

Maternidade do Prado Valadares

A Maternidade do Hospital Geral Prado Valadares é referência para a microrregião de Jequié, a qual abrange uma população estimada em 492.330 habitantes, além de outros municípios pactuados com Jequié.

A Maternidade é local apropriado para a assistência a mulher no período gravídico puerperal e emergências ginecológicas, porém observa-se que existe uma demanda de atendimentos em ginecologia e pré-natal em torno de 300 mulheres/mês que buscam o serviço da maternidade, mesmo não estando em situação de urgência ou emergência.

A Maternidade subdivide-se em Pré-parto com 11 leitos e Puerpério com 35 leitos, totalizando 46 leitos, além de um Berçário de Cuidados Intermediários com 12 leitos (podendo chegar a 16), destinado a receber



recém nascidos da própria unidade que apresentam alguma patologia no período neonatal.

Os cuidados nesta unidade são prestados por equipe multiprofissional, garantindo desta forma uma

Atendimentos em 2010

Nº de atendimentos	7402
Nº de internações no Pré-parto	3821
Nº de internações no Berçário	139
Nº de partos	2855
Nº de curetagens	375

Os dados do quadro acima apresentam 7402 atendimentos realizados durante o ano 2010 (média de 617 por mês), demonstrando que destes, apenas 45,5% tem critérios para atendimento na maternidade, sendo o restante uma demanda reprimida. Chamamos atenção para os 5% de RN que necessitam de acompanhamento após o parto, vários deles por conta da prematuridade e por nascerem com complicações. Também chama atenção o número de curetagens (12% do total de internações), que em sua grande maioria ocorrem em consequência de gravidez indesejada.

Perfil epidemiológico

A mortalidade neonatal é um importante indicador para medir a qualidade e o acesso da mulher e da criança aos serviços de

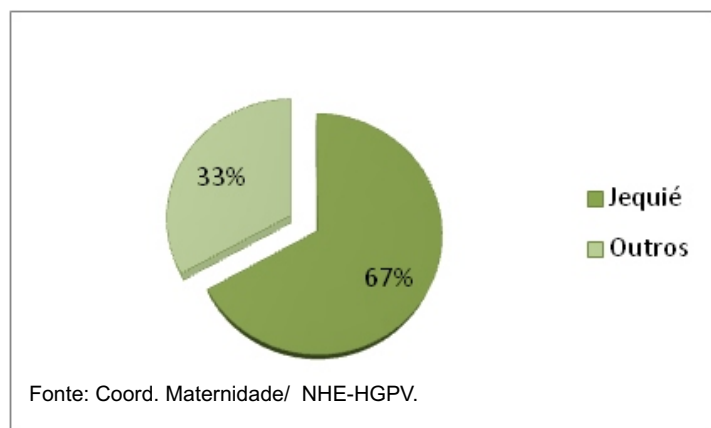
saúde durante a gestação, parto e puerpério. Além desses fatores, a mortalidade neonatal também está associada à educação, ao padrão de renda familiar, à oferta de água tratada e esgotamento sanitário, ao grau de informação das mães, bem como a faixa etária na gestação.

A mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais a partir dos anos 90, sendo que a maior parte ocorre no período neonatal precoce (0 - 6 dias de vida), (MS, 2004). A portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006 regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão, o qual traz na cláusula terceira um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas, sendo uma das prioridades, a redução da mortalidade infantil e materna para reduzir a mortalidade neonatal.

A taxa de mortalidade neonatal no HGPV em 2010 foi de 18,9 por mil nascidos vivos, evidenciando mais de 18,2% de redução em relação ao ano anterior (2009), quando a taxa de mortalidade neonatal foi de 23,1 por mil.

Na página dois serão apresentados alguns dados dos óbitos neonatais ocorridos no HGPV no ano 2010, de acordo com as declarações de óbito e investigações realizadas pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia e Coord. da Maternidade.

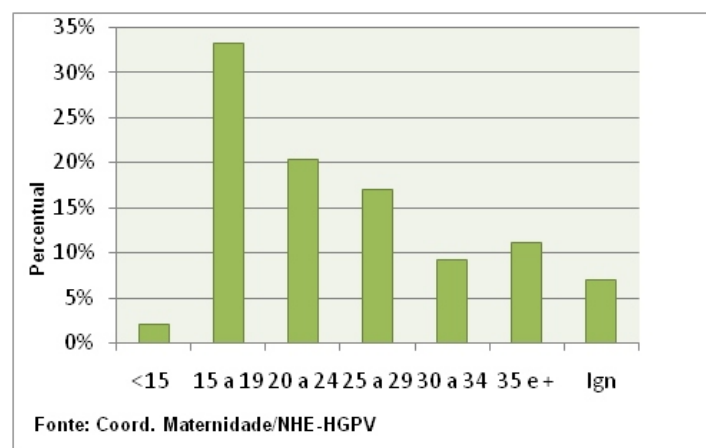
Figura 01: Percentual de óbitos neonatais ocorridos no HGPV, em Jequié e outros municípios no ano 2010.



A figura acima evidencia que o maior percentual de óbitos neonatais é de residentes em Jequié, considerando que a incidência de partos também é de Jequienses, por ser o HGPV a única maternidade que realiza partos pelo SUS na cidade. O segundo município com maior número de óbitos é Jaguaquara.

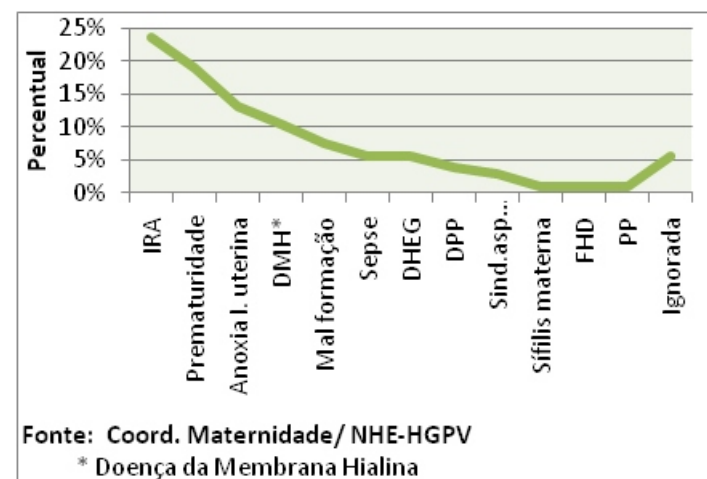
Já a figura 02, mostra o percentual de óbitos, segundo faixa etária da mãe, demonstrando que as adolescentes ocupam a faixa de 33% no ranking dos óbitos neonatais, devendo-se associar as causas desses óbitos ao modo de vida e condições que viabilizaram a concepção.

Figura 02: Percentual de óbitos neonatais, ocorridos no HGPV, segundo faixa etária da mãe em 2010.



Ao analisar as características maternas, outros fatores importantes a considerar são o grau de escolaridade da mãe e situação conjugal, bem como o número de consultas pré natal e duração da gestação em semanas. Estas características interferem de forma importante no componente da mortalidade neonatal. Outro grupo que merece destaque é o de 35 anos e mais (11,1%), considerado também com maiores fatores de risco para gestação e que têm aumentado a cada ano.

Figura 03: Percentual de óbitos neonatais, ocorridos no HGPV, segundo causa do óbito em 2010.



Os dados acima mostram as principais causas de óbitos neonatais registradas nas Declarações de Óbito (DO). A insuficiência respiratória aguda aparece em 23,6% das DO, evidenciando a prematuridade como segunda causa. É consenso na literatura a prematuridade como um fator de risco para a mortalidade neonatal precoce. Chamamos atenção para a sífilis, que apesar de aparecer em apenas 1% das DO, em 2011, só no 1º trimestre, já foram 07 casos de sífilis em gestante diagnosticados durante o trabalho de parto e 10 casos de sífilis congênita, com 02 óbitos (01 fetal e 01 neonatal), evidenciando a necessidade de avaliação mais detalhada da assistência dispensada no pré-natal.

Com base nos dados obtidos através de investigações realizadas pelo NHE, dos óbitos fetais, infantis e maternos ocorridos no HGPV e após avaliação criteriosa caso a caso da Equipe da Maternidade, bem como as demandas do Acolhimento do Pronto Socorro sobre a procura de atendimento para gestantes e RNs (com dificuldade de avaliação pela Atenção Básica), foram listadas as seguintes recomendações:

1. Disponibilizar equipamentos básicos, como esfigmomanômetro nas UBS, visando diagnóstico e tratamento precoce das DHEG;
2. Garantir acesso ao Pré-natal com Enfermagem e acompanhamento pelo Médico;
3. Tratamento de infecções como urinária, corrimentos vaginais, sífilis, e outros, evitando complicações na gravidez e aumento do número de partos prematuros;
4. Capacitação da equipe em assistência pré natal; evitando erros como o de cálculo entre idade gestacional estimada e real;
5. Conclusão do Pré-natal após o período puerperal;
6. Realização de educação em saúde para as gestantes e responsáveis, enfatizando os sinais de trabalho de parto e sua evolução;
7. Transmissão de informações claras, evitando conflitos psicológicos e ansiedade para a parturiente;
8. Garantir o acompanhamento da gestante com incompatibilidade Rh, e orientações específicas;
9. Garantia de acesso e realização de exames obrigatórios para intervenção em tempo oportuno durante o pré-natal;
10. Garantia de métodos contraceptivos escolhidos/definitivos), evitando aumento do número de casos de gravidez na adolescência e indesejada (dificuldade de acesso ou ausência de referência para laqueadura tubária e vasectomia em situações específicas);
11. Melhorar o acesso a regulação para a referência estadual, em situações com necessidade de UTI Neonatal;
12. Garantia da assistência do neonatologista em sala de parto;
13. Aumentar o número de avaliações obstétricas pela equipe da maternidade durante o trabalho de parto.

Enfatizamos que os óbitos estão sendo investigados nas primeiras 12h após sua ocorrência.