

**PREVENÇÃO DA
MORTALIDADE
MATERNA**

JACOB ARKADER

Uff Universidade
Federal
Fluminense

ATENÇÃO QUALIFICADA NO CICLOGRÁVIDO PUERPERAL

1.200.000 RN morrem por
complicações durante o parto

120 milhões de
gestações / ano

MUNDO



+ 500.000 de
mortes maternas

+ 50 milhões de mulheres sofrem
seqüelas relacionadas à gravidez

MORTALIDADE MATERNA

SOBREVIVÊNCIA MATERNA

RECONHECER UMA COMPLICAÇÃO

```
graph TD; A[RECONHECER UMA COMPLICAÇÃO] --> B[DECISÃO EM BUSCAR ATENÇÃO]; B --> C[ACESSO AO ATENDIMENTO]; C --> D[RECEBER ATENÇÃO DE QUALIDADE];
```

DECISÃO EM BUSCAR ATENÇÃO

ACESSO AO ATENDIMENTO

RECEBER ATENÇÃO DE QUALIDADE

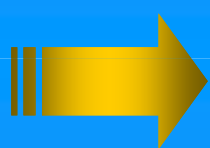
PARTO HOSPITALAR

BRASIL

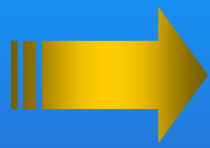
REGIÃO	PARTO HOSPITALAR (%)
NORTE	81,9
NORDESTE	83,4
SUDESTE	95,1
SUL	97,4
CENTRO-OESTE	97,1
BRASIL	91,0

ASSISTÊNCIA AO PARTO “ECONÔMICO”

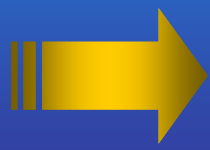
APOIO POLÍTICO À QUALIDADE
PARTO NORMAIS COM PROFISSIONAIS
QUALIFICADOS



US\$ 8 a US\$ 15 em centros de saúde
da África e América latina

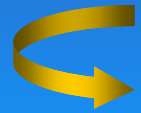


Parto normal com profissional qualificado
US\$ 10 a US\$ 35 em hospital

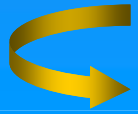


Cesárea → US\$ 50 a US\$ 100

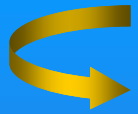
MELHOR ASSISTÊNCIA AS COMPLICAÇÕES DO PARTO (I)



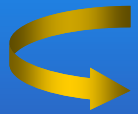
DIAGNÓSTICO CORRETO DA GRAVIDADE DO CASO



DECISÃO OPORTUNA DA INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ



ROTINAS QUE FACILITEM O DIAGNÓSTICO E DECISÃO

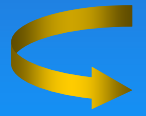


APLICAÇÃO CORRETA DAS ROTINAS

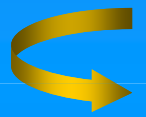
MELHOR ASSISTÊNCIA AS COMPLICAÇÕES DO PARTO (II)



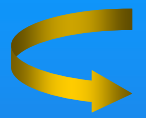
SUPERVISÃO QUALIFICADA DA ASSISTÊNCIA



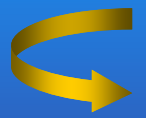
**VERIFICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE E APLICAÇÃO DAS
NORMAS DE ASSISTÊNCIA**



**CONDIÇÕES DE TRABALHO DIGNAS AOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**



**NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA DE CADA MORTE
MATERNA**



**COMITES DE MORTE MATERNA ATUANTES QUE INVESTIGUEM
CADA CASO E PROPONHAM MEDIDAS ADEQUADAS**

PORQUE MORREM AS MULHERES DURANTE O PARTO

ONDE EXISTEM RECURSOS (I):

- ✓ NÃO EXISTEM ROTINAS
- ✓ EXISTEM ROTINAS, PORÉM NÃO SE CONHECEM
- ✓ SÃO CONHECIDAS, PORÉM NÃO SÃO APLICADAS
- ✓ NÃO HÁ SUPERVISÃO DA APLICAÇÃO DAS ROTINAS

PORQUE MORREM AS MULHERES DURANTE O PARTO

ONDE EXISTEM RECURSOS (II):

EXCESSO DE INTERVENÇÕES DESNECESSÁRIAS

- ✓ ESTIMULAÇÃO DA CONTRAÇÃO UTERINA
- ✓ CESÁREA SEM INDICAÇÃO MÉDICA
- ✓ EPSIOTOMIAS EXTENSAS

PORQUE MORREM AS MULHERES DURANTE O PARTO

ONDE NÃO EXISTEM RECURSOS:

- ✓ INCAPACIDADE DE REALIZAR CIRURGIAS DE URGÊNCIA
- ✓ FALTA DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS
- ✓ FALTA DE BANCO DE SANGUE
- ✓ FALTA DE PESSOAL QUALIFICADO
- ✓ FALTA DE ROTINAS DE ASSISTÊNCIA

RISCO MATERNO

PROBABILIDADE DE MORTE OU DE OCORRER

COMPLICAÇÕES GRAVES DEVIDO

À GRAVIDEZ OU PARTO WINIKOFF.B, 1991

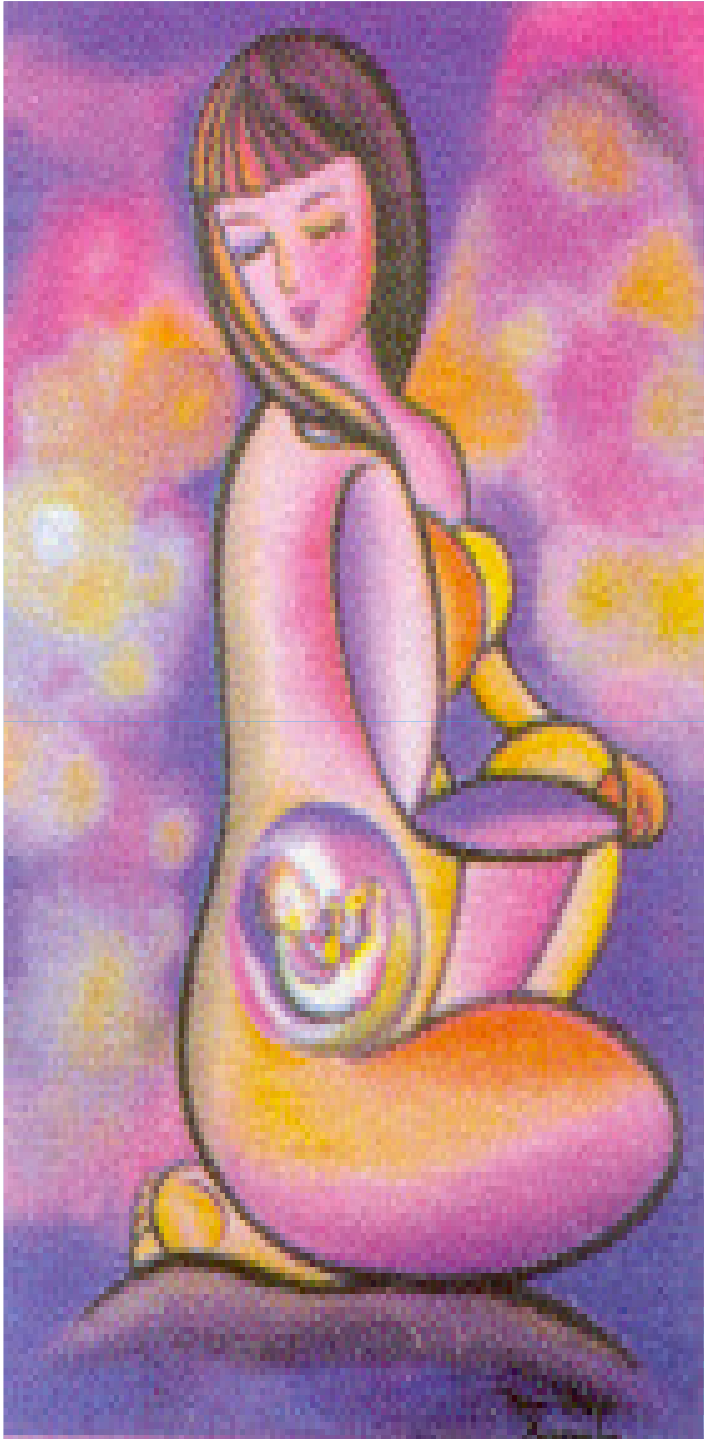
**40 % DE TODAS
AS GRAVIDAS**

ALGUMA COMPLICAÇÃO

**15 % DE TODAS
AS GRAVIDAS**

**NECESSITAM ATENÇÃO
OBSTÉTRICA ESPECIALIZADA**

AS COMPLICAÇÕES SÃO IMPREVISÍVEIS



CLASSIFICAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL:

- **Baixo Risco**
- **Alto Risco**

Não existe Gestante Sem Risco

Uma gestação só pode ser classificada como de Baixo Risco, 24 a 48 horas após o nascimento de uma criança saudável pesando entre 2500g - 4000g, fruto de uma gestação com duração de 38 a 40 semanas que não tenha apresentado nenhuma intercorrência durante o pré-natal e cujo trabalho de parto teve início espontâneo e curso eutócico.

JA

ATENÇÃO QUALIFICADA

**PESSOAL
QUALIFICADO**



**PROFISSIONAL COM
QUALIFICAÇÃO PARA PROMOVER
CUIDADOS COMPETENTES
DURANTE A GESTAÇÃO E PARTO**

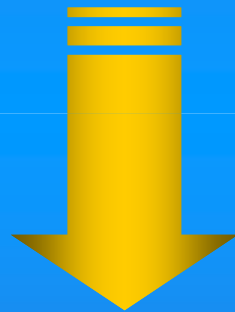
**ATENÇÃO
QUALIFICADA**



**PROCESSO QUE A GESTANTE E
SEU FILHO TENHAM ATENÇÃO
ADEQUADA DURANTE O CICLO
GRÁVIDO PUERPERAL EM
INSTITUIÇÃO DE SAÚDE
QUALIFICADA**

REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

MAIOR PROPORÇÃO DE PARTOS ATENDIDOS POR
PESSOAL QUALIFICADO



MENOR TAXA DE MORTALIDADE MATERNA

CUIDADOS OBSTÉTRICOS ESSENCIAIS (COE)

COE BÁSICO:

- ▶ ATENÇÃO PRÉ-NATAL
- ▶ ATENÇÃO AS COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ
- ▶ ATENÇÃO AO TRABALHO E PARTO
- ▶ TRATAMENTO MÉDICO DAS COMPLICAÇÕES DO PARTO
- ▶ MONITORAR O TRABALHO DE PARTO
- ▶ PROCEDIMENTOS MANUAIS (EXTRAÇÃO PLACENTA, REPARAÇÃO DE LACERAÇÕES)
- ▶ ATENÇÃO AO RECEM NASCIDO
- ▶ CUIDADOS ESPECIAIS NEONATAIS

CUIDADOS OBSTÉTRICOS ESSENCIAIS (COE)

COE INTEGRAL:

- ▶ **ATENÇÃO DO COE BÁSICO**
- ▶ **DISPONIBILIDADE DE ANESTESIA**
- ▶ **DISPONIBILIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO**
- ▶ **DISPONIBILIDADE DE SANGUE**

LOCAL DE PARTO E RISCO DE MORTE FETAL INTRAPARTO EM GESTAÇÕES A TERMO

• Partos Hospitalares: → 1:1561 (Inglaterra, 1994-1995)

• Partos Domiciliares Planejados:

- 1:500 (EUA, 1995).
- 1:400 (EUA, 1994-1995).
- 1:371 (Austrália, 1985-1990).

Drife J. *Data on babies' safety during hospital births are being ignored.*

BMJ 1999; 319: 1008.

JA

CENTRO DE PARTO NORMAL

Portaria nº 985/GM, de 5 de agosto de 1999.

Art.6º

I - Equipe Mínima do CPN:

- 1 Enfermeira Obstétrica
- 1 Auxiliar de Serviços Gerais
- 1 Motorista de ambulância

II – O CPN poderá contar com equipe complementar:

- 1 Médico Pediatra ou Neonatologista
- 1 Médico Obstetra

III – A parteira tradicional poderá atuar no CPN no qual as especificidades regionais e culturais sejam determinantes no acesso aos serviços de saúde

- O que é uma Equipe Complementar, sob o ponto de vista legal?
- Como fica a remuneração da Equipe Complementar?

NASCIMENTOS EM CASAS DE PARTO VERSUS PARTO HOSPITALAR CONVENCIONAL REVISÃO SISTEMÁTICA

Metanálise de 6 ensaios clínicos randomizados com
8677 gestantes de baixo risco

- Casas de parto adjacentes ou perto de salas de parto convencionais
- *Trial* Australiano: 23% foram transferidas para parto convencional durante o parto
- Dois *trials* do Reino Unido: 50% foram transferidas para parto convencional durante o parto
- *Trial* de Stockholm: 30% foram transferidas para parto convencional durante o parto
- *Trial* de Montreal: 19% das multíparas e 63% das nulíparas foram transferidas para parto convencional durante o parto
- *Trial* de Londres: 29% foram transferidas para parto convencional durante o parto

HOME-LIKE VERSUS CONVENTIONAL INSTITUTIONAL SETTING FOR BIRTHS

Metanálise de 6 ensaios clínicos randomizados com 8677
gestantes de baixo risco

CONCLUSÕES DOS REVISORES:

- casas de parto são um ambiente de trabalho mais prazeroso para quem cuida de parturientes.
- Um ambiente mais favorável influencia atitudes dos “cuidadores” em relação às parturientes.
- Assim como um foco super entusiástico no risco e intervenção, pode levar a intervenções desnecessárias e a complicações evitáveis para a parturiente e seu feto saudáveis, uma ênfase exagerada na normalidade pode levar ao reconhecimento ou à ação retardada das complicações

Ensaio clínico futuros de locais de partos alternativos, deveriam solicitar consentimento informado dos participantes antes da randomização.

HOME-LIKE VERSUS CONVENTIONAL INSTITUTIONAL SETTING FOR BIRTHS

Metanálise de 6 ensaios clínicos randomizados com 8677 gestantes de baixo risco

Questões que precisam ser pesquisadas adequadamente:

- 1) Adequação dos protocolos de transferência entre casas de parto e salas de parto tradicionais;
- 2) Os efeitos da transferências intraparto nas mulheres e seus filhos;
- 3) A relação custo/efetividade das casas de parto

Para maior segurança dos recém nascidos, gestantes mesmo que de baixo risco, devem ter partos em instituições hospitalares tradicionais:

Recomendação grau A
(evidência científica de nível I)

QUESTÕES QUE PRECISAM SER MELHOR DISCUTIDAS:

- Que direitos devem ser garantidos ao RN?
- Tem a gestante direito de escolher um parto, em local com maior risco para seu filho ?



CASAS DE PARTO E PARTOS DOMICILIARES

Programas de atendimento ao parto fora de hospitais, em cidades que têm hospitais aptos para prestarem este atendimento , devem ser considerados projetos experimentais e só podem funcionar após serem aprovados por Comissões de Ética em Pesquisa, visando sempre resguardar a saúde da gestante e de seu concepto.

“Toda a gestante e seu filho(a) têm o direito de receber cuidados adequados à melhor evidência científica disponível”.



HUMANIZAÇÃO

A parturiente é a figura central no parto.

SEGURANÇA

O médico é a figura central no parto.

Humanizar o parto hospitalar
ou
Tornar seguro o parto fora do hospital

SEGURANÇA

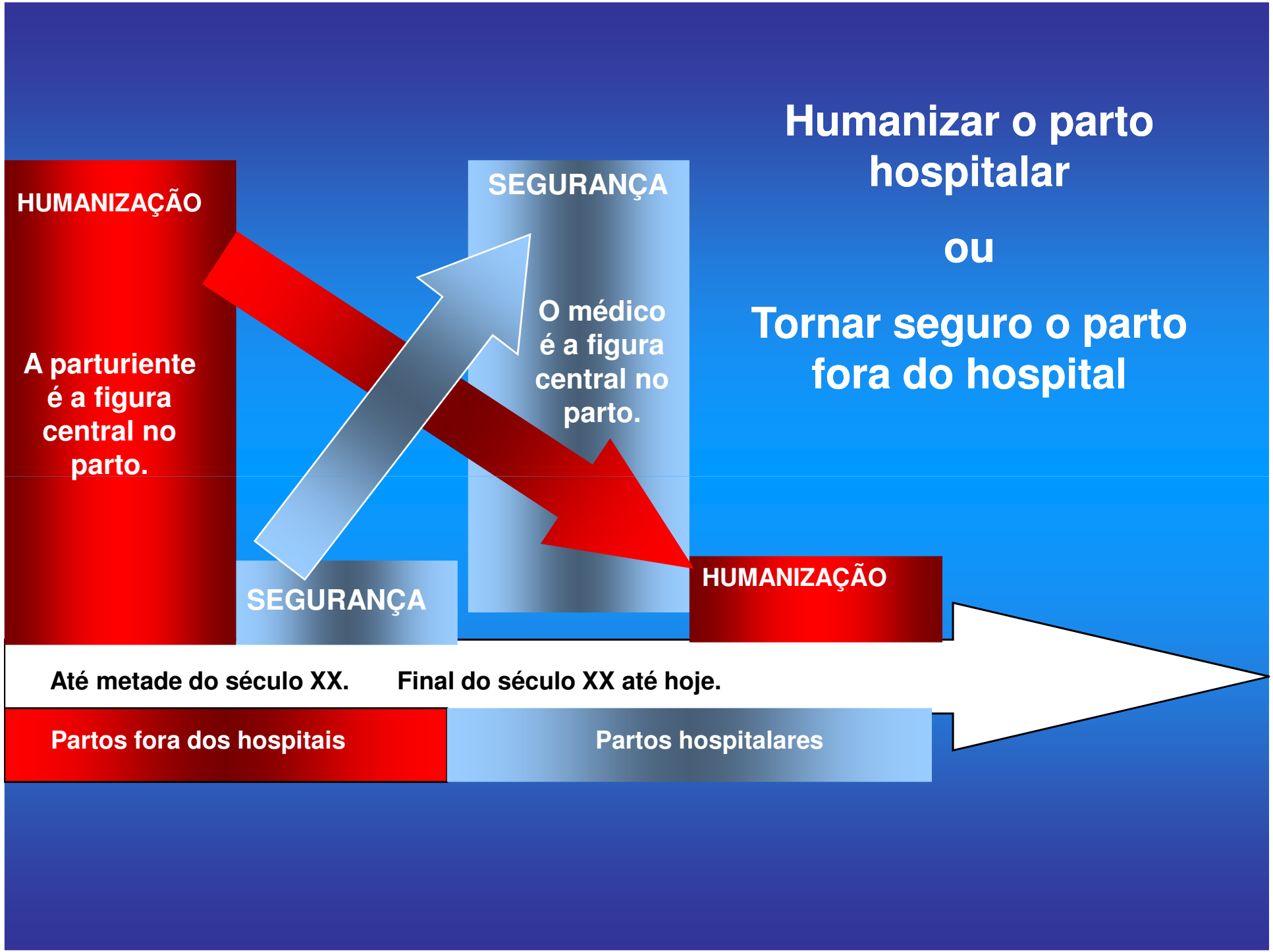
HUMANIZAÇÃO

Até metade do século XX.

Final do século XX até hoje.

Partos fora dos hospitais

Partos hospitalares



CONDIÇÕES IDEAIS DE SEGURANÇA DE LOCAL PARA ATENDIMENTO AO PARTO

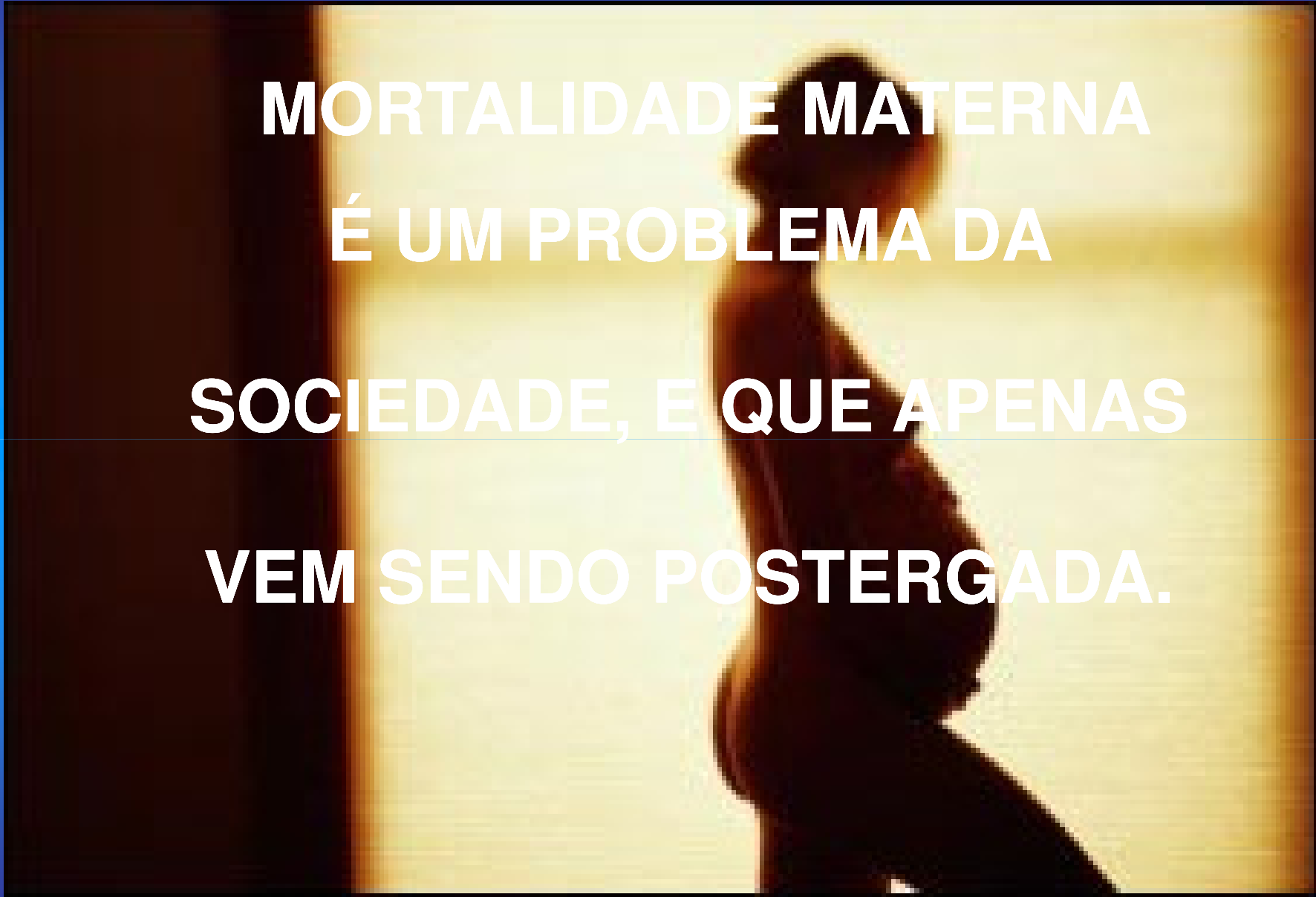
- Disponibilidade de acesso imediato a:
 - 1) Sangue e hemoderivados; 2) Ocitócicos; 3) Antibióticos.
- Disponibilidade 24 horas por dia de médicos especialistas em:
 - 1) Obstetrícia; 2) Neonatologia; 3) Anestesia.
- Condições no local para realizar cesariana de urgência.
- Possibilidade de acesso no local, ou por transferência, a Centro de Terapia Intensiva para a Mãe e para o RN

MORTALIDADE MATERNA

REDUÇÃO

FALTA:

- ✓ APLICAR O QUE SE SABE
- ✓ PARTICIPAÇÃO DO GOVERNO E SOCIEDADE CIVIL
 - MÉDICOS
 - PROFISSIONAIS DA SAÚDE
 - ORGANIZAÇÕES SOCIAIS



**MORTALIDADE MATERNA
É UM PROBLEMA DA
SOCIEDADE, E QUE APENAS
VEM SENDO POSTERGADA.**

MORTALIDADE MATERNA

PERGUNTA:

CONSEGUIU-SE REDUZIR A MORTALIDADE
MATERNA ?

RESPOSTA:

NÃO

QUANDO O TERROR NÃO É NOTÍCIA!



“Se as mortes maternas se produzissem de forma visível, provocariam um clamor popular em todos os países, mas essas mortes se produzem em países empobrecidos, em áreas periféricas e em mulheres socialmente marginalizadas e nunca figuram nas primeiras páginas dos jornais”.