

# Medidas para diminuir a Mortalidade Materna Materna



**Dr. Sérgio Martins-Costa**

Prof. Titular de Ginecologia e Obstetrícia DGO – UFRGS

([scosta@hcpa.edu.br](mailto:scosta@hcpa.edu.br))

# Declaração de Possíveis Conflitos de Interesse

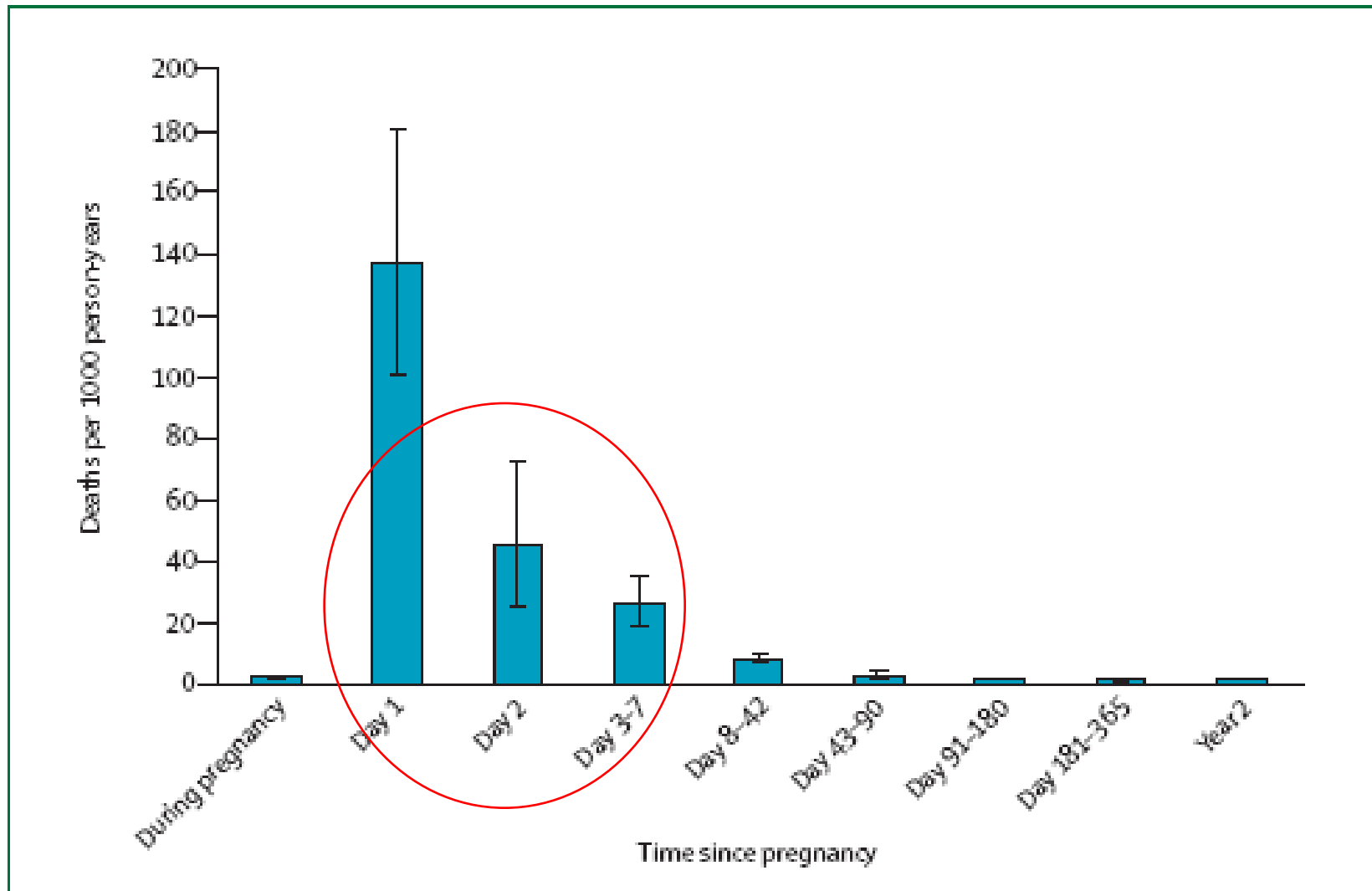
- Prof. Titular do DGO – Faculdade de Medicina da UFRGS
- Chefe da Equipe de Gestação de Alto Risco do HCPA
- Vice-Presidente da CNE de HAS na Gestação da FEBRASGO
- Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CREMERS
- Linhas de Pesquisa em Hipertensão Arterial na Gestação
- Sem envolvimento profissional com Indústria Farmac utica ou de produção de equipamentos médicos

## CAUSAS DE MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL EM 2007

Cause Group	Region					Total, %
	North, %	Northeast, %	Southeast, %	South, %	West-Central, %	
Hypertensive disorders of pregnancy	21.3	26.7	22.4	14.6	19.6	22.6
Sepsis	12.9	6.6	11.5	10.4	10.3	9.7
Hemorrhage	7.9	7.2	7.8	8.9	8.2	7.7
Abortion	9.4	7.0	10.0	7.3	7.2	8.4
Placental disorders	4.0	4.3	5.9	5.7	5.2	5.0
Other complications of labor	4.0	4.7	3.7	1.6	5.2	3.9
Embolism	3.5	4.8	3.0	3.6	6.2	4.0
Abnormal uterine contractions	5.4	3.9	5.0	1.6	6.2	4.3
HIV/AIDS	2.5	1.8	5.7	7.3	2.1	3.9
Other direct causes	18.8	14.0	11.9	15.1	10.3	13.8
Other indirect causes	10.4	19.1	13.1	24.0	19.6	16.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fonte: Barros F & cols. *Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward millennium development goals 4 and 5. Am J Public Health.* 19 aug. 2010. e1-e13. doi:10.2105/AJPH.2010.196816.

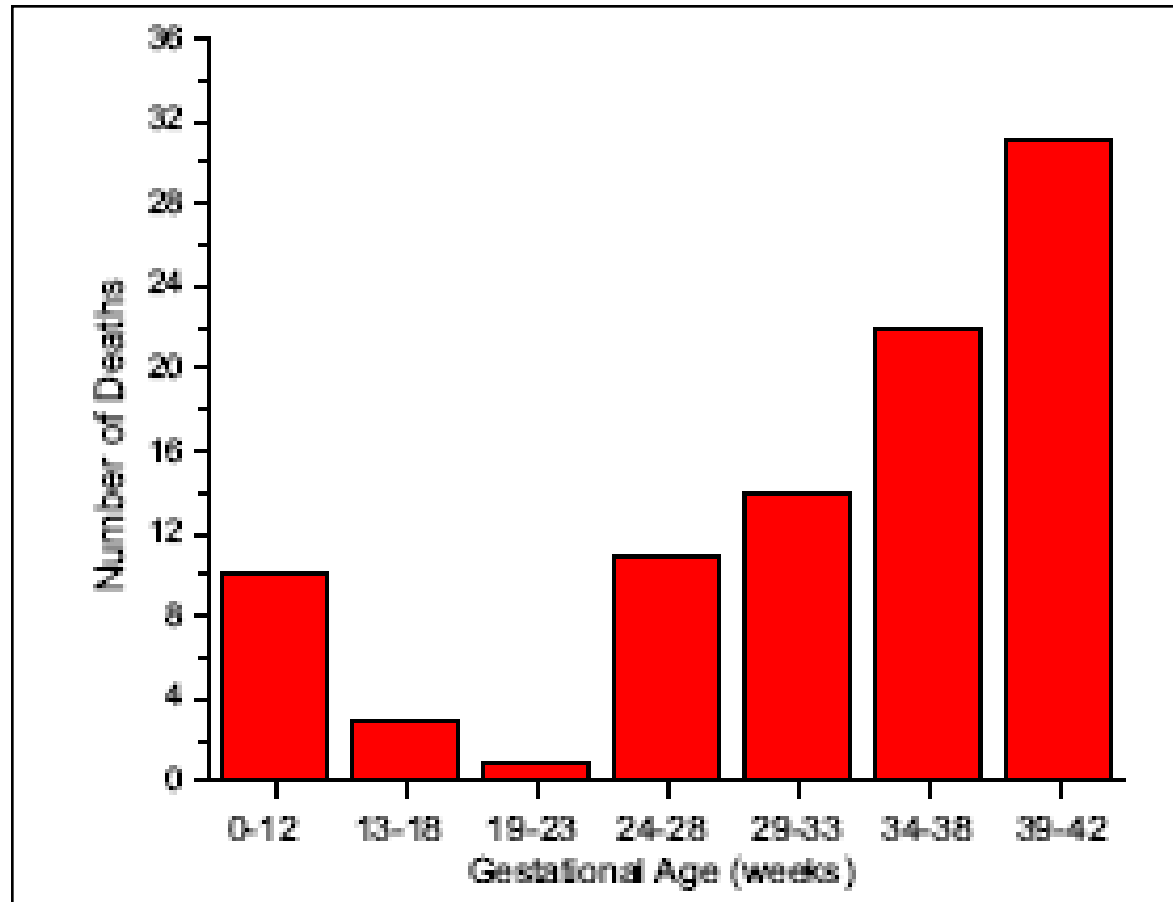
# MOMENTO DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO MATERNO EM RELAÇÃO AO DIA DO TÉRMINO DA GESTAÇÃO



Fonte: Ronsmans C & Cols. Maternal mortality: who, when, where and why. Lancet 2006; 368: 1189-200

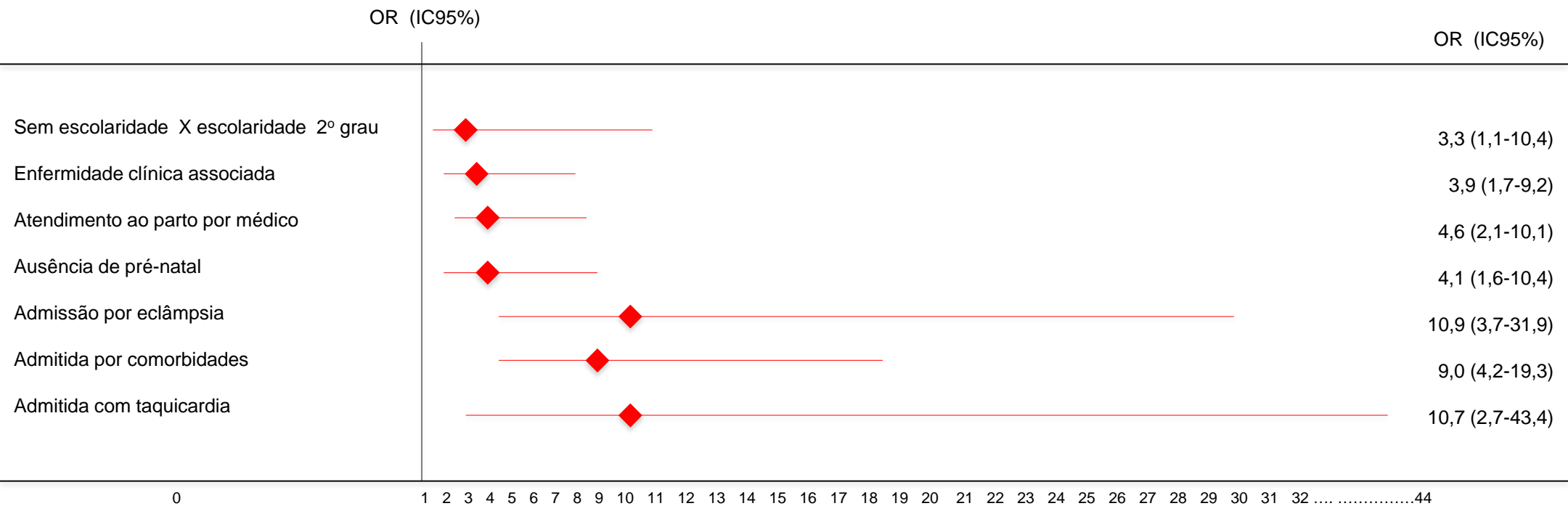
# MOMENTO DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO MATERNO EM RELAÇÃO À IDADE GESTACIONAL

( n = 1.461.270 nascimentos entre 2000 e 2006 nos EUA )



Somente 15% das mortes maternas estavam relacionadas a alterações clínicas pré-existentes

# FATORES DE RISCO PARA MORTALIDADE MATERNA



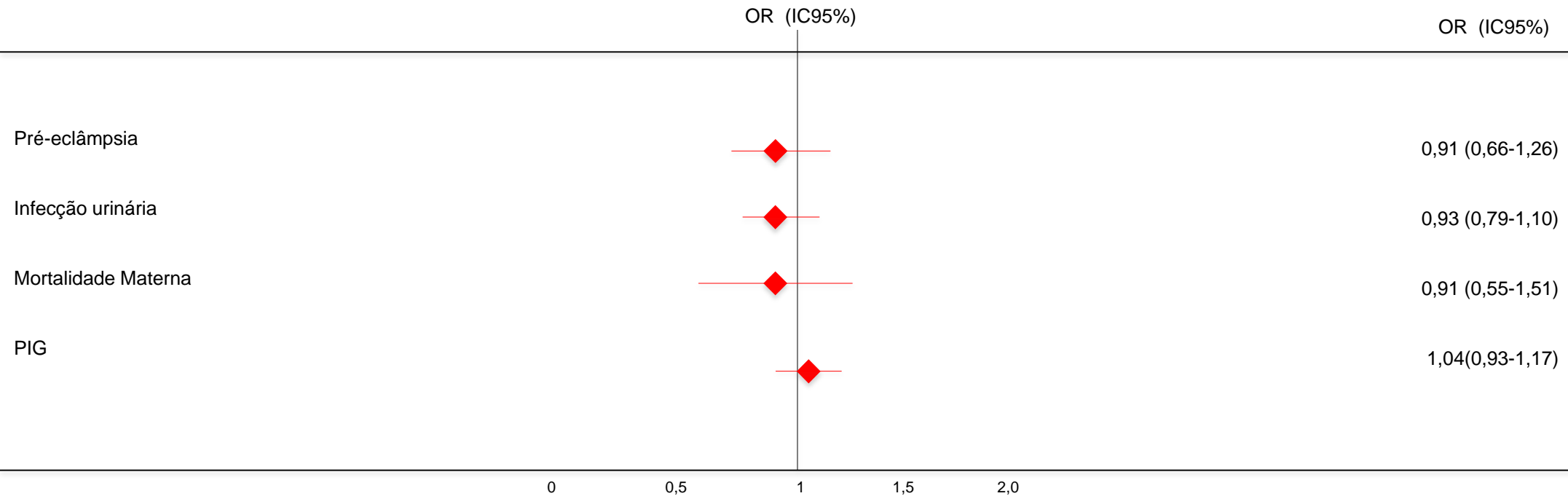
Estudos de 150 casos e 300 controles em hospital terciário do Kenya entre 2004 e 2011

# DETERMINANTES DA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NOS EUA

- Bancos de Sangue
- Antibióticos
- Hospitalização do atendimento ao parto
- Residência Médica em Obstetrícia e Anestesia

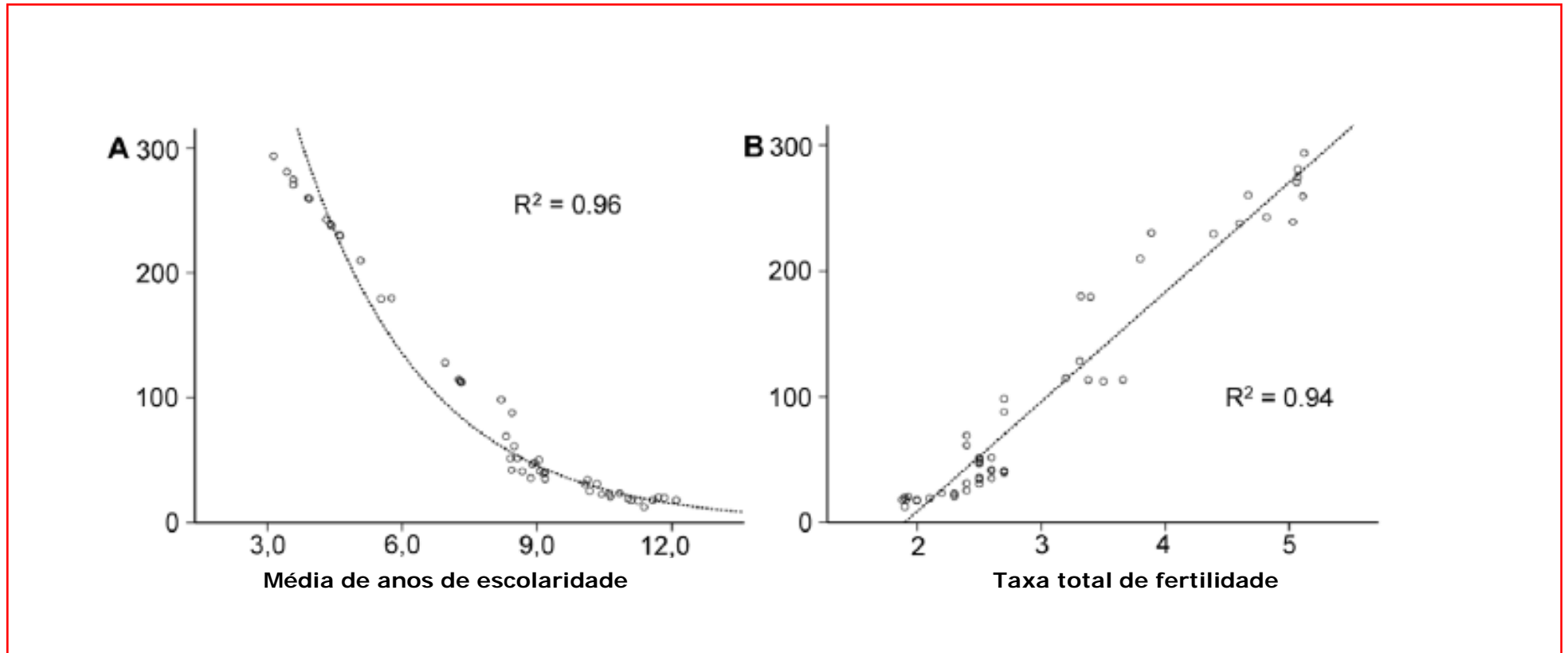
# Revisão Sistemática de estudos randomizados comparando novo modelo de cuidados pré-natais (4 consultas) com modelo de cuidados *standard*

Novo modelo ( n= 29.870 gestantes) *versus* 7 estudos com cuidados *standard* ( n= 27.821 gestantes)

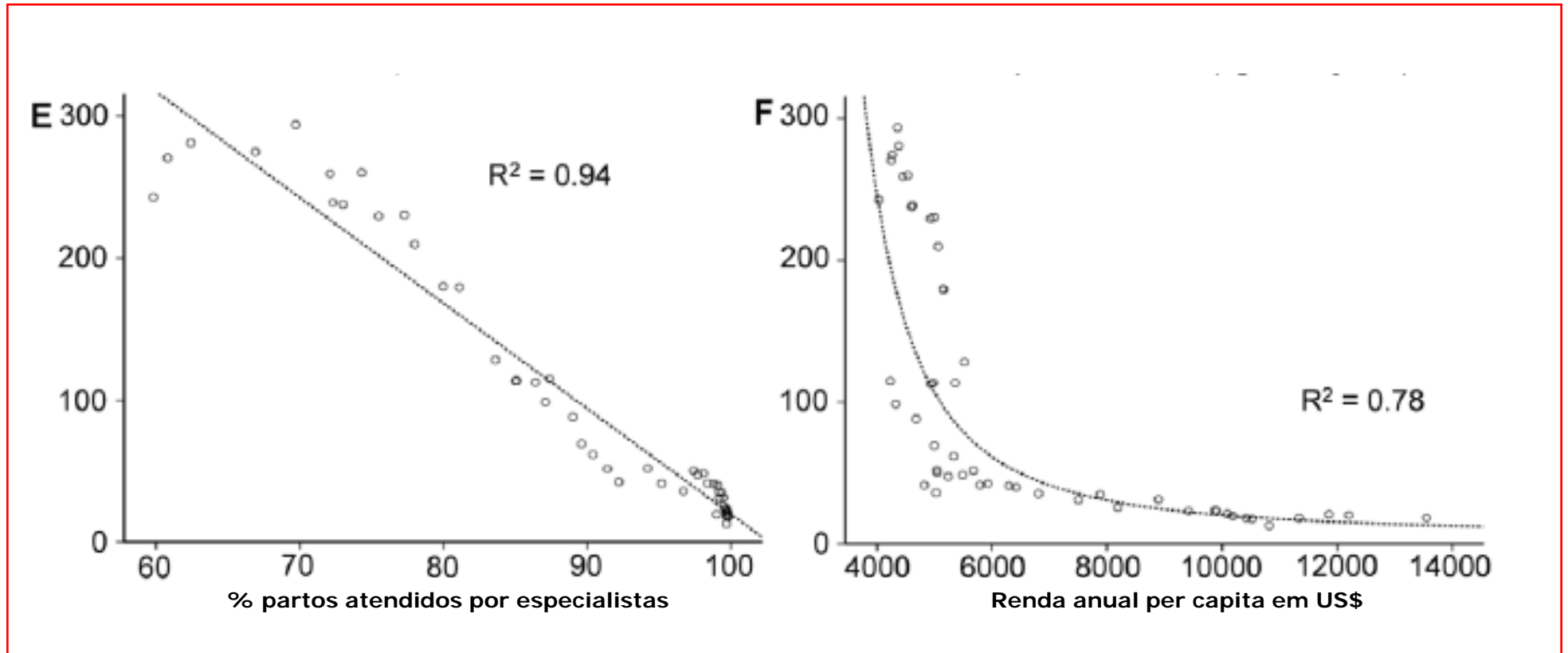




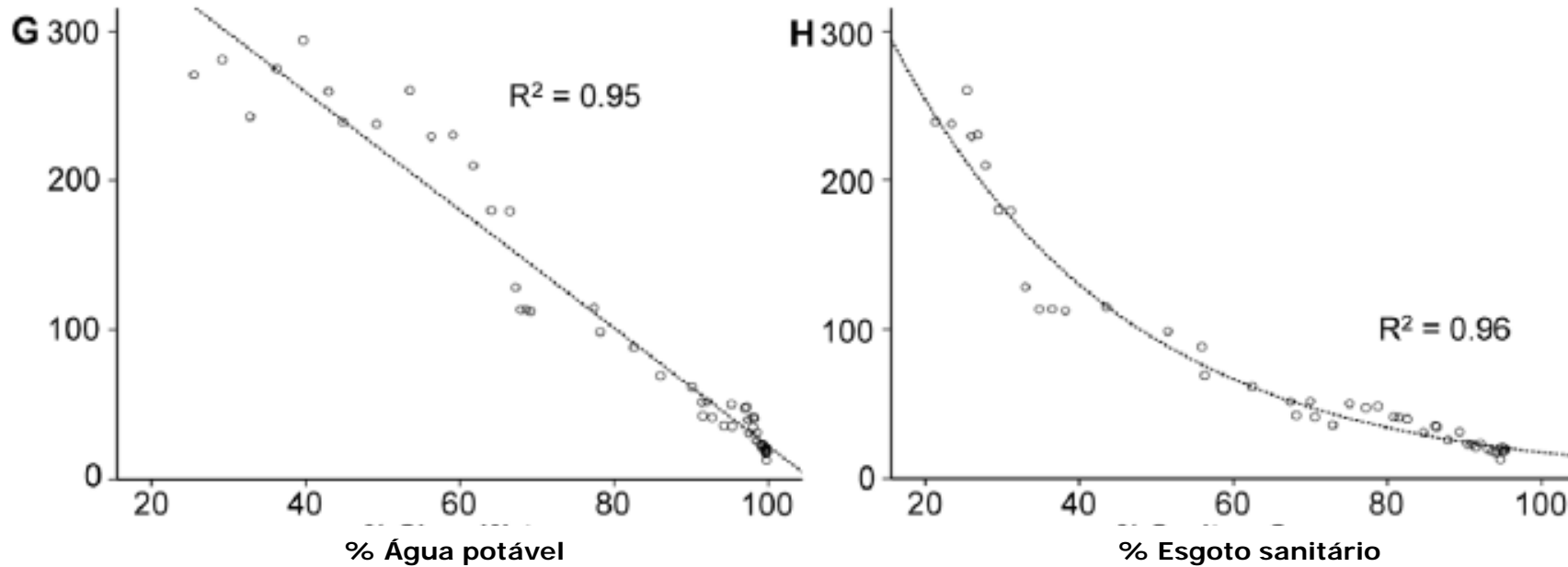
# DETERMINANTES PARA REDUÇÃO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA NO CHILE DE 1957 A 2007



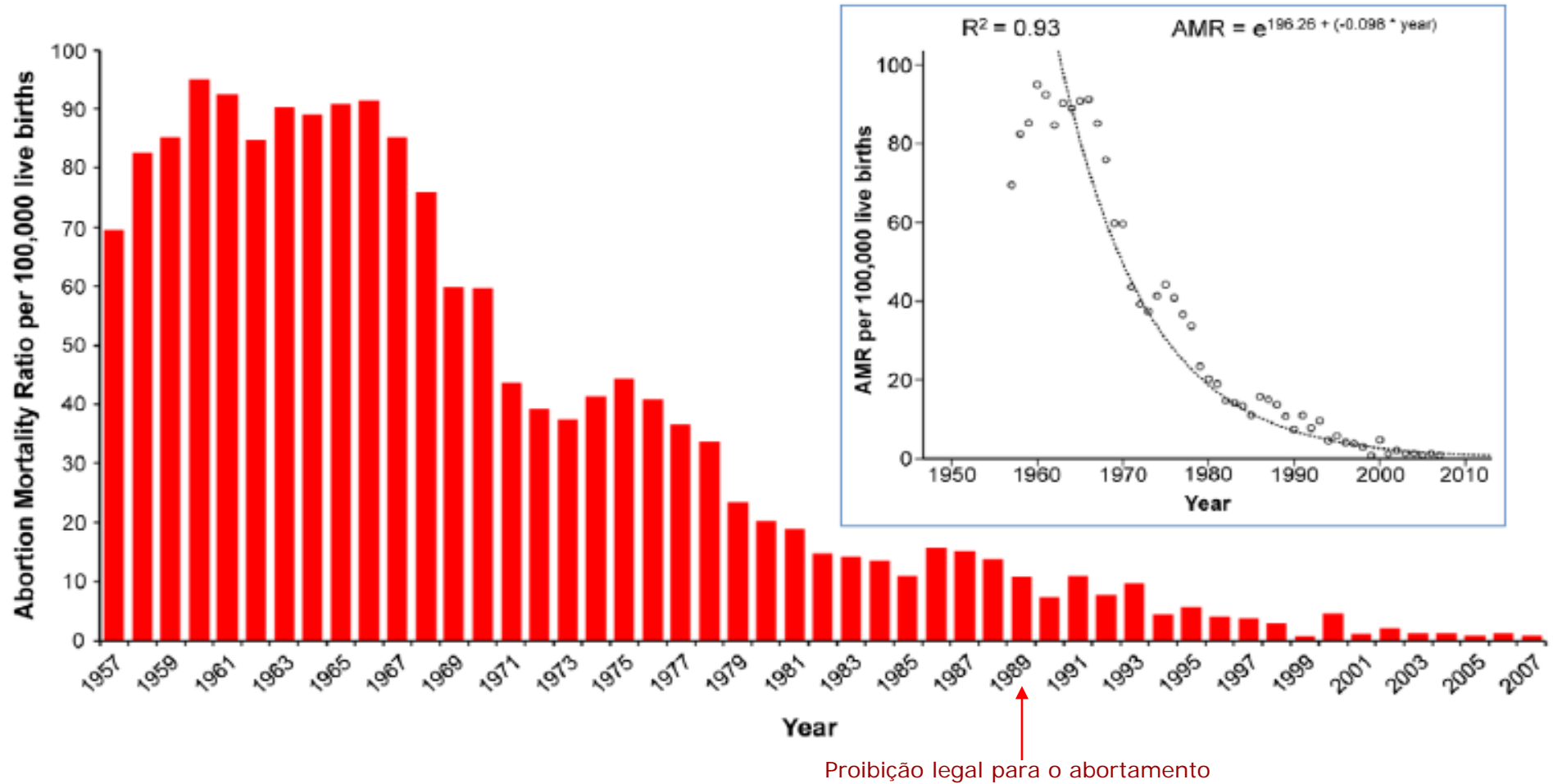
## DETERMINANTES PARA REDUÇÃO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA NO CHILE DE 1957 A 2007



## DETERMINANTES PARA REDUÇÃO DA RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA NO CHILE DE 1957 A 2007



# RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA POR ABORTAMENTO NO CHILE DE 1957 A 2007 ( redução de 99,1% entre 1961 e 2007)

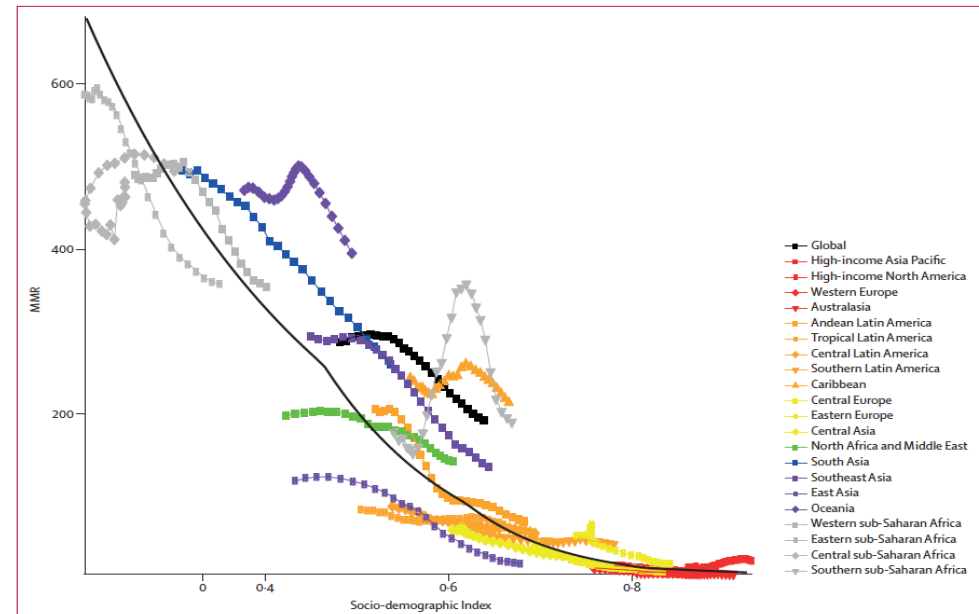


# ÍNDICE SÓCIO DEMOGRÁFICO (SDI) E MORTALIDADE MATERNA NO MUNDO

SDI de 0,65 corresponde RMM 70:100.000 NV

- Renda média anual per capita de U\$2.648,00
- Taxa de fertilidade de 2,0
- 12 anos de educação
- 91% 1 consulta pré-natal
- 78% 4 consultas pré-natais
- 81% de parto hospitalar
- 87% atendimento ao parto por profissional especializado

**SDI 0,65**

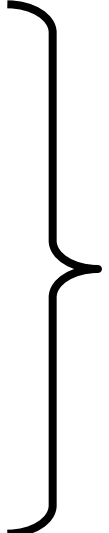


## CUIDADOS COM QUALIDADE E INTEGRADOS E NÃO FOCADOS EM UMA ÚNICA INTERVENÇÃO VERTICAL

- Planejamento familiar
- Partos em locais seguros (hospitais)
- Atendimento por profissional especializado em obstetrícia
- Cuidados puerperais
- *Screening* para:
  - doenças infecciosas (DSTs)
  - doenças crônicas
  - doenças obstétricas
- Serviços obstétricos funcionantes e bem distribuídos geograficamente conforme demanda
  - número adequado de parteiras, enfermeiras, anestesistas, médicos obstetras 24 horas/dia
  - disponibilidade de medicações essenciais ( ocitocina, antibióticos, sangue e hemoderivados, etc) e equipamentos
  - disponibilidade de UTI equipada com profissionais treinados

# OS PROGRAMAS PARA DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL DEVEM SER DIRIGIDOS PARA O COMBATE À :

1. Hipertensão Arterial
2. Hemorragia
3. Abortamento
4. Infecção puerperal



Períodos  
Peri-parto e  
Peri-abortamento

# ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR A MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

- I. AÇÕES RELACIONADAS AO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH)
- II. AÇÕES RELACIONADAS À INFRAESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE
- III. AÇÕES RELACIONADAS AO ATENDIMENTO MÉDICO

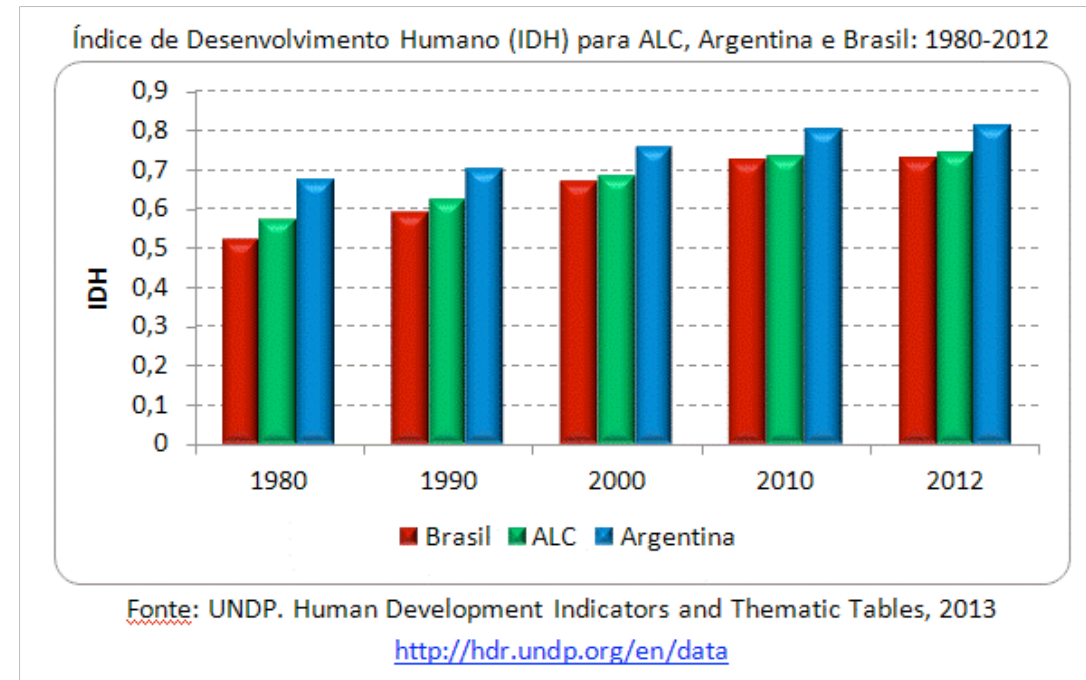


# ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR A MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

BRASIL na 79º posição mundial em 2014

## I. AÇÕES RELACIONADAS AO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH)

- Aumento da escolaridade feminina
- Aumento da renda per-capita
- Diminuição da taxa de fertilidade
- Diminuição da gestação na adolescência
- Aumento da cobertura de água potável
- Aumento da cobertura de esgoto sanitário



# ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR A MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

## II. AÇÕES RELACIONADAS À INFRAESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

- Sistemas funcionais de referência e contra-referência entre a rede básica e os hospitais
- 100% dos partos em hospitais bem equipados
- Disponibilidade de medicamentos essenciais: Ocitocina; Misoprostol Hemoderivados; Sulfato de Mg; Nifedipina; Hidralazina; antimicrobianos; oseltamivir.
- Vacinação de gestantes para influenza e gripe A
- Acesso a CTI no hospital ou em hospital de referência



# ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR A MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

## III. AÇÕES RELACIONADAS AO ATENDIMENTO MÉDICO

- Parto atendido por especialista (Residência médica em G&O e anestesiologia)
- Equipe treinada no atendimento de situações de *near miss*  
(protocolos para hemorragia; infecção; pré-eclâmpsia/eclâmpsia; TEP; etc)
- Diminuição da taxa de cesarianas de repetição
- Diminuição na taxa de cesarianas tardias durante o trabalho de parto
- Criação da sub-especialidade de Hospitalistas em Obstetrícia?

PATIENT SAFETY SERIES

Obstetrician/gynecologist hospitalists: can we improve  
safety and outcomes for patients and hospitals  
and improve lifestyle for physicians?

Olson R et al. [AJOG](#), vol 8, agosto, 2012, □

# RISCO DE PLACENTA PRÉVIA E ACRETISMO EM PACIENTES COM CESARIANA PRÉVIA

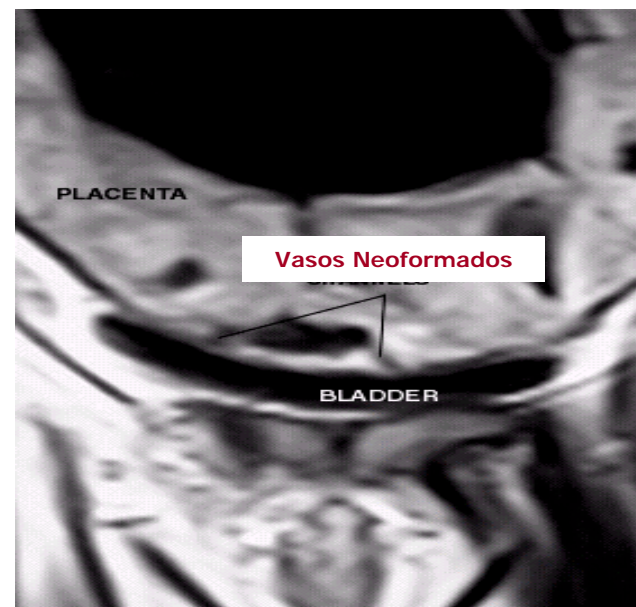
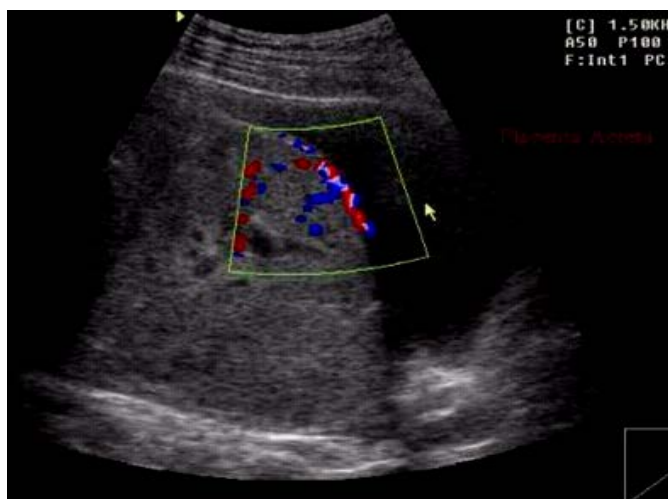
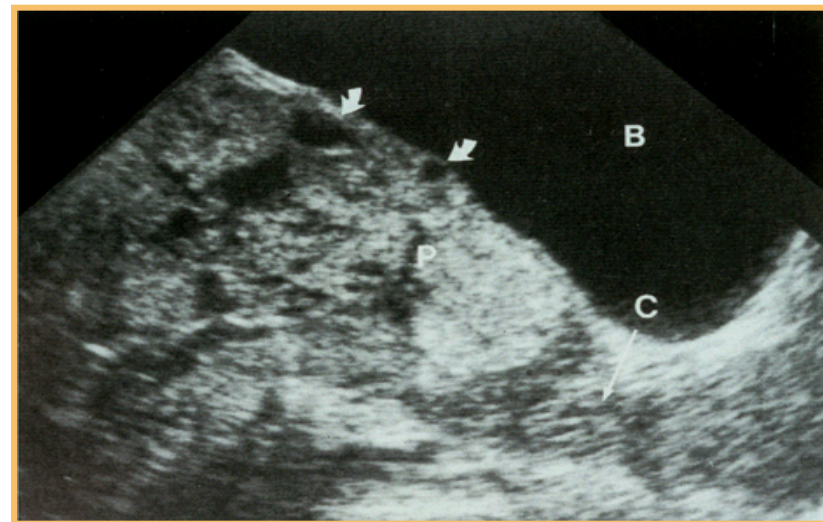
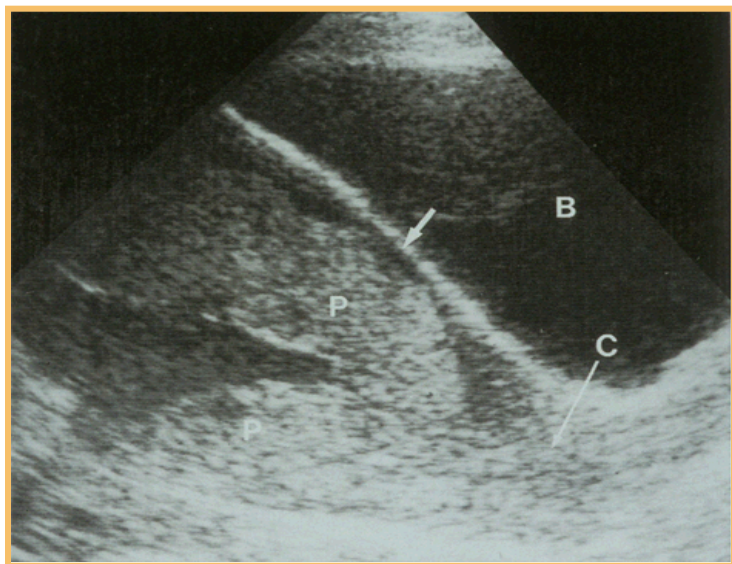
Nº de Cesaresa Anteriores	Probabilidade de PP	Probabilidade de Acretismo
0	0,3%	4%
1	1,0%	25%
2	4,0%	65%
3	7,0%	
4	10%	



Risco de morte materna com acretismo placentário: 7,0%

Fontes: Clarck SL et al. Placenta previa/acreta and previous cesarean section. Obstet Gynecol 1985; 66:89-92.  
O’ Brien JM et al. The management of placenta percreta. Am J Obstet Gynecol. 1996; 175: 1632-1638

# Diagnóstico pré-natal de acretismo placentário



# ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

Rede básica de assistência pré-natal



Educação para hábitos saudáveis e **captação de gestantes de risco**



Cesarianas prévias

HAS e DHEG prévia

HIV +

Doenças clínicas



Encaminhamento precoce para ambulatórios de hospitais de alta complexidade



**Planejamento para resolução da gestação em situação de controle de risco**

# CONCLUSÕES

1. Melhoria no ISD tem mais impacto na redução da Mortalidade Materna do que ações focadas no atendimento pré-natal;
2. Assistência pré-natal por si só tem muito pouca influência na evitabilidade da Mortalidade Materna;
3. Assistência médica qualificada no momento da resolução da gestação tem forte impacto na diminuição da mortalidade materna;
3. Um sistema de atendimento a saúde integrado e hierarquizado entre cuidados de pré-natal e cuidados intra-hospitalares é mais efetivo;
4. Identificação precoce de gestantes de risco e encaminhamento para cuidados ambulatoriais ligados a hospitais de referência deve trazer benefício.



## EQUIPE DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO DO HCPA

- Prof. Sérgio Martins-Costa
- Prof. José Geraldo Lopes Ramos

