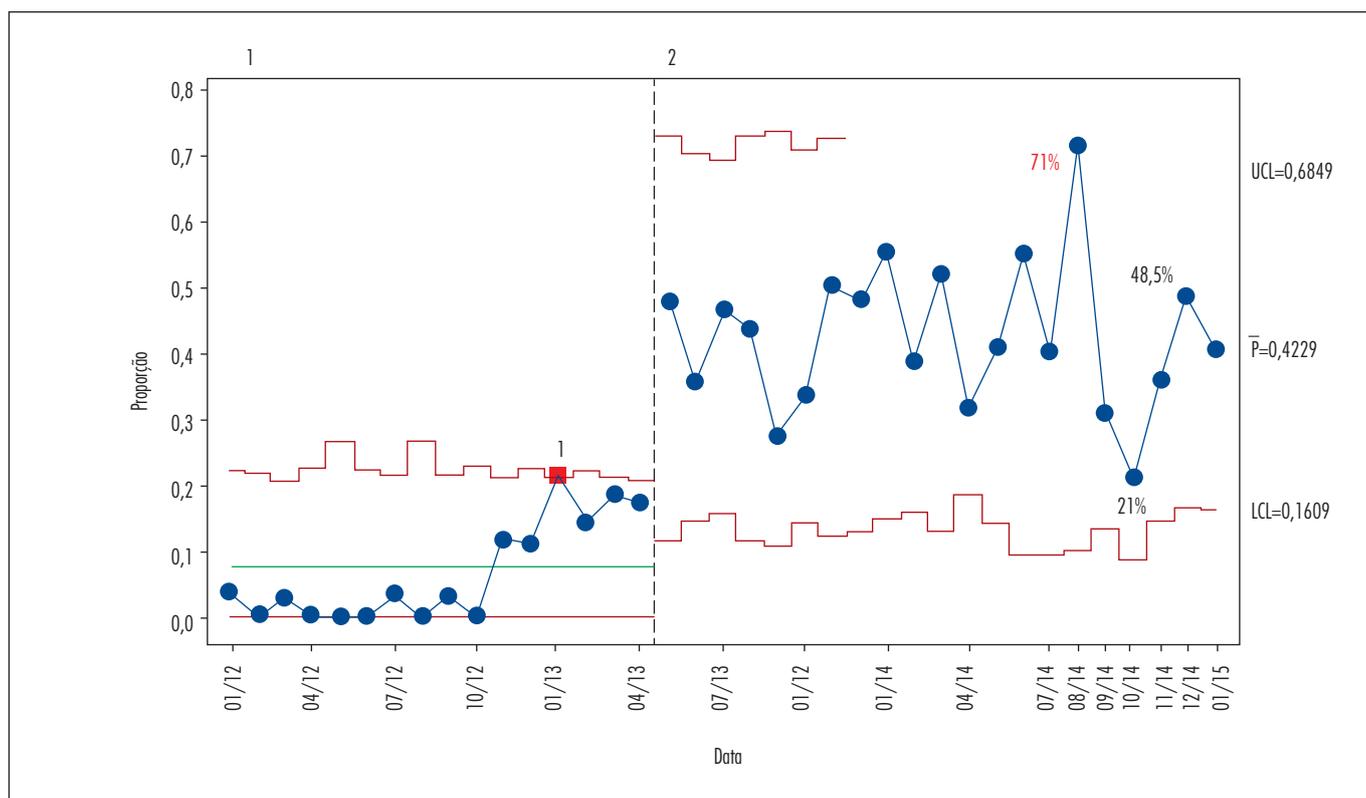


Figura 3. Percentual de partos vaginais entre gestantes UNIMED atendidas no Hospital e Maternidade Santa Isabel, Jaboticabal (SP), de outubro de 2012 a agosto de 2014

imperfecta, gastroquise e outras doenças que necessitaram de intervenções cirúrgicas e internações prolongadas.

A taxa de prematuridade de gestantes da UNIMED Jaboticabal foi de 3/100 nascidos vivos. O percentual de gestantes com mais de 6 consultas de pré-natal variou de 62%, em 2012, para 95%, em junho de 2014. O maior desafio em relação a este indicador referiu-se às gestantes que residiam em cidades fora da área de atuação da UNIMED Jaboticabal.

A pesquisa de satisfação visou conhecer a opinião das gestantes acerca do cuidado ao parto, do HMSI e dos médicos que assistiram o nascimento, comparando o parto vaginal com a cesariana. A satisfação com a assistência ao parto, em geral, foi ligeiramente maior entre as gestantes que tiveram parto vaginal. Em uma escala de 1 a 4, em que 4 é a satisfação máxima, a satisfação com parto normal foi, em média, de 3,34, e com a cesariana, 3,07.

A pesquisa apontou “a primeira consulta” e “o trabalho de parto” como os pontos de contato do processo de assistência ao parto com maior frequência de sentimentos negativos. A partir dessa constatação, criou-se uma equipe de trabalho composta por gestantes voluntárias, colaboradores do HMSI e da UNIMED Jaboticabal que por meio da Ciência de Melhoria Contínua teve a finalidade de propor intervenções específicas para esses pontos de contato do processo de cuidado ao parto.

Discussão

O indicador de partos vaginais entre as gestantes atendidas no HMSI atingiu a meta pretendida de 40%, após 7 meses do início da intervenção. Destaque para o valor deste indicador entre as gestantes do SUS, que atingiu 81% em agosto de 2014. A taxa de mortalidade perinatal decresceu 25%, comparando-se 2012 a 2014, e a taxa de prematuridade de gestantes da UNIMED Jaboticabal foi de 3/100 nascidos vivos, valor menor do que de parâmetros encontrados na literatura médica¹²⁻¹⁴, tornando-se a prematuridade no decorrer do estudo um evento relativamente raro e de causas não iatrogênicas. O percentual de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal atingiu 95% no final do período observado. Em relação aos custos assistenciais totais referentes à assistência ao parto, notou-se um decréscimo de 12%, quando comparados os anos de 2012 e 2013, enquanto a remuneração dos médicos implicados no projeto sofreu um acréscimo de 65%. Houve redução de 60% dos custos com a UTI neonatal e uma redução de 50% na taxa de admissão na UTI neonatal entre as pacientes da UNIMED¹⁵. O decréscimo de admissões em UTI neonatal pode estar relacionado à diminuição de realização de cesárias¹⁶. De outro modo, observou-se o aumento do custo *per capita* das internações na UTI neonatal, fato que

merece ser objeto de outros estudos, mas pode-se inferir que decorram da redução de admissões derivadas de insuficiência respiratória iatrogênica e de internação de casos mais complexos.

Não houve o alcance da meta de 80% de participação das gestantes nos cursos de preparação para o nascimento. Na pesquisa realizada durante o estudo, a satisfação com a assistência ao parto foi maior entre as gestantes submetidas ao parto vaginal.

Em janeiro de 2013, dois profissionais de Enfermagem em obstetrícia foram contratados. Um marco importante foi a decisão de não mais remunerar os profissionais médicos que agendassem cesáreas eletivas, pois a UNIMED já estava remunerando o plantonista para assistir o parto. O profissional que quisesse realizar a cirurgia estava livre para fazê-lo, mas sem a remuneração para o procedimento. Esta cláusula foi explicitada no contrato de trabalho entre os profissionais médicos, a cooperativa e o hospital. É importante registrar que, de modo geral, a forma de condução do pré-natal pode interferir na escolha do tipo de nascimento. Assim, investir esforços durante o pré-natal para que as gestantes e, principalmente, as primíparas tenham partos vaginais é criar as condições para que em uma eventual segunda gestação possa ocorrer a opção por este tipo de parto¹⁷.

Com a finalidade de diminuir a taxa de mortalidade perinatal e com o apoio de evidências, o DD foi revisto introduzindo a segurança do nascimento como fundamento do novo modelo de cuidado ao parto^{18,19}. Algumas medidas para prevenção de eventos adversos foram tomadas, como, por exemplo, a suspensão temporária da oferta de analgesia (em contrapartida, foram ofertados outros métodos não farmacológicos para manejo da dor, como banho de imersão e aspersão e massagens corporais), até que fosse realizada uma atualização para os anestesiólogos e obstetras, o estabelecimento de protocolos de condução do parto e ajustes no processo de monitoramento fetal.

Foi proscrita a utilização indiscriminada de ocitocina, estando a Enfermagem autorizada, em concordância com o seu conselho de classe, a realizar a prescrição desta medicação apenas nos casos previstos nos protocolos.

Como desdobramentos da intervenção a instituição e sua equipe passaram a conhecer os resultados das práticas do processo assistencial ao parto, o que permitiu implantar melhorias. A sociedade civil foi engajada: as gestantes e suas famílias, a comunidade médica e de Enfermagem e os gestores, atuando de forma conjunta, transformaram um incômodo em um problema a ser enfrentado. A introdução do trabalho multidisciplinar (obstetra, enfermeira obstetra, neonatologista, assistente social e psicólogo) possibilitou o crescimento de toda a equipe de saúde e beneficiou diretamente as gestantes e suas famílias. No entanto, durante o projeto dois

médicos foram retirados da equipe por não se ajustarem às novas propostas.

As razões para percentuais tão altos de cesarianas certamente não são científicas^{16,20-22}. Os médicos afirmam que realizam o que as gestantes solicitam. Por outro lado, as gestantes dizem que confiam no que seus médicos recomendam, mas no início da gestação muitas delas dizem preferir o parto vaginal^{21,22}. Alguns estudos têm procurado identificar as causas culturais do excesso de cesarianas^{16,21}. Entre elas estão a banalização deste procedimento cirúrgico, em associação com a esterilização realizada de forma segura pela maioria dos hospitais, trazendo uma confiança excessiva, produzindo a ilusão de que tal procedimento é inócuo. A conveniência que a cesariana traz para a organização do dia a dia do médico, o estilo de vida da mulher mais inserida no mercado de trabalho, a disseminação de mitos de que parto vaginal “prejudica a anatomia genital feminina”, argumentos pseudocientíficos, tais como de que a mulher brasileira é miscigenada e que a bacia anatômica não é apropriada para o parto vaginal, influenciaram a derivação da cultura a favor da cesariana²⁰. Historicamente, o parto vaginal, no Brasil, tem sido sinônimo de sofrimento e dor, criando uma imagem muito negativa em oposição às “vantagens” da cesariana (que pode ser agendada, sem a dor do trabalho de parto e realizada de forma segura na maioria dos hospitais brasileiros)^{21,22}. O desafio que se coloca é o de como lidar com esta cultura disseminada entre as gestantes brasileiras de que “parto normal” é a cesariana e que este procedimento é absolutamente seguro e isento de riscos. É preciso demonstrar largamente que as gestantes podem ter um “bom parto”, com medidas não farmacológicas para alívio da dor, ambientação adequada, acompanhante de escolha das gestantes durante todo o parto, analgesia durante o período expulsivo, emprego de ocitocina artificial apenas como recomendado pelas evidências científicas, e, principalmente, respeitar, com empatia e compaixão, o tempo fisiológico do parto.

Outro desafio de grande dimensão na instituição foi o de engajar os médicos para a mudança. Os profissionais ofereceram resistência respaldada na ausência de protocolos claros, emitidos pelas sociedades médicas que os representam, sobre a assistência ao parto.

Permanece o questionamento em relação ao subsistema de saúde privado brasileiro, que vergonhosamente tem o maior percentual de cesarianas do mundo, contrariando todas as recomendações da literatura científica mundial. Esperava-se que a sociedade e as entidades médicas estivessem mobilizadas para reverter tal situação e que as operadoras de planos de saúde estivessem engajadas na melhora desses resultados para os seus clientes, incluindo a redução dos custos assistenciais. De outro modo, o que

se observa é um silêncio perturbador com consequências muito sérias para a sociedade como um todo.

Em relação às evidências no cuidado materno e infantil, não há nenhum embasamento na literatura científica que justifique a primeira opção pela cesariana na prática da assistência à gestante²¹. Essa constatação coloca a classe médica em uma situação de extrema fragilidade, pois a sociedade começa a perceber que os conhecimentos científicos não estão sendo utilizados em seu favor. Pode-se afirmar que o modelo atual de cuidado não está centrado nos interesses das gestantes e de suas famílias e que o alto percentual de cesarianas não traz qualquer benefício às gestantes e ao bebê, pelo contrário, pode produzir danos^{23,24}. Dados nacionais têm demonstrado que a mortalidade materna está novamente em elevação, principalmente pelas complicações decorrentes do excesso de indicação de cesarianas²³.

Entretanto, uma questão prática surge no enfrentamento deste grave problema de saúde pelos diretores e gestores de planos de saúde no Brasil. Baseado em qual arcabouço legal/políticas um diretor de um plano de saúde pode agir quando um obstetra realiza uma cesariana eletiva sem indicação médica, contrariando as evidências científicas e podendo, inclusive, produzir iatrogenias?

Reitera-se que um dos fatores de dificuldade na implantação das mudanças no HSMI foi a ausência de diretrizes médicas claras, publicadas pelas sociedades de especialidade, para balizar o comportamento dos médicos e criar um arcabouço legal que resguardasse as exigências dos gestores para a equipe de saúde no cumprimento das pactuações.

A intervenção foi importante para toda a instituição, pois a prática obstétrica até então realizada no HSMI desconsiderava as recomendações mais recentes de como lidar com o bebê saudável e como assistir o parto de forma humanizada.

A rotina dos obstetras, atendendo às gestantes em seus consultórios e simultaneamente disponibilizando seu tempo para assistir os partos, faz parte de uma tradição no sistema privado de saúde no Brasil: quem assiste o pré-natal deve preferencialmente assistir a gestante no momento do parto. Este modelo tem sido defendido como sinônimo de qualidade e personificação da assistência ao parto. Na visão das gestantes, esta parece ser uma verdade inquestionável e no sistema privado passou a ser a regra. No entanto, este não é o modelo de cuidado praticado em países desenvolvidos, com percentual de cesarianas muito menores do que os registrados no Brasil, que se preocupam em qualificar o cuidado ao parto^{23,24}. O modelo de cuidado vinculando pré-natal à assistência ao parto traz desafios enormes ao dia a dia dos médicos e reforça o modelo de cuidado baseado em um profissional, em vez do modelo desejável baseado em equipe multiprofissional. Em relação

à remuneração, surge no discurso médico a argumentação de que os valores percebidos para assistir o parto vaginal não recompensam o tempo despendido. Entretanto, a introdução de incentivos financeiros ao parto vaginal, como taxas extras e pagamento pela gestante (do próprio bolso) pela disponibilidade do médico, não reduziram o percentual de cesariana. Pelo contrário, o percentual só aumentou nos últimos anos, atingindo 100% em muitos hospitais privados. Tendo por base a experiência relatada, conclui-se que este é um ponto de partida bastante controverso. Os médicos não tomam suas decisões clínicas baseados apenas nos incentivos financeiros ou no modelo de pagamento. A questão da remuneração é parte do problema, mas não o único aspecto, e com algum grau de convicção pode-se afirmar que não é o determinante. As causas são mais complexas e sistêmicas. Se o percentual é de 100% de cesarianas, acredita-se que o modelo de cuidado é organizado para obter tal resultado. Assim, pode-se dizer que a mudança do resultado implica na mudança do modelo de cuidado^{23,24}.

No tocante às limitações do projeto, pode-se argumentar que a casuística foi pequena (64 partos em média/mês) e restrita a um hospital de uma cidade de porte médio. Entretanto, os fundamentos da melhoria foram testados com resultados satisfatórios perceptíveis. Ressalta-se que, de acordo com o método adotado, o mais importante é demonstrar como ocorreu a variação dos indicadores após cada mudança testada e implementada.

No que tange ao planejamento para o futuro e a disseminação da experiência, alguns pontos merecem ser comentados. O DD foi revisto para o ano de 2015, colocando grande ênfase na segurança do paciente. Os critérios inicialmente adotados para remuneração baseados em resultado, hoje, centrados apenas no percentual de partos vaginais, estão sendo modificados. Elementos da segurança do paciente, tais como preenchimento do partograma, zero de morte perinatal evitável, redução de eventos adversos, percentual de partos vaginais em gestantes

de baixo risco e participação em reuniões clínicas, foram introduzidos. Ênfase tem sido dada na operacionalização dos protocolos. A rotina dos médicos está sendo reorganizada no sentido de facilitar “o fazer desejável” e dificultar “o fazer não desejável”. A Enfermagem foi autorizada a realizar somente prescrições contidas nos protocolos de segurança do paciente discutidos e aprovados pelo corpo clínico e em concordância com o seu conselho de classe. De forma geral, pode-se afirmar que o modelo de cuidado implantado é mais seguro, de menor custo e trouxe maior satisfação para as gestantes e à equipe de saúde.

Interessante salientar que os resultados satisfatórios obtidos na incentivaram a implantação do mesmo modelo de assistência em outras UNIMEDs do país. Mais quatro estão adotando o método, em uma fase denominada de disseminação do modelo de cuidado ao parto, e resultados semelhantes começam a aparecer.

Contribuições dos autores

Paulo Borem participou da concepção e do planejamento do trabalho, da análise e interpretação dos dados, da redação e da revisão crítica do texto. Janise Braga Barros Ferreira participou da interpretação dos dados, da redação e da revisão crítica do texto. Mauro Casanova participou do planejamento do trabalho, da interpretação dos dados e da revisão crítica do texto. Cristiana Machado Borges Orlanda participou do planejamento do trabalho e da coleta dos dados. Jeyner Valério Júnior participou do planejamento do trabalho e da revisão final do texto. Todos os autores leram e aprovaram esta versão final.

Agradecimentos

À Dra. Sonia Lansky, que auxiliou na reorganização da infraestrutura e contribuiu para o redesenho do modelo de cuidado. Ao Jeyner Valério Júnior, diretor do HMSI e patrocinador do projeto.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
2. do Carmo Leal M, da Silva AA, Dias MA, da Gama SG, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012;9:15.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos [Internet]. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana: relatório de recomendação. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [citado 2015 Jun 10]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. Parto normal está no meu plano. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [citado 2014 Fev 8]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/779-parto-normal-esta-no-meu-plano>>

6. Humanização é realidade no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte. *Radis Comun Saúde*. 2012;(117):15-6.
7. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde [Internet]. BH pelo parto normal ajude a nascer essa ideia. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal; 2007 [citado 2014 Feb 8]. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/bhpelopartonormal>>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 2014 Feb 8]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>
9. Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho organizacional. São Paulo: Mercado de Letras; 2011.
10. NHS Institute for Innovation and Improvement [Internet]. The experience based design. Leeds: NHS; 2012 [cited 2014 Feb 8]. Available from: <[http://www.institute.nhs.uk/quality_and_value/experienced_based_design/the_ebd_approach_\(experience_based_design\).html](http://www.institute.nhs.uk/quality_and_value/experienced_based_design/the_ebd_approach_(experience_based_design).html)>
11. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. Listening to mothers II: report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences [Internet]. New York: Childbirth Connection; 2006 [cited 2014 Feb 8]. Available from: <http://www.childbirthconnection.org/pdfs/LTMII_ExecSum.pdf>
12. Matijasevich A, Silveira MF, Matos AC, Rabello Neto D, Fernandes RM, Maranhão AG, et al. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(4):557-64.
13. Osterman MJ, Martin JA, Mathews TJ, Hamilton BE. Expanded data from the new birth certificate, 2008. *Natl Vital Stat Rep*. 2011;59(7):1-28.
14. March of Dimes. Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. Save the Children. World Health Organization [Internet]. Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva: WHO; 2012 [cited 2014 Feb 8]. Available from: <<http://www.marchofdimes.org/materials/born-too-soon-the-global-action-report-on-preterm-birth.pdf>>
15. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Meriáldi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage: World Health Report. Geneva: WHO; 2010.
16. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. *BioSci Trends*. 2011;5(4):139-50.
17. Haddad SE, Cecatti JG. [Strategies directed to professionals for reducing unnecessary cesarean sections in Brazil]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(5):252-62. Portuguese.
18. Ye J, Betrán AP, Guerrero Vela M, Souza JP, Zhang J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. *Birth*. 2014;41(3):237-44.
19. Institute for Healthcare Improvement [Internet]. How-to guide: prevent obstetrical adverse events. Cambridge: IHI; 2012 [cited 2015 Mar 23]. Available from: <<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventObstetricalAdverseEvents.aspx>>
20. Faúndes A, Pádua KS, Osis MJ, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(4):488-94.
21. Faisal-Cury A, Menezes PR. Fatores associados à preferência por cesareana. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(2):226-32.
22. Domingues RM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Supl 1:S101-S116.
23. Lansky S, Friche AA, Silva AA, Campos D, Bittencourt SD, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Supl 1:S192-S207.
24. Mann S, Pratt S, Gluck P, Nielsen P, Risser D, Greenberg P, et al. Assessing quality obstetrical care: development of standardized measures. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2006;32(9):497-505.