

REUNIÃO DE AUDIÊNCIA PÚBLICA -
Deputado Alexandre Padilha
Tema - Parto Cesáreo

Marianne Pinotti
Obstetra

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA
PLENÁRIO JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



SOGESP



ALESP PL 435 ano 2019

Entre 1990 e 2015 a redução na razão de mortalidade materna no Brasil foi de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representou uma diminuição de 56%. Esta redução tem sido reconhecida pela [Organização Mundial da Saúde \(OMS\)](#), ao destacar que houve avanços significativos desde a década de 90 nas políticas públicas de saúde.

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a meta de reduzir a mortalidade materna para 30/100 mil nascido vivos até 2030 para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 2015/2030, compromisso internacional assumido

LANCET

169 countries that include 98·4% of the world's births, we estimate that 29·7 million (21·1%, 95% uncertainty interval 19·9–22·4) births occurred through CS in 2015, which was almost double the number of births by this method in 2000 (16·0 million [12·1%, 10·9–13·3] births)

Latin America and Caribbean region, where it was used in 44·3% (41·3–47·4) of births, than in the west and central Africa region, where it was used in 4·1% (3·6–4·6) of births.

Of the 6·2 million unnecessary caesareans done each year, half are in Brazil and China.

In Brazil, 80–90% of all babies in the private sector are born by CS, compared with 30–40% in the public sector

National CS use varied from 0·6% in South Sudan to 58·1% in the Dominican Republic

CS use was almost five times more frequent in births in the richest versus the poorest quintiles in low-income and middle-income countries; markedly high CS use was observed among low obstetric risk births, especially among more educated women in, for example, Brazil and China; and CS use was 1·6 times more frequent in private facilities than in public facilities.

The Lancet - Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections

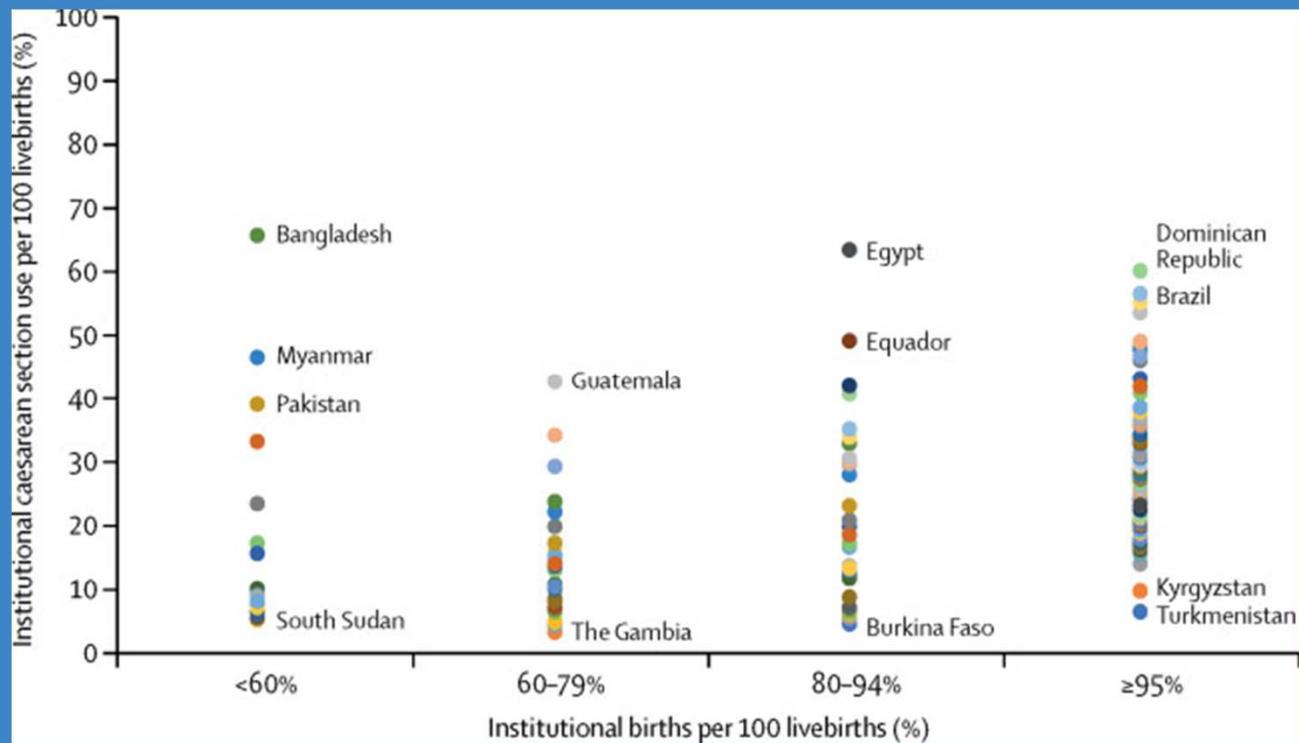


Figure 2 Intra-institutional use of caesarean section as a proportion of livebirths, relative to the proportion of births occurring in health institutions, by country.

Boerman et al, 2018

Quadro 1: Classificação de Robson

 <p>Grupo 1</p>	Nulparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	 <p>Grupo 6</p>	Todas nulparas com feto único em apresentação pélvica
 <p>Grupo 2</p>	Nulparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto	 <p>Grupo 7</p>	Todas multiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
 <p>Grupo 3</p>	Multiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	 <p>Grupo 8</p>	Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
 <p>Grupo 4</p>	Multiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto	 <p>Grupo 9</p>	Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
 <p>Grupo 5</p>	Todas multiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas	 <p>Grupo 10</p>	Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

 Cesareia anterior  Trabalho de parto espontâneo

OMS 2014 - Classificação de Robson

Objetivo - Otimizar o uso das cesáreas ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos que sejam particularmente relevantes em cada local; Avaliar a efetividade de estratégias ou intervenções criadas para otimizar o uso de cesáreas; Avaliar a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupo; Avaliar a qualidade dos dados colhidos e chamar a atenção dos funcionários para a importância desses dados e do seu uso.



IMPRESSO ESPECIAL
CONTIENDO 14 PÁGINAS DE 2

IMIP Notícias
Imprensa da Medicina Integral
Pelo Fortalecimento da Saúde

O Instituto de Medicina Integral por Formação, Pesquisa e Saúde (IMIP) fundado em 1980, se une às instituições brasileiras para o fortalecimento da saúde.

INFORMATIVO MENSAL IMPRESSO E DIGITAL ANO 1 Nº 527 JULHO DE 2018

IMIP inaugura novo Centro de Parto Normal

Centro de atenção à mulher e destaque às mães de três décadas

IMIP e referência em hepatologia



Fatores que influenciam alta taxa cesárias

Falha na assistência pré natal, questões na organização da assistência obstétrica - desaparecimento das obstetrites

Medo da dor e do parto, Falta de confiança na equipe de saúde - Evitar o risco do parto normal ou fórceps

Experiência anterior ruim, violência obstétrica, impossibilidade da presença de acompanhante,

Falta de preparo emocional, controle da ansiedade, apoio familiar

Modismo - cesárea e não amamentar

Faúndes 199, Hardy 1988, Pinotti 1992, Lumbiganon 2010, Villar 2007, Souza JP 2010, Padua K 2011, Lancet 2018, WHO 2018

Fatores que influenciam alta taxa cesárias

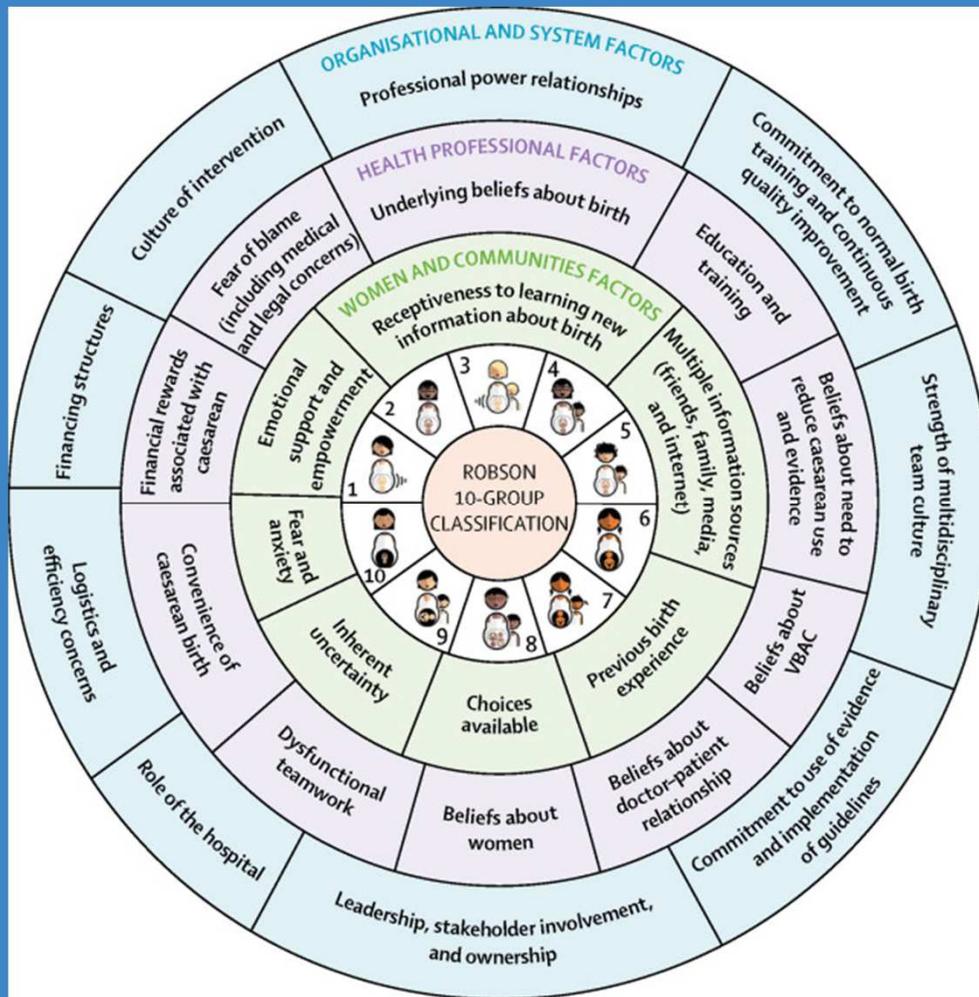
Inexperiência e falta de formação de Obstetras em parto normal, medo de processos, sexo masculino, filiados à instituições estão ligados à maior indicação de cesáreas

Desejo de manter intactas vagina e períneo, medo de incontinência urinária, questões relacionadas à sexualidade

Cesárea anterior, Conveniência para o médico e parturiente,

Esterilização cirúrgica (cerca 70% laqueaduras são feitas em cesáreas, 11% das mulheres se arrependem)

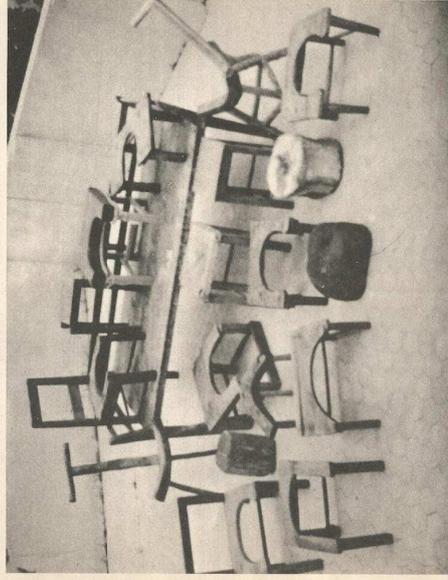
Faúndes 199, Hardy 1988, Pinotti 1989 e 1992, Lumbiganon 2010, Villar 2007, Souza JP 2010 , Padua K 2011, Lancet 2018, WHO 2018



Schematic representation of factors related to women, society, health providers, and health-care organisations that affect the frequency of caesarean section use at the local level; these factors surround the obstetric and clinical factors that also affect the frequency of births by caesarean section, which are represented in the middle by the Robson 10-group classification⁶³

VBAC=vaginal birth after caesarean section.

A busca de integração do conhecimento tradicional



A foto da capa mostra o museu do Prof. José Galba Araújo. Você vê um arco, uma sêrvina de balde, uma cadeira das Filhas de Maria, e uma cadeira de madeira. Encontramos referências a essas cadeiras na Europa, no Egito e na própria Bíblia.

MUSEU DO PARTO

Um Tributo a Galba Araújo



O que é o Parto Humanizado?

Parto Humanizado é um conjunto de ações que promovem o parto e nascimento saudáveis, dando maior liberdade à gestante para escolher a melhor maneira de dar à luz, respeitando o processo natural do parto ocorrer, evitando ações desnecessárias ou de risco para a mãe e o bebê, como o parto cesárea. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza alguns direitos da gestante a serem reconhecidos pelos profissionais da saúde. São eles:

- Estar acompanhada durante o parto por alguém de sua escolha (mãe, marido, etc.);
- Ser informada pelos profissionais sobre as ações realizadas com ela e com o bebê;
- Beber líquidos (água, suco, etc.) e comer durante o parto;
- Caminhar e se movimentar durante o parto;
- Receber massagens e outras técnicas relaxantes;
- Adotar a posição que desejar no momento do parto;
- Receber o bebê para mamar, imediatamente após o parto.



Av. Cordeiro Nunes de Melo, 411
Memorial Escolas Assis Chateaubriand | Universidade Federal do Ceará

Quem foi José Galba Araújo?

Galba Araújo, nasceu em Sobral, tornou-se em Medicina pela Universidade Federal da Bahia, e especializou-se em Ginecologia e Obstetrícia na Universidade de Michigan, Estados Unidos.

Dotado de um forte espírito de liderança, recebeu vários convites para presidência de associações, como a Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia. Foi diretor da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) de 1964 a 1985.

Sempre focado na medicina social, propôs, além da humanização do parto, uma atenção à saúde descentralizada e hierarquizada, a fim de melhorar o atendimento à população e o acesso ao nível hospitalar.

Trabalhou também junto a parteiras, nas Unidades Satélites do Projeto de Ações Integradas de Saúde, ensinando procedimentos básicos e capacitando-as para reconhecer gestações de risco e encaminhá-las para o centro de referência. Um trabalho envolvente, unindo conhecimento médico e popular.

Seu trabalho foi reconhecido pelo Ministério da Saúde, que, em sua homenagem, criou o Prêmio Galba Araújo, concedido às melhores unidades de atendimento obstétrico e neonatal.

Esse foi o grande legado que Galba Araújo nos deixou. Exemplo de respeito à atenção básica da saúde da gestante.

Consequências epidemia cesárias

Risco de prematuridade (estudos demonstram até 60% a mais de risco em cesáreas eletivas) e todas as suas consequências

Maior taxa de morbiletatidade materna pela cirurgia e anestesia

Maior risco de tromboembolismo e infecção

Comprometimento do futuro obstétrico - maior risco de implantação baixa da placenta, rotura uterina, complicações hemorrágicas, rotura prematura de membranas

Custo maior para as instituições (cesária custa cerca de 50% a mais) e das consequências sobre o RN (prematuridade iatrogênica e suporte posterior) - num sistema já onde faltam recursos

Faúndes 199, Hardy 1988, Pinotti 1992, Lumbiganon 2010, Villar 2007, Souza JP 2010 , Padua K 2011, Lancet 2018, WHO 2018

Consequências epidemia cesárias

Evidências de que RN sofrem exposição hormonal, bacteriana, física, medicamentosa que podem alterar sua fisiologia

Riscos a curto prazo incluem alteração no desenvolvimento imunológico, aumento risco de alergias, atopia e asma, diminuição da biota intestinal.

Riscos a Longo prazo é reportada relação com obesidade e asma

Faúndes 199, Hardy 1988, Pinotti 1992, Lumbiganon 2010, Villar 2007, Souza JP 2010 , Padua K 2011, Lancet 2018, WHO 2018



Possíveis soluções - não clínicas

Intervenções socioculturais que levem em consideração visão, valores e crenças- dissociar parto normal e dor (oferecer analgesia), esclarecer questões sexuais após parto normal, reforçar a segurança do parto normal e a recuperação mais rápida, maior taxa de sucesso no aleitamento materno. - Estímulo a workshops treinamento para parto normal para as famílias, relaxamento, psicoeducação.

Prénatal eficiente (discussão com a gestante e família sobre questões relacionadas à via de parto)

Mudança na estrutura da assistência obstétrica - equipe de saúde (obstetra, obstetriz, psicóloga, assistente social) - fortalecimento da atenção pela equipe - resgate do papel da obstetriz

Exigência e Remuneração da analgesia para parto normal para TODAS as parturientes que desejarem

Ações institucionais e legais - auditorias e discussões sobre o tema - organização no SUS e na atenção privada

Desestimular esterilização cirúrgica durante cesárias

Faúndes 199, Hardy 1988, Pinotti 1992, Lumbiganon 2010, Villar 2007, Souza JP 2010, Padua K 2011, Lancet 2018, WHO 2018

Possíveis soluções - não clínicas

WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections - 2018

A. INTERVENTIONS TARGETED AT WOMEN - Non-clinical educational interventions Recommendation

B. INTERVENTIONS TARGETED AT HEALTH-CARE PROFESSIONALS Implementation of evidence-based clinical practice guidelines combined with mandatory second opinion for caesarean indication Recommendation

Implementation of evidence-based clinical practice guidelines combined with audit and feedback Recommendation

C. INTERVENTIONS TARGETED AT HEALTH ORGANIZATIONS, FACILITIES OR SYSTEMS.

Collaborative midwifery-obstetrician model of care

Financial strategies for health-care professionals or health-care organizations

Possíveis soluções - Clínicas

Melhoria dos protocolos visando diminuição das indicações mais comuns (cesárea anterior, ligadura tubária, desejo da parturiente)

Melhoria nos protocolos de indução e condução do trabalho de parto (presença de obstetrites, suporte clínico e emocional, uso correto da analgesia, exigência de partograma, cardiotocografia usada corretamente (de forma não contínua), uso de ocitocina, rotura oportuna de membranas)

Exigência de 2ª opinião na indicação de cesáreas

Protocolos eficientes de indução de TP após 39 semanas

Estímulo a parto normal após cesárea

Faúndes 199, Hardy 1988, Pinotti 1992, Lumbiganon 2010, Villar 2007, Souza JP 2010, Padua K 2011, Lancet 2018, WHO 2018