

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RECOMENDAÇÃO 001/2012

As mortes maternas e perinatais podem ser evitadas com adoção de medidas no âmbito da prevenção e da atenção. Infelizmente, ambas essas situações não configuram fenômenos raros. O tema, que exige esclarecimentos objetivos, pontuais e urgentes para a classe médica e para a sociedade de forma geral provocou o Conselho Federal de Medicina (CFM) a analisar diferentes estudos e contribuições em busca de um norte capaz de propiciar a médicos e pacientes uma zona de conforto e segurança. A síntese dos subsídios encontrados está relatada a seguir:

Mortalidade materna

Morrem no mundo cerca de meio milhão de mulheres em consequência da gravidez, parto ou puerpério (período que se segue ao parto, pelo geral de 42 dias), ou seja, aproximadamente uma mulher a cada minuto. A imensa maioria dessas mulheres (95%) vive em países pobres. Na América Latina são estimados em torno de 28 mil óbitos maternos por ano, sendo que parcela significativa resulta de situações evitáveis se as condições de assistência pré-natal e do parto fossem mais adequadas. No Brasil, os números também são elevados.

A razão de morte materna no país fica em torno de 55 casos para cada grupo de 100 mil. Trata-se de um indicador considerado alto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual recomenda como valor aceitável 20/100.000, bem acima dos dados apresentados por países desenvolvidos como a Dinamarca (1/100.000), Canadá (4/100.000), Estados Unidos (8/100.000) e maior que em outros países da América Latina - Cuba e Uruguai (26/100.000).

As principais causas dos óbitos maternos são as seguintes: a) **toxemia** (pressão alta na gravidez), que não foi precocemente diagnosticada no pré-natal (suspeição feita simplesmente pela aferição da pressão arterial) ou tratada adequadamente na maternidade (com administração de remédios para baixar a pressão e evitar a convulsão – *eclampsia*); b) **hemorragia** decorrente de doenças obstétricas não diagnosticadas no pré-natal (como a gravidez tubária e a placenta prévia) ou não evitadas na maternidade (descolamento prematuro de placenta e laceração no canal do parto) associado à falta de bancos de sangue nos hospitais; e c) por **infecção**, em consequência, por exemplo, de abortamentos provocados sob condições sépticas.

Em síntese, cerca de 90% desses óbitos maternos poderiam ser evitados, por uma atenção em saúde adequada à mulher desde o pré-natal até a realização do parto, sempre acompanhadas por médicos e em ambientes propícios à oferta de cuidados obstétricos e neonatais a fim de assegurar uma assistência segura ao parto, embasada nos melhores níveis de evidência e controle de intervenção.

Mortalidade perinatal

Nos últimos anos, a mortalidade infantil vem sendo reduzida no Brasil. No entanto, os níveis de morbimortalidade perinatal – aqueles que ocorrem durante a gravidez, no parto ou com o bebê de até sete dias – estão assumindo proporções surpreendentes. Dados da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) relatam que em 1980 os óbitos nesta fase representavam 28,75% do total. Em 1997, esta porcentagem subiu para 52,82%. Ao contrário do que acontece nos países

desenvolvidos – onde as crianças morrem principalmente por malformação congênita, aqui o problema ainda é fruto das más condições de gestação e das precárias circunstâncias do parto e do nascimento.

A mortalidade no nascimento e nos primeiros dias de vida expressa complexa conjunção de fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais, esses últimos relacionados à atenção à gestante e ao recém-nascido. Em muitos países, os sistemas de informação de mortalidade são precários, o que impossibilita a obtenção de indicadores confiáveis. No entanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima cerca de 5,9 milhões de mortes perinatais no mundo.

O continente africano e o asiático apresentaram os piores indicadores, taxas de 66/1000 e 47/1000, respectivamente. A taxa média da América Latina e Caribe foi de 19/1000, enquanto, na América do Norte, foi de apenas 7/1000. Nos países europeus, a taxa média foi de 8/1000. Diferentes estudos apontam que dentre os óbitos fetais precoces (24 a 27 semanas), as causas mais comuns são as infecções (19%), as mortes abruptas (14%) e as anomalias congênitas (14%). A partir de 28 semanas de idade gestacional há grande incidência (25% a 60% do total) de mortes inexplicadas por uma causa direta e mais de uma condição pode contribuir para o óbito. Outras causas de morte incluem isoimunização, doenças maternas crônicas, doenças gestacionais, como a diabetes e a pré-eclâmpsia, e acidentes com o cordão umbilical. A maioria das mortes fetais ocorre entre os prematuros, ou seja, os nascidos com menos de 37 semanas de idade gestacional. Entretanto, a pós-maturidade (42 semanas e mais) também aumenta o risco de natimortalidade.

As diferenças econômicas, culturais e assistenciais entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento também influenciam os indicadores de mortalidade perinatal. Óbitos ocorridos antes do trabalho de parto (anteparto) - relacionadas com complicações da gravidez – têm maior impacto nos países desenvolvidos. Já as mortes durante o trabalho de parto (intraparto) possuem maior relação com a inadequada assistência ao nascimento e são mais frequentes nos países em desenvolvimento. Nestas áreas, menos de 40% dos partos são realizados em unidades de saúde na presença de pessoal qualificado para atendimento ao nascimento.

Estima-se que 27% das mortes perinatais no mundo sejam intraparto, sendo mais frequentes nos locais com recursos limitados para atendimento às emergências obstétricas. Um elevado percentual (25 a 62%) dessas mortes poderia ser evitado. Os óbitos deste tipo, nos países em desenvolvimento, estão vinculados aos seguintes fatores de risco: deficiências nutricionais, infecções, natimorto prévio, trabalho de parto prolongado, tocotraumatismos e dificuldade de acesso, especialmente aos partos cirúrgicos para atendimento às urgências obstétricas. As doenças hipertensivas, infecções e anomalias congênitas também configuram riscos comuns. Parcela significativa dessas causas é evitável com ações de melhoria de aos serviços de saúde.

Partos domiciliares x partos hospitalares

O falso antagonismo entre o parto domiciliar e o parto hospitalar ofusca uma preocupação real: a preservação da vida e do bem estar da gestante e do recém nascido. A análise criteriosa do tema – com base em indicadores epidemiológicos,

estudos científicos e a opinião de especialistas – tem como intenção oferecer subsídios adequados para a tomada de decisão do médico e de sua paciente. É importante estar consciente sobre o equilíbrio entre riscos e benefícios envolvidos nos procedimentos médicos, de forma geral, para que as opções estejam legitimamente ancorados em princípios bioéticos.

Estudo publicado no *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (Wax JR, Pinette MG, Cartin A; Blackstone J.) encontrou uma taxa de morte neonatal de 0,2% (32 mortes em 16.500 nascimentos) em partos domiciliares planejados comparada a 0,09% (32 em 33.302 nascimentos) em partos hospitalares. As conclusões do trabalho foram baseadas em uma revisão sistemática da literatura médica sobre desfechos maternos e dos recém-nascidos que incluiu todas as publicações revisadas por pares de língua inglesa de países desenvolvidos que relatam tais dados por local de parto planejado.

De 237 estudos encontrados, apenas 12 satisfizeram todos os critérios de inclusão na metanálise. Os estudos incluídos foram conduzidos na Austrália, no Canadá, na Holanda, na Suécia, na Suíça, no Reino Unido e nos Estados Unidos. O grupo de pesquisa sugeriu que a menor intervenção obstétrica em partos domiciliares pode explicar a mortalidade neonatal aumentada.

Outro trabalho, publicado no jornal científico *Obstetrical & Gynecological Survey* (Wax JR, Pinette MG, Cartin A), em 2010, sugere que os aparentes benefícios de um parto planejado em casa – incluindo os de caráter psicossocial e de menos intervenções médicas – são potencialmente contrabalançados por um aumento das

taxas de mortalidade perinatal e neonatal. Segundo o estudo, evidências sugerem que evitar o uso da tecnologia médica (como o monitoramento eletrônico da frequência cardíaca fetal, por exemplo), pode representar um importante fator de risco para óbitos perinatais e neonatais evitáveis.

O Birthplace in England Collaborative Group, estudo publicado no British Medical Journal em 2011, aponta que, para mulheres nulíparas [que nunca pariram] há evidências de que o nascimento planejado em casa está associado a um maior risco de um resultado perinatal adverso. Ressalte-se ainda que nos Estados Unidos, em 2011, a Comissão de Prática Obstétrica do *American College of Obstetricians and Gynecologists* se manifestou sobre o tema.

A entidade afirmou que os hospitais são os cenários mais seguros para o nascimento. Contudo, apesar de expressar respeito ao direito da mulher, reforçou que essas pacientes devem ser informadas dos riscos e benefícios envolvidos com base em evidências recentes. Especificamente, deverá ser informado que, embora o risco absoluto possa ser baixo, o nascimento planejado em casa está associado a um risco de duas a três vezes maior de morte neonatal quando comparado ao nascimento hospitalar.

As mulheres devem ainda ser informadas sobre a seleção adequada de candidatas para dar à luz em casa, sobre a disponibilidade de um profissional habilitado e certificado dentro de um sistema integrado de saúde e regulamentado, da possibilidade de pronto acesso à consulta e garantia de transporte seguro e oportuno para hospitais próximos. Esses cuidados – segundo o *American College of*

Obstetricians and Gynecologists – são fundamentais para a redução das taxas de mortalidade perinatal e obtenção de resultados favoráveis de nascimento em casa.

No Brasil, pesquisa realizada por Almeida MF e companhia – desta vez focada nos partos domiciliares acidentais – aponta um aumento da mortalidade fetal quatro vezes maior nestas situações. O trabalho, publicado na Revista de Saúde Pública, em 2005, sugere que em procedimentos deste tipo o risco de mortalidade neonatal também aumentou (quase o dobro). Estes resultados são semelhantes aos encontrados em estudos referentes a países desenvolvidos para o mesmo tipo de situação. Alguns fatores de risco associados no parto domiciliar acidental para os óbitos fetais: não realização de pré-natal e percepção da mãe de estado de saúde menos favorável anterior à gravidez.

Tal como ocorre com a mortalidade materna, a mortalidade perinatal é um desfecho negativo da gravidez, para o qual os serviços de saúde têm importante papel na sua evitabilidade. Este estudo aponta que, em situações envolvendo o óbito materno – que também podem extrapolar para o óbito do feto ou do recém-nascido – as complicações decorrem, muitas vezes de: a) atraso das mulheres na decisão de procurar os serviços de saúde; b) atraso na chegada aos serviços de saúde; e c) atraso na prestação de assistência adequada.

Conclusões: o desafio para o Brasil

São muitos os desafios do Brasil no que toca a saúde da gestante e de seu conceito. A sociedade e a classe médica contam com a adoção de medidas que contribuam para o aumento da captação precoce do pré-natal; a melhora da

qualidade da assistência pré-natal prestada nas unidades; a garantia de agilidade nos resultados dos exames; a garantia do cuidado na hora do parto de forma racional e humanizada, melhorando a qualidade das maternidades, permitindo acompanhante de escolha da grávida, oferecendo ambiente acolhedor para acompanhá-la em todo o momento do parto – na sala de pré-parto, no parto e no puerpério; a presença mínima de dois médicos obstetras, um neonatologista e um anestesista, com remuneração justa e relação de trabalho decente, oferecendo assistência ao parto que ajuda a gestante a ser protagonista na parturição.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abouzahr C, Boerma T. Health information systems: the foundations of public health. Bull World Health Organ [internet]. 2005 [access 2012 Aug 9];83(8):578-83. Available: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/578.pdf>

Åhman E, Zupan J. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates 2004. Geneva: World Health Organization; 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596145_eng.pdf

Almeida MF, Alencar JP, Novaes MHD, França Júnior I, Siqueira AA, Schoeps D et al. Partos domiciliares acidentais na região sul do município de São Paulo. Rev Saúde Pública [internet]. 2005 [acesso 2012 ago 9];39(3):366-75. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24789.pdf>

American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Obstetrics Practice. Committee opinion number 476: Planned home birth. Obstet Gynecol [internet]. 2011 [access 2012 Aug 9] Feb;117(2 Pt 1):425-8. Erratum in: Obstet Gynecol. 2011 May;117(5):1232. Available: <http://www.acog.org/~media/Committee%20Opinions/Committee%20on%20Obstetrics%20Practice/co476.pdf?dmc=1&ts=20120809T1519488551>

Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the birthplace in England national prospective cohort study. BMJ [internet]. 2011 [access 2012 Aug 9];343:d7400. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3223531/pdf/bmj.d7400.pdf>

Cnattingius S, Stephansson O. The Epidemiology of stillbirth. Seminars in Perinatology. 2002;26(1):25-30.

Fretts RC. Etiology and prevention of stillbirth. Am J Obstet Gynecol [internet]. 2005 [access 2012 Aug 9];193:1923-35. Available: <http://utilis.net/Morning%20Topics/Obstetrics/Stillbirth.pdf>

Mcclure EM, Nalubamba-Phiri M, Goldenberg RL. Stillbirth in developing countries. Int J Gynaecol Obstet. 2006;94(2):82-90.

Martins EF. Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido em Belo Horizonte – Minas Gerais [tese] [internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010 [acesso 2012 ago 9]. Disponível: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c1617ab88911.pdf

Silver RM, Varner MW, Reddy U, Goldenberg R, Pinar H, Conway D, et al. Work-up of stillbirth: a review of the evidence. Am J Obstet Gynecol [internet]. 2007 [access 2012 Aug 9];196(5):433-44. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2699761/pdf/nihms22729.pdf>

Smith GC, Fretts RC. Stillbirth standards for maternal and neonatal care. Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Lancet. 2007;370(9600):1715–25.

Wax JR, Pinette MG. Replay to Janssen PA, Klein MC. Time for improved standards for studies of home birth. Am J Obstet Gynecol. 2010;203(5):e11-e12.

Wax JR, Pinette MG, Cartin A. Home versus hospital birth: process and outcome. Obstet Gynecol Surv. 2010;65(2):132-40.

Wax JR; Pinette MG; Cartin A; Blackstone J. Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births. Am J Obstet Gynecol. 2010;202(2):152.

World Health Organization (WHO). Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates [internet]. Geneve: WHO, c2006 [access 2012 Aug 9]. 75p. Available: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563206_eng.pdf

Brasília, 09 de agosto de 2012.

RECOMENDAÇÃO 001/2012

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

CONSIDERANDO que a autonomia do médico e da mulher deve ser respeitada no âmbito da relação médico-paciente;

CONSIDERANDO que a legitimidade da autonomia materna não pode desconsiderar a viabilidade e a vitalidade do seu filho (feto ou recém-nascido), bem como sua própria integridade física e psíquica;

CONSIDERANDO que o trabalho de parto é um ato biológico, no qual um ser humano de flexibilidades desiguais percorre trajeto curvo e acotovelado fazendo movimentos (rotações, flexões e deflexões) necessários ao seu trânsito pela pelve;

CONSIDERANDO que o trabalho de parto constitui processo natural e independente, o que sugere a desnecessidade de intervenções, salvo em condições especiais;

CONSIDERANDO que no trajeto até o nascimento os movimentos necessários (rotações, flexões e deflexões) podem não ocorrer, em momento oportuno, o que é clinicamente conhecido como distócia;

CONSIDERANDO que a distócia precisa de correção clínica ou cirúrgica, o que é ato médico exclusivo, conforme previsto no Decreto Número 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que regula e fiscaliza o exercício das profissões de parteira e enfermeira, entre outras, no Brasil;

CONSIDERANDO que a ocorrência da distócia pode levar a outro fenômeno conhecido como sofrimento fetal, que se constitui de riscos inicialmente respiratórios, podendo evoluir para complicações metabólicas, levando a transtornos neurológicos e até a morte do feto ou do recém-nascido;

CONSIDERANDO que a mortalidade e morbidade materna e perinatal decorrem de uma série de fatores (combinados ou não), tais como: doença hipertensiva específica da gestação (DHES), toxemia (pressão alta na gravidez), hemorragia por doenças obstétricas não diagnosticadas no pré-natal (como gravidez tubária e placenta prévia) ou não evitada na maternidade (descolamento prematuro de placenta e laceração no canal do parto); e por infecção, como a causada por procedimentos realizados sob condições sépticas;

CONSIDERANDO que estudos científicos comprovam que partos realizados em ambiente hospitalar tem menor risco de gerar complicações, o que representa menores taxas de mortalidade e de morbidade para mães, fetos e recém-nascidos;

CONSIDERANDO que por meio da evolução do conhecimento, da tecnologia e da atitude assistencial, o ambiente hospitalar se tornou mais seguro, propiciando ao médico as condições ideais para corrigir os casos de distócia que, porventura, ocorram.

RECOMENDA que:

Levando em consideração todos os pontos acima destacados, a realização do parto ocorra em ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura.