

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Síntese de evidências para políticas de saúde
**Reduzindo a mortalidade
perinatal em Porto Feliz, SP**

Brasília – DF
2020



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde
Departamento de Ciência e Tecnologia

Síntese de evidências para políticas de saúde
Reduzindo a mortalidade
perinatal em Porto Feliz, SP

Brasília – DF
2020





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsmms.saude.gov.br.

Esse trabalho foi desenvolvido em cooperação entre o Departamento de Ciência e Tecnologia e a Organização PanAmericana da Saúde.

Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde

Departamento de Ciência e Tecnologia

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, sobreloja

CEP: 70.058-900 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-6291

Site: www.brasil.evipnet.org

E-mail: evipnetbrasil@saude.gov.br

Revisão de mérito:

Jessica Alves Rippel (Decit/SCTIE/MS)

Roberta Moreira Wichmann (Banco Mundial)

Livia Maria Figueiredo (Prefeitura Municipal de Porto Feliz/SP)

Morisa de Carvalho Hessel Almeida (Prefeitura Municipal de Porto Feliz/SP)

Sonia Isoyama Venancio (Instituto de Saúde)

Taís Rodrigues Tesser (Instituto de Saúde)

Tereza Setsuko Toma (Instituto de Saúde)

Elaboração:

Ana Paula Melo dos Santos (Prefeitura Municipal de Porto Feliz/SP)

Claudelize Aparecida Zanin (Prefeitura Municipal de Porto Feliz/SP)

Ednilson de Jesus Macedo (Prefeitura Municipal de Porto Feliz/SP)

Elizama Piazza Antunes (Prefeitura Municipal de Porto Feliz/SP)

Emiliana Maria Grandó Gaiotto (Prefeitura Municipal de Porto Feliz/SP)

Erica Michela de Santana Merlugo (Prefeitura Municipal de Porto Feliz/SP)

Francisco Carlos de Arruda (Prefeitura Municipal de Porto Feliz/SP)

Jessica Coan Putenchen (Prefeitura Municipal de Porto Feliz/SP)

Editoração:

Jessica Alves Rippel (Decit/SCTIE/MS)

Ludmila Schmaltz Pereira (Decit/SCTIE/MS)

Projeto gráfico:

Gustavo Veiga e Lins (Decit/SCTIE/MS)

Fotografia:

Domínio público

Normalização:

Luciana Cerqueira Brito (Editora MS/CGDI)

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia.

Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal em Porto Feliz, SP [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

30 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_reduzindo_mortalidade_perinatal.pdf

ISBN 978-85-334-2763-1

1. Política Informada por Evidências. 2. Mortalidade Perinatal. 3. Políticas Públicas de Saúde. I. Título.

CDU 614-053.2(815.6)

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0101

Título para indexação:

Evidence brief for health policy: reducing perinatal mortality in Porto Feliz, SP

Sumário

MENSAGENS-CHAVE	6
O problema	6
Opções para enfrentar o problema	6
Considerações de equidade para as opções	7
Considerações sobre a implementação das opções	7
CONTEXTO E ANTECEDENTES	8
DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	9
OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA	10
Opção 1 – Adequar o manejo de exames complementares durante o pré-natal	11
Opção 2 – Adotar um protocolo para prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido	12
Opção 3 – Estabelecer um programa de planejamento familiar e de prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação	13
Opção 4 – Implementar a educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério	14
Considerações sobre as opções relacionadas com a equidade	15
CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES	17
REFERÊNCIAS	21
APÊNDICES	23
Apêndice A – Quadro com as bases de dados e estratégias de buscas utilizadas para recuperação dos estudos para identificação das opções	24
Apêndice B – Fluxograma do processo de inclusão dos estudos	25
Apêndice C – Quadro com os estudos excluídos após leitura completa	26
Apêndice D – Revisões sistemáticas sobre a opção 1 – Adequar o manejo de exames complementares durante o pré-natal	27
Apêndice E – Revisões sistemáticas sobre a opção 2 – Adotar um protocolo para prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido	28
Apêndice F – Revisões sistemáticas sobre a opção 3 – Estabelecer um programa de planejamento familiar e de prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação	29
Apêndice G – Revisões sistemáticas sobre a opção 4 – Implementar a educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério	30

Síntese de evidências para políticas de saúde:

Reduzindo a mortalidade perinatal em Porto Feliz, SP.

Incluindo

- Contextualização e descrição de um problema;
- Opções viáveis para resolver o problema identificado;
- Considerações de equidade para as opções; e
- Considerações sobre a implementação das opções identificadas.

Não incluindo

Essa síntese não incorpora recomendações sobre qual(is) opção(ões) deve(m) ser selecionada(s) para implementação da política.

Para quem essa síntese de evidências é endereçada?

Para formuladores e implementadores de políticas de saúde, seu pessoal de apoio e outras partes interessadas no problema abordado por essa síntese de evidências.

Para que essa síntese de evidências foi preparada?

Para subsidiar as decisões a serem tomadas na solução de problemas em questão, de políticas ou programas de saúde, das quais essas sejam bem fundamentadas por evidências científicas relevantes e disponíveis, identificadas, selecionadas e avaliadas por meio de processo sistemático e transparente.

O que é uma síntese de evidências para a política de saúde?

É um resumo das evidências de pesquisas globais e locais relevantes que foram identificadas, avaliadas e organizadas em opções para o enfrentamento de problemas de saúde para subsidiar o diálogo de políticas com os atores envolvidos como gestores, sociedade civil organizada e pesquisadores.

Para elaboração de síntese de evidência utiliza processos sistemáticos e transparentes para fundamentar as decisões relacionadas as políticas, bem como o julgamento e suas implicações.

Objetivos dessa síntese de evidências para políticas de saúde

As evidências apresentadas poderão ser utilizadas para:

1. Esclarecer e priorizar os problemas nos sistemas de saúde;
2. Subsidiar políticas, enfocando seus aspectos positivos, negativos e incertezas das opções;
3. Identificar barreiras e facilitadores de implementação das opções, seus benefícios, riscos e custos;
4. Apoiar o monitoramento e avaliação de resultados das opções.

Resumo Informativo

As evidências apresentadas nessa síntese também podem estar no Resumo Informativo.

EVIPNet Brasil

A Rede de Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network*) – EVIPNet – visa promover o uso sistemático e transparente de evidências científicas na tomada de decisão e na elaboração e implementação de políticas e programas de saúde para fortalecer os sistemas de saúde. A EVIPNet promove ainda o uso compartilhado do conhecimento científico e sua aplicação, em formato e linguagem dirigidos aos gestores de saúde, na prática clínica, nos serviços e sistemas de saúde, na formulação de políticas públicas e na cooperação técnica entre os países participantes.

A EVIPNet Brasil é coordenada pelo Ministério da Saúde, no Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE). A implementação dessa iniciativa é realizada em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), entre outros.

Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – IS/SES-SP

O Instituto de Saúde (IS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) é um órgão de ensino em Saúde Coletiva e pesquisa científica e tecnológica, que tem como competência avaliar as políticas de saúde. O Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde (NEv-IS), criado em 2014, participa da EVIPNet Brasil, e vem desde então intensificando sua produção científica para subsidiar gestores na tomada de decisão em políticas de saúde.

Financiamento

Essa síntese de evidências foi elaborada como dissertação de mestrado de Emiliana Maria Grando Gaiotto, sendo desenvolvida com recursos próprios. O trabalho foi orientado por Sonia Isoyama Venancio, no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.

Conflito de interesses

Os autores declaram não possuir qualquer conflito de interesse com relação ao tema abordado.

Revisão do mérito dessa síntese de evidências

Essa síntese de evidências foi revisada em método por especialistas, na identificação, seleção, avaliação crítica, e no mérito por pesquisadores, gestores e atores interessados no problema quanto à sua relevância para políticas de saúde.

Agradecimentos

Nossos agradecimentos à bibliotecária Valéria Lombardi e às funcionárias da Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Marcia Arruda e Norma Reis, pelo apoio na obtenção de alguns artigos na íntegra.

Citação

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal em Porto Feliz, SP.** Brasília: Ministério da Saúde; EVIPNet Brasil, 2020. 30 p.



Fonte: www.freepik.com.

MENSAGENS-CHAVE

O problema

A mortalidade perinatal tem sido um tema fortemente debatido pelas equipes de saúde de Porto Feliz, SP, que elegeram como prioridade a busca de estratégias para a sua redução, a partir de discussões dos óbitos pelo Comitê de Mortalidade Infantil municipal. A constatação de que 77,7% dos natimortos e das mortes infantis no ano de 2014 eram evitáveis acarretou um grande desconforto na equipe de gestão da saúde.

Opções para enfrentar o problema

Esta síntese apresenta as melhores evidências disponíveis relacionadas à redução da mortalidade perinatal, apresentando quatro opções para enfrentar o problema, principais barreiras para a implementação dessas opções e suas implicações quanto a equidade.

Opção 1 – Adequar o manejo de exames complementares durante o pré-natal

Padronizar o uso de exame de ultrassonografia obstétrica para análise do crescimento fetal e exames laboratoriais para o rastreamento e prevenção de sífilis.

Opção 2 – Adotar um protocolo para prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido

Realizar a prevenção do desconforto respiratório do recém-nascido desde a Atenção Básica no período de pré-natal com a definição de classificação de risco para trabalho de parto prematuro e padronização da prescrição de corticosteróides para gestantes que apresentarem intercorrências até 37 semanas de gestação. Tratar o desconforto respiratório do recém-nascido no nível hospitalar para todos os recém-nascidos que apresentarem os sintomas, com corticosteróides e surfactantes no período neonatal.

Opção 3 – Estabelecer um programa de planejamento familiar e de prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação

As equipes de Atenção Básica, articuladas a outros setores, como educação e assistência social, devem estar preparadas para implantar ações de planejamento familiar, com atenção especial às adolescentes e usuárias de drogas.

Opção 4 – Implementar a educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério

A Educação em Saúde na gestação e no puerpério é uma ação importante para redução da mortalidade perinatal e deve ser implementada pelas equipes de Atenção Básica, por meio de grupos de gestantes e visitas domiciliares no puerpério.

Considerações de equidade para as opções

A depender da implementação de uma ou mais opções, algumas iniquidades podem ocorrer entre a população do município, decorrente da falta de capacitação das equipes para realização de testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis. Outras situações referem-se a gestantes de alto risco que são encaminhadas para unidades de referência regional, a adolescentes que não estão frequentando escola ou cujos pais não permitem a participação nas atividades propostas.

Considerações sobre a implementação das opções

As opções apresentadas não precisam necessariamente ser implementadas de forma conjunta e completa. A aplicação prática deve considerar a viabilidade local, inserindo-se na governabilidade da tomada de decisão. É importante considerar, também, as barreiras à implementação das opções, especialmente aquelas localizadas no campo da organização do sistema e dos serviços, bem como as localizadas no campo da cultura e representações sociais dos usuários e trabalhadores de saúde.

CONTEXTO E ANTECEDENTES

Segundo Victora e colaboradores (2011), países de grande extensão tendem a ser complexos e difíceis de administrar. Com cerca de 200 milhões de habitantes, há diferenças regionais marcantes no Brasil. Regiões mais ricas, como o Sul e o Sudeste (onde a expectativa de vida é comparável àquela de países ricos), convivem com as mais pobres, como o Norte, o Nordeste e a fronteira do Centro-Oeste, que se expandem com rapidez. Os referidos autores relatam ainda a expressiva melhora no acesso a serviços e nos níveis de cobertura de boa parte das intervenções em saúde no SUS, mas também enfatizam que a qualidade dos serviços prestados está, por vezes, abaixo do esperado, como nos cuidados pré-natais, por exemplo. A má qualidade dos cuidados está relacionada a questões institucionais, como, entre outras, a alta rotatividade dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família e as dificuldades em atrair médicos qualificados para trabalhar em áreas remotas, apesar dos altos salários.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) frente a tantos casos de mortes evitáveis por falta de políticas públicas ou políticas públicas insuficientes, aprovou em 2000, em Nova Iorque, um documento histórico para o novo século: a Declaração do Milênio das Nações Unidas, em que se firmou um acordo a respeito dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que deveriam ser alcançados em 2015. São eles: 1) redução da pobreza, 2) cumprimento do ensino básico universal, 3) igualdade entre os sexos, autonomia das mulheres, 4) redução da mortalidade na infância, 5) melhora da saúde materna, 6) combate ao HIV/Aids, à malária e outras doenças, 7) garantia de sustentabilidade ambiental e 8) estabelecimento de uma parceria mundial para o desenvolvimento (BRASIL, ©2020).

Segundo o PNUD, no Relatório dos ODM elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU), a taxa mundial de mortalidade na infância (mortalidade entre crianças menores de cinco anos, que expressa a frequência de óbitos nessa faixa etária para cada mil nascidos vivos) caiu 47% em 22 anos. Entre 1990 e 2012, o índice passou de 90 para 48 mortes por mil nascidos vivos. Ainda que essa evolução signifique que 17 mil crianças deixaram de morrer a cada dia, muito ainda deve ser feito para atingir a meta global de 75% de redução na taxa. Só no ano de 2012, por exemplo, 6,6 milhões de crianças menores de cinco anos morreram no mundo por doenças evitáveis. O Brasil alcançou a meta de redução da mortalidade na infância, estando à frente de muitos países. A taxa passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011. O Brasil já atingiu a meta estabelecida em relação a mortalidade infantil (óbitos de crianças com menos de um ano de idade), passando de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015 (BRASIL, ©2020).

DESCRIBÇÃO DO PROBLEMA

Segundo o Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011), nos últimos 30 anos o Brasil avançou muito na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas do governo e da sociedade. Apesar do declínio observado no Brasil, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação em saúde pública. Os níveis atuais são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do País, havendo sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais e intraurbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos como índios e negros.

No Brasil a taxa de mortalidade infantil em 2011 era semelhante àquela dos países desenvolvidos no final da década de 1960, e cerca de três a seis vezes maior do que a de países como o Japão, Canadá, Cuba, Chile e Costa Rica, que apresentam taxas entre 3 e 10/1000 nascidos vivos (UNICEF, 2006). Esses países conseguiram uma redução simultânea da mortalidade pós-neonatal (óbitos ocorridos em criança entre 28 dias a um ano) e neonatal (óbitos ocorridos entre 0 e 27 dias), enquanto no Brasil não houve mudança significativa do componente neonatal nas últimas décadas (LANSKY *et al.*, 2009). Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. Por sua vez, a mortalidade fetal (óbitos ocorridos a partir de 22 semanas completas de gestação, ou 154 dias, ou ainda em fetos com peso igual e superior a 500g ou estatura a partir de 35 cm) partilha com a mortalidade neonatal precoce (óbitos ocorridos na primeira semana de vida, entre 0 e 6 dias) as mesmas circunstâncias e etiologia que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida. Os óbitos fetais são também, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis. No entanto, têm sido historicamente negligenciados pelos serviços de saúde, que ainda não incorporaram na sua rotina de trabalho a análise de sua ocorrência e tampouco destinaram investimentos específicos para a sua redução.

Conceitos-chave relacionados a mortalidade perinatal

Taxa de mortalidade infantil - Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. As taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em altas (50 ou mais), médias (20 a 49) e baixas (menos de 20), em função da proximidade ou distância de valores já alcançados em sociedades mais desenvolvidas. Esses parâmetros devem ser periodicamente ajustados às mudanças verificadas no perfil epidemiológico (BRASIL, 2019a).

Taxa de mortalidade neonatal precoce - Número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Taxas elevadas estão geralmente associadas a condições insatisfatórias de assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2019b).

Morte perinatal - Morte de um feto de idade gestacional de 28 semanas ou mais, ou morte de um lactente nascido vivo com menos de 28 dias de idade. (BIREME; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, [2019a]).

Óbito fetal - Morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez (BIREME; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, [2019b]).



Fonte: www.freepik.com.

OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA

Existem muitas opções para enfrentar a mortalidade perinatal, mas nem todas apresentam o mesmo nível de certeza, efetividade ou são condicionadas pelos mesmos fatores de implementação. Além disso as opções de política podem incluir desde ações isoladas até intervenções muito complexas, exigindo a consideração sobre a potência dos benefícios e riscos, além das barreiras e aspectos facilitadores nos diversos níveis afetados pela implementação de uma política, do sistema de saúde ao indivíduo.

Esta síntese de evidências identificou quatro opções para a redução da mortalidade perinatal: 1) Adequar o manejo de exames complementares durante o pré-natal; 2) Adotar um protocolo para prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido; 3) Estabelecer programa de planejamento familiar e de prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação e 4) Implementar a educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério.

O objetivo dessa seção é discutir opções para reduzir a mortalidade perinatal, a partir das evidências científicas de melhor nível de confiabilidade (revisões sistemáticas) e identificar barreiras e estratégias de implantação.

Buscando evidências científicas sobre as opções

A definição das opções foi realizada por meio de busca por intervenções descritas em revisões sistemáticas no portal da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS e na base *Health Systems Evidence* - HSE, em 23 de junho de 2015. Após a definição das estratégias de busca, as mesmas foram aplicadas de forma independente por dois grupos de profissionais em datas diferentes. As buscas no portal da BVS e no HSE resultaram, respectivamente, em 220 e 9 documentos. Após leitura dos títulos e resumos foram selecionados 58 artigos para leitura completa, resultando em 13 revisões sistemáticas para compor a síntese por apresentarem intervenções compatíveis com o sistema de saúde municipal. Os Apêndices A, B e C apresentam as bases de dados e estratégias de buscas, o fluxograma de seleção e os estudos excluídos. Os dados extraídos, assim como a qualidade metodológica das revisões, avaliada com a ferramenta *Assessment of Multiple Systematic Reviews* - AMSTAR, são apresentados nos Apêndices D, E, F e G).

Opção 1 – Adequar o manejo de exames complementares durante o pré-natal

Padronizar o uso de exame de ultrassonografia obstétrica para análise do crescimento fetal e exames laboratoriais para o rastreamento e prevenção de sífilis.

Três revisões sistemáticas possibilitaram delinear esta opção. No Quadro 1 se apresenta um resumo dos principais resultados desta evidência de investigação sintetizada. Para aqueles que queiram saber mais sobre as revisões sistemáticas que figuram no Quadro 1 (ou para obter citações para as revisões), no Apêndice D se encontra uma descrição mais completa das revisões sistemáticas.

Quadro 1 – Descrição da síntese das evidências relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas / avaliações econômicas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>O exame de ultrassom obstétrico quando realizado no início da gestação pode detectar precocemente gestação múltipla e malformações fetais, como também informar com maior precisão a data provável do parto, evitando indução do parto por pós-datismo (WHITWORTH; BRICKER; MULLAN, 2015).</p> <p>Imdad <i>et al.</i> (2011) sugeriu que para uma melhor detecção da restrição do crescimento intrauterino devem estar associadas medidas do peso corpóreo da gestante, medidas uterinas e realização do ultrassom obstétrico. Esses procedimentos podem efetivamente reduzir em 20% o óbito fetal relacionado com a restrição do crescimento intrauterino.</p> <p>Shahrook e colaboradores (2014) indicaram que o teste rápido de sífilis é eficaz para diagnóstico precoce e início do tratamento, reduzindo a sífilis congênita e promovendo a melhoria do acesso para o tratamento da mulher e seu parceiro.</p>
Danos potenciais	Não foram encontrados riscos ou danos potenciais com a introdução desta opção.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Não foram identificados estudos que avaliaram custo ou custo-efetividade da opção.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	<p>Shahrook e colaboradores (2014) referiram que há necessidade de mais estudos para determinar a efetividade do teste de sífilis para melhorar os resultados em gestantes e neonatos, especialmente em regiões de alto risco.</p> <p>Na área rural da África do Sul, em mulheres com resultado positivo do teste rápido de sífilis, não houve evidência clara do efeito da intervenção para redução da mortalidade perinatal com o aumento das taxas de tratamento adequado para sífilis, mas o teste rápido apresentou redução no tempo de procura de tratamento.</p>
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	Os estudos avaliaram o uso do ultrassom obstétrico (WHITWORTH; BRICKER; MULLAN, 2015; IMDAD <i>et al.</i> , 2011) e do teste rápido de sífilis, como intervenções para melhorar os resultados da gestação (SHAHROOK <i>et al.</i> , 2014).
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Nenhum estudo reportou a percepções dos sujeitos afetados pela implementação de elementos da opção.

Fonte: Elaboração própria.

Opção 2 – Adotar um protocolo para prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido

Realizar a prevenção do desconforto respiratório do recém-nascido desde a Atenção Básica no período de pré-natal com a definição de classificação de risco para trabalho de parto prematuro e padronização da prescrição de corticosteroides para gestantes que apresentarem intercorrências até 37 semanas de gestação. Realizar o tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido no nível hospitalar para todos os recém-nascidos que apresentarem os sintomas, com prescrição de corticosteroides e surfactantes no período neonatal.

Cinco revisões sistemáticas abordam elementos desta opção. No Quadro 2 apresenta resumo das evidências para a opção 2 quanto os benefícios, danos potenciais, custos e/ou custo-efetividade, incertezas em relação aos benefícios/danos, principais elementos da opção; necessidades de adaptações e percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse), no Apêndice E se encontra uma descrição mais completa das revisões sistemáticas.

Quadro 2 – Descrição da síntese das evidências relevantes para a opção 2, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Dodd e colaboradores (2013) avaliaram o uso de progesterona em mulheres com risco de parto prematuro. A administração de progesterona intramuscular mostrou-se associada com redução do risco de trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas de gestação e do parto prematuro abaixo de 34 semanas, redução do risco de crianças nascerem com peso menor que 2.500 g e redução de hemorragia intraventricular no lactente.</p> <p>Mwansa–Kambafwile e colaboradores (2010) mostraram que a terapia com esteroides no pré-natal é muito efetiva na prevenção da morbidade e mortalidade neonatal. Os esteroides pré-natais podem diminuir a mortalidade neonatal entre os recém-nascidos prematuros (< 36 semanas de gestação) entre 31% a 37%. Mesmo com as evidências científicas apresentadas, ainda permanece baixa a cobertura em países com baixa e média renda, sendo que essa intervenção poderia salvar mais de 500.000 recém-nascidos no mundo anualmente.</p> <p>Soll e Özek (2010) avaliaram que a administração de surfactante sintético intratraqueal para recém-nascidos com desconforto respiratório resultou em melhora clínica, com diminuição dos riscos de pneumotórax, enfisema pulmonar, hemorragia intraventricular, displasia broncopulmonar; diminuição do risco de mortalidade neonatal, de mortalidade após alta e de mortalidade de crianças menores de um ano.</p> <p>Halliday e colaboradores (2003) apontaram que o tratamento com corticosteróides iniciado entre 7 e 14 dias após o nascimento, em comparação com não tratamento de neonatos, apresentou efeitos importantes em curto prazo. O tratamento com esteróides reduziu a mortalidade nos primeiros 28 dias, assim como a mortalidade e doença crônica dos pulmões entre 28 dias a 36 semanas. O desmame da ventilação foi facilitado e reduziu a necessidade de tratamento posterior com dexametasona.</p>
Danos potenciais	<p>Para crianças que recebem surfactante pode haver aumento do risco de apneia prematura, persistência do canal arterial e hemorragia pulmonar (SOLL; ÖZEK, 2010).</p> <p>A terapia precoce com corticosteróide (7 a 14 dias) pode causar efeitos adversos em um curto período de tempo, como hipertensão, hipercalcemia, sangramento gastrointestinal e infecções (HALLIDAY; REHRENKRANZ; DOYLE, 2003).</p>

Continua

Conclusão

Categories dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Não foram identificados estudos que avaliaram custo ou custo-efetividade da opção.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	<p>Na revisão de Onland e colaboradores (2011), não houve evidência sobre benefício do tratamento com corticosteróides para mulheres em risco de parto prematuro antes de 26 semanas de gestação.</p> <p>Os resultados de avaliações de longo termo são limitados, pois as crianças foram avaliadas predominantemente antes da idade escolar e não há estudos que detectem importantes resultados neurológicos (HALLIDAY; REHRENKRANZ; DOYLE, 2003).</p> <p>Não é claro se o prolongamento da gestação resulta em melhoria da saúde materna e da criança a longo termo. Similarmente, informações a respeito de danos potenciais da terapia da progesterona para prevenir parto prematuro são limitadas (DODD <i>et al.</i>, 2013).</p>
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	Os estudos analisaram o uso de corticosteróides em gestantes sob risco de parto prematuro (MWANSA-KAMBAFWILE <i>et al.</i> , 2010) e o uso de corticosteróides (HALLIDAY; REHRENKRANZ; DOYLE, 2003) e surfactante sintético em recém-nascidos com desconforto respiratório (SOLL; ÖZEK, 2010).
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Nenhum estudo reportou a percepção dos sujeitos afetados pela implementação de elementos da opção.

Fonte: Elaboração própria.

Opção 3 – Estabelecer um programa de planejamento familiar e de prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação

As equipes de atenção básica, articuladas a outros setores como educação e assistência social, devem estar preparadas para implantar ações de planejamento familiar, com atenção especial às adolescentes e usuárias de drogas.

Duas revisões sistemáticas contribuíram para delinear esta opção. No Quadro 3 é fornecido um resumo dos resultados chave desta evidência de investigação sintetizada. Para aqueles que querem saber mais sobre as revisões sistemáticas contidas no Quadro 3 (obter citações para as revisões), no Apêndice F encontra-se uma descrição mais completa das revisões sistemáticas.

Quadro 3 – Descrição da síntese das evidências relevantes para a opção 3, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas

Categories dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Yeakey e colaboradores (2009) concluíram que o uso de anticoncepcionais foi fator protetor contra curtos intervalos entre nascimentos. Um dos estudos incluídos nessa revisão sistemática mostrou evidência de maior chance de sobrevivência das crianças quando o intervalo entre as gestações era maior que 36 meses.</p> <p>Minozzi e colaboradores (2013) analisaram a manutenção de tratamento com opiáceos para gestantes dependentes, comparando o tratamento com metadona e buprenorfina e referiram que o tratamento com metadona parece superior em termos de manter a paciente em tratamento. Outros benefícios foram a redução de procura por drogas, de prostituição e de aquisição de uma doença sexualmente transmissível como HIV e hepatites.</p>

Continua

Conclusão

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Danos potenciais	Em relação ao tratamento de gestantes usuárias de drogas com opiáceos não foram identificadas complicações severas em neonatos monitorados por polissonografias; em contrapartida, uma criança do grupo da metadona teve apneia central e uma criança do grupo de morfina teve apneia obstrutiva (MINOZZI <i>et al.</i> , 2013). A buprenorfina parece acarretar um número menor de síndrome de abstinência neonatal (MINOZZI <i>et al.</i> , 2013).
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Não foram identificados estudos que avaliaram custo ou custo-efetividade da opção.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	Um estudo realizado no Paquistão constatou que as usuárias de contraceptivos tiveram um intervalo mais curto entre os nascimentos em comparação às não usuárias (YEAKEY <i>et al.</i> , 2009). O tratamento com metadona em comparação a buprenorfina não mostrou diferença significativa. Alguns estudos relatam que o tratamento com morfina oral de liberação lenta parece ser superior ao tratamento com a metadona uma vez que diminui abstinência de gestantes dependentes de heroína, porém há necessidade de mais pesquisas para avaliar as diferenças na comparação entre os tratamentos (MINOZZI <i>et al.</i> , 2013).
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	Na revisão de Yeakey e colaboradores (2009) a maioria dos estudos avaliou o efeito da prática contraceptiva no período de intervalo entre os nascimentos. Foram comparados grupos que usavam qualquer método contraceptivo (métodos tradicionais ou folclóricos, métodos naturais e métodos permanentes) com grupos de usuários que não utilizavam métodos contraceptivos. A revisão de Minozzi <i>et al.</i> (2013) comparou os efeitos de opiáceos com metadona e buprenorfina no tratamento da dependência química durante a gestação.
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Não foram reportados aspectos da percepção dos sujeitos.

Fonte: Elaboração própria.

Opção 4 – Implementar a educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério

A Educação em Saúde na gestação e no puerpério é uma ação importante para redução da mortalidade perinatal e deve ser implementada pelas equipes de Atenção Básica, por meio de grupos de gestantes e visitas domiciliares no puerpério, como forma de apoio socioemocional à gestante e à puérpera.

Três revisões sistemáticas contribuíram com elementos para esta opção. No Quadro 4 é fornecido um resumo dos resultados chave desta evidência de investigação sintetizada. Para aqueles que querem saber mais sobre as revisões sistemáticas contidas no Quadro 4 (obter citações para as revisões), no Apêndice G encontra-se uma descrição mais completa das revisões sistemáticas.

Quadro 4 – Descrição da síntese das evidências relevantes para a opção 4, segundo revisões sistemáticas/avaliações econômicas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	Prost e colaboradores (2013) compararam o efeito do aprendizado e de ações de grupos de mulheres participantes com mulheres que tiveram os cuidados usuais na gestação e no parto. Concluíram que quando houve a participação de pelo menos um terço das gestantes e adequada cobertura da população, a participação em grupos de aprendizagem com métodos ativos constituiu uma importante estratégia para melhorar a sobrevivência materna e neonatal em locais com poucos recursos.

Continua

Conclusão

Categories dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Gogia e Sachdev (2010) se a visita domiciliar para recém-nascidos por profissionais da saúde da comunidade pode reduzir a mortalidade neonatal e a natimortalidade. Os autores concluíram que os pacotes de intervenção constituídos de visitas domiciliares para o cuidado pré-natal e no puerpério, o tratamento de doenças e atividades de mobilização da comunidade estão associados com a redução da mortalidade neonatal e da natimortalidade.</p> <p>Yonemoto e colaboradores (2013) avaliaram escalas de visitas domiciliares puerperais de diferentes periodicidades. Mostraram que as visitas domiciliares podem promover a saúde infantil e a satisfação materna. No entanto, a frequência, tempo, duração e intensidade de tais visitas de cuidados pós-natais devem ser baseadas nas necessidades locais.</p>
Danos potenciais	Houve alguma evidência de que o cuidado pós-natal em casa pode reduzir a utilização de serviços de saúde infantil nas semanas seguintes ao nascimento (YONEMOTO <i>et al.</i> , 2013)
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Prost e colaboradores (2013) avaliaram os custos econômicos da intervenção de reunir grupos de mulheres, a partir de um projeto de custos (desde os custos para a criação do projeto até uma projeção final). Custos relacionados com serviços de saúde (reforço, monitoramento e avaliação) foram excluídos. Os custos financeiros foram analisados anualmente em toda a duração do projeto e foram analisados também os gastos que as mulheres tiveram ao serem encaminhadas a outras atividades ou programas.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	Visitas domiciliares com maior frequência não pareceram melhorar a saúde psicológica materna (YONEMOTO <i>et al.</i> , 2013).
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar)	<p>Prost e colaboradores (2013) compararam o efeito do aprendizado e de ações de grupos de mulheres participantes com mulheres que tiveram os cuidados usuais na gestação e no parto.</p> <p>Na revisão de Gogia e Sachdev (2010) os estudos incluíram um ou mais dos seguintes elementos: (1) promoção de práticas de cuidados neonatais ideais, tais como o aleitamento materno exclusivo e cuidado do cordão umbilical, (2) educação do cuidador para melhorar o reconhecimento de problemas neonatais, de risco de vida e para cuidados de saúde adequados, (3) identificação de sinais de doença neonatal grave e encaminhamento para uma unidade de saúde; ou (4) educação sobre saúde, higiene e segurança.</p> <p>Yonemoto e colaboradores (2013) avaliaram escalas de visitas domiciliares puerperais de diferentes periodicidades.</p>
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Mulheres questionadas sobre sua satisfação com os cuidados pós-natais mostraram-se muito satisfeitas com a sua experiência. O grupo que não recebeu os cuidados pós-natais de modo formal apresentou uma satisfação maior. O acompanhamento de um visitador de saúde colaborou com o aumento da satisfação das mulheres (YONEMOTO <i>et al.</i> , 2013).

Fonte: Elaboração própria.

Considerações sobre as opções relacionadas com a equidade

A implementação das opções de políticas deve levar em consideração que os problemas de saúde podem afetar de forma desproporcional determinados grupos da sociedade e que os benefícios, danos e custos das opções pode variar entre os grupos. Por se tratar de uma síntese de evidências voltada para a situação particular do município de Porto Feliz, as considerações aqui apresentadas são resultado de uma chuva de ideias entre os componentes da equipe que conhecem bem a realidade local.

Opção 1 – Adequar o manejo de exames complementares durante o pré-natal

O município de Porto Feliz está em fase de implantação da Rede Cegonha e esta é uma excelente ferramenta para o monitoramento das ações dessa opção. A comunicação da Atenção Básica com a Central de Vagas para o agendamento na data correta do exame de ultrassonografia (USG) é de extrema importância, tendo em vista que o município oferece a todas as gestantes o acesso ao pré-natal e a todos os exames necessários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A dificuldade está no agendamento da data adequada e no laudo do exame, que é muitas vezes incompleto. Em virtude desses acontecimentos, as mulheres com melhor renda realizam o exame em instituições privadas, fato que denota desigualdade no atendimento. A falta de capacitações para a realização do teste rápido (sífilis, HIV e hepatite B) em todas as UBS do município de Porto Feliz é um fator que gera iniquidades.

Opção 2 – Adotar um protocolo para prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido

Todas as gestantes têm acesso ao pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde e ao parto de baixa complexidade na Santa Casa de Misericórdia de Porto Feliz. Todas as mulheres que necessitarem dessa opção no município terão a mesma disponibilidade do tratamento. Porém, as gestantes de alto risco são encaminhadas para Unidades de Referência Regional e poderão não ter acesso ao protocolo.

Opção 3 – Estabelecer um programa de planejamento familiar e de prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação

Como a opção abrange o planejamento familiar com foco na prevenção da gravidez em adolescentes e na prevenção e tratamento da gestante usuária de drogas, para evitar iniquidades as ações devem ser realizadas nas escolas, e aqueles que estiverem fora da escola serão trabalhados pelas equipes do Centro de Referência da Assistência Social, Centro de Referência Especializada da Assistência Social e Comunidade (através de artesanato, teatro, futebol etc.). Para toda gestante usuária de drogas será acionada a equipe para discussão dos cuidados de forma multiprofissional.

Os pais que não forem a favor da atividade realizada na escola deverão assinar documento solicitando que o(a) filho(a) não participe das atividades. Nesses casos, os adolescentes não serão beneficiados diretamente com a opção.

Opção 4 – Implementar a educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério

A Educação em Saúde para a comunidade deve ter uma linguagem adequada e atender às necessidades de diferentes grupos da população, incluindo aqueles com baixo nível de escolaridade, avaliando suas necessidades e seu estilo de vida, crenças e valores, desejos, opções, vivências, respeitando o contexto sócio-político-cultural em que vivem. O município não tem uma cobertura de 100% de Estratégia de Saúde da Família, portanto o desenvolvimento de uma comunicação sobre os nascimentos entre a Maternidade e a Atenção Básica (principalmente para as áreas de UBS tradicionais) é muito importante para que a visita do puerpério seja realizada o mais breve possível.



Fonte: www.freepik.com.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES

As opções apresentadas não precisam necessariamente ser implementadas de forma conjunta e completa. A aplicação prática deve considerar a viabilidade local, inserindo-se na governabilidade da tomada de decisão. Também é importante considerar as barreiras à implementação das opções, especialmente aquelas localizadas no campo da organização do sistema e dos serviços, bem como as localizadas no campo da cultura e representações sociais dos usuários e trabalhadores de saúde. As possíveis dificuldades e formas de superá-las foram levantadas a partir de chuva de ideias entre os componentes da equipe de saúde de Porto Feliz.

Quadro 5 – Considerações sobre a implementação da opção 1

Níveis	Adequar o manejo de exames complementares durante o pré-natal
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	Para efetivar esta opção é importante aproveitar todas as oportunidades de contato com as gestantes. Elas podem ser abordadas sobre sinais e sintomas de trabalho de parto prematuro nas consultas médicas e de enfermagem, nos grupos de orientações e nas abordagens das visitas domiciliares realizadas mensalmente pelo Agente Comunitário de Saúde e orientadas a procurar um serviço de saúde quando houver qualquer intercorrência.
Trabalhadores de saúde	Os trabalhadores de saúde necessitam de capacitação para uso rotineiro do formulário de classificação de risco para parto prematuro e nas atividades a serem desenvolvidas em cada uma das avaliações do pré-natal e das visitas domiciliares. Há necessidade de treinamento também para realização do teste rápido para sífilis em todas as unidades, já que o número de trabalhadores da saúde habilitados ainda é insuficiente.
Organização de serviços de saúde	<p>É fundamental garantir um sistema de referência e contrarreferência entre Atenção Básica e Atenção Hospitalar oportuno e efetivo para aquelas pacientes que necessitem de visitas adicionais ou cuidados especiais.</p> <p>A melhora da comunicação entre a Atenção Básica e Atenção Hospitalar é necessária, incluindo um sistema de registro (carteira de gestante e uma pasta para os exames), como também a implantação do prontuário eletrônico.</p> <p>A provisão de corticosteroides deve ser programada para sua administração no pré-natal a todas as mulheres com risco de parto prematuro em todos os serviços de saúde que atendem gestantes e que assistem partos.</p>

Continua

Conclusão

Níveis	Adequar o manejo de exames complementares durante o pré-natal
Organização de serviços de saúde	<p>As UBS necessitam de preparo para o atendimento de gestantes usuárias de drogas. Em decorrência do Município de Porto Feliz ter condições socioeconômicas relativamente boas, os exames de ultrassom e cardiotocografia estão disponíveis no pronto socorro municipal e não haveria objeções para a implantação da padronização de laudos e do formulário de avaliação de risco para gestantes pela Secretaria Municipal.</p> <p>Ferramentas de auditoria e feedback, poderiam aumentar a adesão a protocolos clínicos relacionados com essa opção (IVER, 2012).</p>
Sistemas de saúde	<p>É necessário melhorar o financiamento para implantação do prontuário eletrônico e capacitações anuais para os sistemas para melhor captação dos dados.</p> <p>Recursos são necessários também para aquisição de um aparelho de USG de melhor qualidade para a Santa Casa de Misericórdia de Porto Feliz.</p> <p>Além disso, é importante prever recursos financeiros para capacitação na padronização de laudos de USG obstétrica, para realizar o teste rápido de sífilis e para implantar o formulário de avaliação de risco.</p> <p>Organização da referência do município de Porto Feliz somente para casos de baixa complexidade do município de Iperó precisa ser implantada.</p> <p>Mecanismos de referência e contrarreferência, assim como garantia de transporte sanitário adequado para hospitais de referência de maior complexidade em tempo oportuno devem ser assegurados.</p>

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 6 – Considerações sobre a implementação da opção 2

Níveis	Opção 2 – Adotar um protocolo para prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	<p>Espera-se que no início do atendimento pré-natal as mulheres sejam informadas sobre o resultado da classificação de risco, número de consultas, exames, grupos de apoio, de modo que as dúvidas e preocupações sejam sanadas. A falta de esclarecimento da gestante sobre o resultado dos exames pode acarretar em falha no tratamento. As pacientes usuárias de drogas necessitam de monitoramento mais rigoroso, uma vez que elas têm uma probabilidade maior de dar à luz criança com baixo peso ao nascer e uma menor adesão ao pré-natal.</p> <p>É importante que as mulheres sejam instruídas sobre os fatores de risco e os sinais de alerta de uma ameaça de parto prematuro que permitam a consulta oportuna ao sistema de saúde. Assim, se antecipam as barreiras de comunicação e acesso (BRASIL, 2012).</p>
Trabalhadores de saúde	<p>Os profissionais médicos necessitam de capacitação para o uso de protocolo clínico relacionado à prevenção e ao tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido, para padronização e conduta.</p>
Organização de serviços de saúde	<p>É fundamental contar com número de recursos humanos suficientes e capacitados para detecção precoce de qualquer alteração durante a gestação a fim de administrar o tratamento de forma oportuna.</p> <p>As organizações de saúde precisam estar preparadas para realizar o monitoramento e avaliação dos resultados obtidos a partir da implementação dessa opção, usando parâmetros validados de acompanhamento e diagnóstico da evitabilidade do óbito (BRASIL, 2015).</p>

Continua

Conclusão

Níveis	Opção 2 – Adotar um protocolo para prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido
Sistemas de saúde	Implantar a avaliação e monitoramento dos resultados através do SISPRENATAL (sistema de informações já existente no município) e prontuário eletrônico (em fase de implantação) é etapa importante para monitoramento do processo.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 7 – Considerações sobre a implementação da opção 3

Níveis	Opção 3 – Estabelecer um programa de planejamento familiar e de prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	<p>São necessários esforços de mobilização em reuniões de pais para fortalecer a ideia do planejamento familiar para adolescentes. Argumenta-se que geralmente são os pais que não aceitam esse tipo de trabalho, dizendo que a escola está incentivando a atividade sexual. Muitas escolas deixam de realizar a atividade devido a essa queixa dos pais. Porém, não realizar essa atividade pode trazer problemas muito maiores.</p> <p>A mobilização de apoio no nível comunitário, como em grupos de planejamento familiar, pode contribuir para a conscientização e adesão aos mesmos.</p> <p>As mulheres usuárias de drogas não têm uma boa adesão ao pré-natal e, portanto, precisam ser monitoradas e atendidas em qualquer unidade de saúde sem agendamento prévio.</p>
Trabalhadores de saúde	<p>A articulação com trabalhadores de outras secretarias necessita de aprimoramento, pois sua falta pode consistir em barreira para a efetividade dessa opção.</p> <p>A dificuldade de adesão da gestante usuária de drogas ao pré-natal e ao tratamento é um dos temas que precisa ser abordado nas capacitações e o trabalho intersetorial deve estar bem articulado.</p> <p>É importante também capacitar os profissionais de saúde da Atenção Primária para a abordagem do atendimento ao adolescente, gestante usuária de drogas e para atividades de planejamento familiar.</p>
Organização de serviços de saúde	<p>Há necessidade de que os setores envolvidos do município estejam preparados para realizar o monitoramento e avaliações dos resultados obtidos. A falta de informatização das unidades de saúde e de integração entre redes intersetoriais é uma barreira, pois, sem a informatização as equipes têm que se reunir com maior frequência para obtenção dos dados das atividades de cada secretaria.</p> <p>No setor Saúde é preciso assegurar que o planejamento familiar seja parte integral dos protocolos básicos de saúde da mulher, do homem e do adolescente. Além disso, há necessidade de garantir esclarecimento sobre métodos contraceptivos e a provisão dos insumos necessários para todos os que forem atendidos pelos serviços. Esforços adicionais são necessários para promover e ampliar o acesso dos adolescentes ao planejamento familiar na Atenção Básica.</p> <p>Promover o acesso ao tratamento de gestantes usuárias de drogas é fundamental, pois o município ainda não desenvolve nenhuma atividade relacionada a essa questão.</p>
Sistemas de saúde	<p>A integração entre as secretarias municipais para o desenvolvimento de políticas públicas com temas específicos ainda é um processo novo e deve ser incentivado pelos gestores municipais a fim de se obter resultados alinhados no que se refere aos níveis institucional, organizacional e político para implementação das ações.</p> <p>Possíveis dificuldades podem ser encontradas em se obter financiamento para a implantação de sistema de informação integrado em curto prazo.</p> <p>Uma das formas de disseminação das políticas públicas é através da rádio local em linguagem acessível para os moradores do município.</p> <p>O êxito da intervenção parece depender mais do compromisso político e da capacidade organizativa do que da disponibilidade de recursos (BRASIL, 2012).</p>

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 8 – Considerações sobre a implementação da opção 4

Níveis	Opção 4 – Implementar a educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério
Pacientes/ indivíduos/ tomadores de decisão	<p>Os usuários devem ter acesso à informação com uma linguagem clara, em que o grupo de gestantes resulte em trocas de experiências e no compartilhamento de sentimentos. O grupo é uma maneira de criar vínculo, fato que resulta em uma melhor assistência para as gestantes. A possibilidade de tirar dúvidas, falar sobre os medos e dificuldades demonstra a importância da abertura ao diálogo nas ações educativas.</p> <p>A adesão das gestantes que trabalham deve ser avaliada e organizada de forma que as gestantes não precisem ir várias vezes à UBS.</p> <p>A gestante que for permanecer em outro domicílio após o parto deve informar a equipe de saúde durante o pré-natal, para que a mesma realize a comunicação com a UBS correspondente e o planejamento da visita do puerpério.</p>
Trabalhadores de saúde	Os profissionais de saúde devem receber capacitações para trabalhar com grupos de gestantes e padronizar os cuidados em visitas domiciliares em relação aos cuidados com o recém-nascido.
Organização de serviços de saúde	<p>A implantação de comunicação entre as diversas UBS, a padronização de protocolos clínicos e a implantação do monitoramento das ações farão com que todas as UBS desenvolvam atividades semelhantes no município.</p> <p>A possibilidade de realização de grupos de gestantes nos dias de consulta agendada facilitaria a participação das gestantes que trabalham.</p>
Sistemas de saúde	A melhora da comunicação com linguagem acessível através da rádio local e jornais, informando as atividades e a importância dos grupos e visitas domiciliares com o enfoque na prevenção da mortalidade infantil pode auxiliar a implantação destas ações.

Fonte: Elaboração própria.



REFERÊNCIAS

- BIREME. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Portal Regional da BVS. **Morte Perinatal/Perinatal Death/Muerte Perinatal**. [2019a]. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&tree_id=C13.703.572&term=morte+perinatal. Acesso em: 15 jul. 2019.
- BIREME. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Portal Regional da BVS. **Morte Fetal/Fetal Death/Muerte Fetal**. [2019b]. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&tree_id=C13.703.223&term=%C3%B3bito+fetal. Acesso em: 15 jul. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores de mortalidade: C.1 Taxa de mortalidade infantil: ficha de qualificação**. [2019a]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htm>. Acesso em: 27 jul. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores de mortalidade: C.2 Taxa de mortalidade neonatal precoce: ficha de qualificação**. [2019b]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc02.htm>. Acesso em: 27 jul. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF: MS, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de Evidência para Políticas de Saúde: reduzindo a mortalidade perinatal**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2015. 44 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sitense_evidencias_politicas_saude_reduzindo_mortalidade_2ed.pdf. Acesso em: 17 mar. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de Evidência para Políticas de Saúde: mortalidade perinatal**. Brasília, DF: MS, 2012. 43 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_mortalidade_perinatal.pdf. Acesso em: 24 jun. 2015.
- DODD, J. M. *et al.* Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 7, p. CD004947, July 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23903965>. Acesso em: 24 jun. 2015.
- GOGIA, S.; SACHDEV, H. S. Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, [s. l.], v. 88, n. 9, p. 658-666B, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2930362/pdf/BLT.09.069369.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2014.
- HALLIDAY, H. L.; REHRENKRANZ, R. A.; DOYLE, L. W. Moderately early (7-14 days) postnatal corticosteroids for preventing chronic lung disease in preterm infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12535400>. Acesso em: 24 jun. 2015.
- IMDAD, A. *et al.* Screening and triage of intrauterine growth restriction (IUGR) in general population and high risk pregnancies: a systematic review with a focus on reduction of IUGR related stillbirths. **BMC Public Health**, [s. l.], n. 11, p. 1-12, 2011. Suppl. 3. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-11-S3-S1>. Acesso em: 12 nov. 2015.

IVERS, N. *et al.* Audit and feedback: effect on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 13, n. 6, June 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22696318>. Acesso em: 12 nov. 2015.

LANSKY, S. *et al.* **A mortalidade infantil: tendências da mortalidade neonatal e pósneonatal em 20 anos do SUS.** Brasília, DF: MS, 2009.

MINOZZI, S. *et al.* Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 12, 2013. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006318.pub3/epdf/full>. Acesso em: 12 jul. 2015.

MWANSA-KAMBAFWILE, J. *et al.* Antenatal steroids in preterm labour for the prevention of neonatal deaths due to complications of preterm birth. **International Journal of Epidemiology**, [s. l.], v. 39, p. 122-133, 2010. Suppl. 1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845868/>. Acesso em: 24 jun. 2015.

ONLAND, W. *et al.* Effects of antenatal corticosteroids given prior to 26 weeks' gestation: a systematic review of randomized controlled trials. **American Journal of Perinatology**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 33-44, 2011.

PNUD (Brasil). **Reduzir a mortalidade na infância.** ©2020. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/ODM4.aspx>. Acesso em: 31 mar. 2015.

PROST, A. *et al.* Women's groups practicing participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. **Lancet**, [s. l.], n. 381, p. 1736-1746, 2013.

SHAHROOK, S. *et al.* Strategies of testing for syphilis during pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 10, Oct. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25352226>. Acesso em: 24 jun. 2015.

SOLL, R.; ÖZEK, E. Prophylactic protein free synthetic surfactant for preventing morbidity and mortality in preterm infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 1, Jan. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091513>. Acesso em: 24 jun. 2015.

UNICEF. **The state of the world's children 2007: women and children: the double dividend of gender equality.** New York: UNICEF, 2006. 160 p. Disponível em: https://www.unicef.org/publications/files/The_State_of_the_Worlds_Children_2007_e.pdf. Acesso em: 2 ago. 2019.

VICTORA, C. G. *et al.* Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **Lancet**, [s. l.], p. 90-102, 2011. Suppl. 6. Disponível em: http://www6.enp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde_Celia%20Almeida_2011.pdf. Acesso em: 19 mar. 2020.

WHITWORTH, M.; BRICKER, L.; MULLAN, C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 5, 2015. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007058.pub3/epdf/full>. Acesso em: 12 jul. 2019.

YEAKEY, M. P. *et al.* How contraceptive use affects birth intervals: results of a literature review. **Studies in Family Planning**, [s. l.], v. 40, n. 3, p. 205-214, 2009.

YONEMOTO, N. *et al.* Schedules for home visits in the early postpartum period. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 7, p. 1-94, July 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23881661>. Acesso em: 24 jun. 2015.

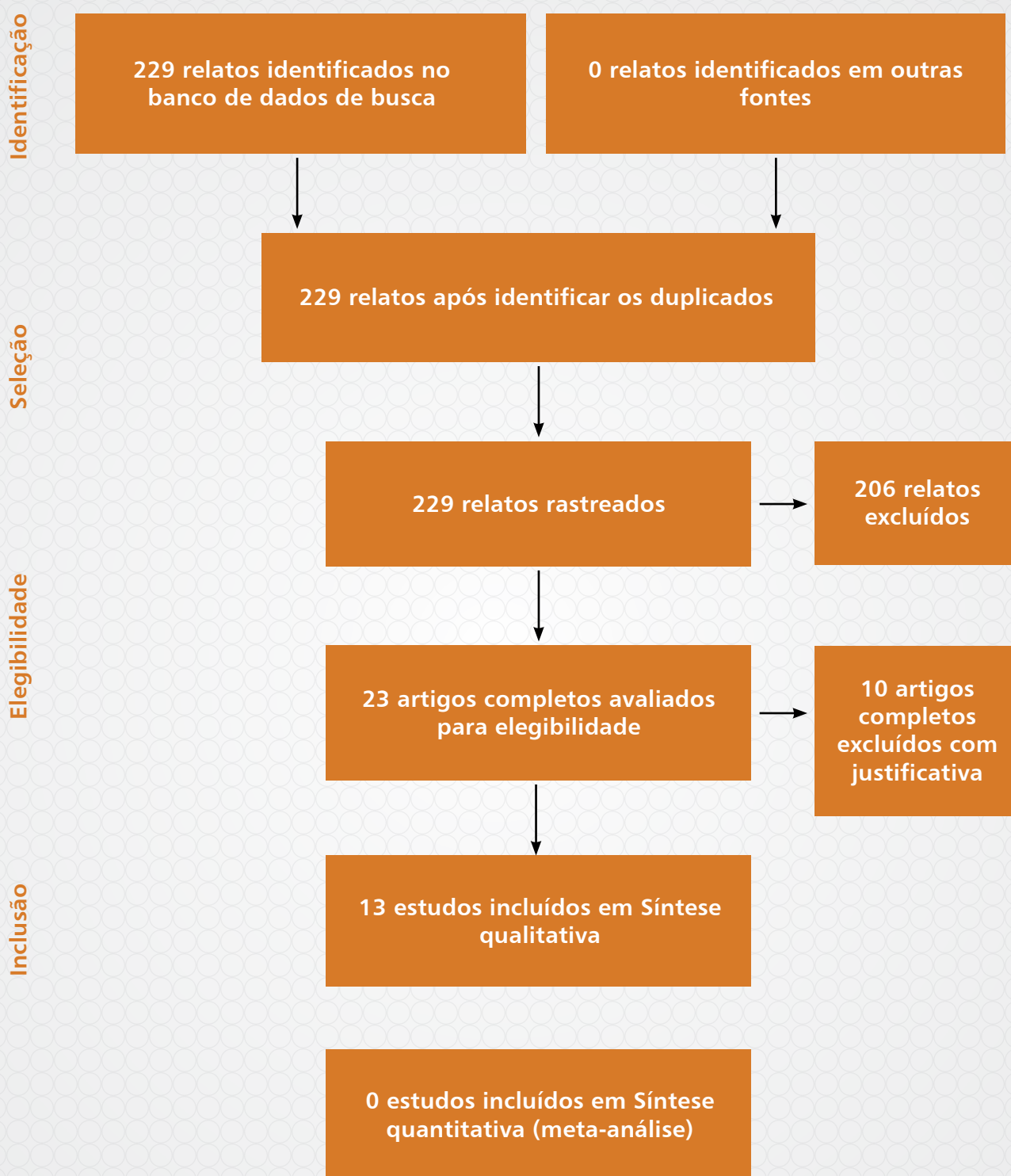
APÊNDICES

Os quadros a seguir fornecem informações detalhadas sobre as revisões identificadas. Cada linha do quadro corresponde a uma revisão ou estudo em particular. A revisão é identificada na primeira coluna; a segunda coluna descreve a intervenção analisada; os objetivos da revisão estão descritos na terceira coluna e as principais conclusões do estudo que se relacionam com a opção estão listadas na quarta coluna. As colunas restantes referem-se à avaliação da qualidade global metodológica da revisão utilizando o instrumento A Measurement Tool to Assess the Methodological Quality of Systematic Reviews (AMSTAR) que avalia a qualidade global usando uma escala de 0 a 11, onde 11/11 representa uma revisão da mais alta qualidade. No entanto, sempre que algum aspecto do instrumento não se aplicou ou não pode ser avaliado e a revisão foi considerada relevante, o denominador do escore AMSTAR será diferente de 11. É importante notar que a ferramenta AMSTAR foi desenvolvida para avaliar revisões sistemáticas de estudos sobre intervenções clínicas e não os aspectos de políticas analisados nessa síntese de evidências, como arranjos de governança, financiamento, provisão de serviços e implementação de estratégias no âmbito dos sistemas de saúde. Portanto, notas baixas não refletem, necessariamente, que uma revisão sistemática tenha má qualidade. Ademais uma revisão sistemática com alto escore pelo AMSTAR pode conter evidência de baixa qualidade, dependendo do desenho metodológico e da qualidade geral dos estudos primários incluídos nesta revisão, e vice-versa. As demais colunas trazem a proporção dos estudos que incluíram a população-alvo, a proporção dos estudos que foram realizados em cenários/países de baixa ou média renda (Low and Middle Income Countries - LMIC), a proporção dos estudos com foco no problema e o último ano da busca para inclusão de estudos na revisão respectiva.

Apêndice A – Quadro com as bases de dados e estratégias de buscas utilizadas para recuperação dos estudos para identificação das opções

Base de dados	Estratégia de busca	Resultado	Data
BVS	"mortalidade fetal" or "fetal mortality" or "mortalidade neonatal" or "neonatal mortality" or "mortalidade perinatal" or "perinatal mortality" or (("mortalidade fetal" or "fetal mortality" or "mortalidade neonatal" or "neonatal mortality" or "mortalidade perinatal" or "perinatal mortality") and (antenatal or "ante natal" or "prenatal" or "pré-natal"))	220	23/06/2015
HSE	mortalidade perinatal or perinatal mortality.	9	23/06/2015

Apêndice B – Fluxograma do processo de inclusão dos estudos



Fonte: Elaboração própria.

NOTA: A forma de apresentação do processo de inclusão dos estudos, *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement* (PRISMA). A versão em português do checklist e flowchart estão disponíveis em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>

Apêndice C – Quadro com os estudos excluídos após leitura completa

Autor	Estudo	Ano do estudo	Motivo da Exclusão
Grivell, R. M.	Regimens of fetal surveillance for impaired fetal growth. Cochrane database of systematic reviews issue Chichester	2009	Ter somente um estudo encontrado na revisão, sem resultados relevantes para os interesses desta síntese.
Hunt, R.	Replacement of estrogens and progestins to prevent morbidity and mortality in preterm infants	2005	Baixo número de estudos encontrados.
Jahanfar, S.	Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women	2013	Não ter evidência em relação ao foco do problema da síntese de evidência.
Lasswell, S. M.	Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a meta-analysis	2010	Não é de responsabilidade do município a assistência a partos de alto risco.
Lutomski, J. E.	Expert systems for fetal assessment in labour	2013	A ação sugerida não se aplica ao contexto municipal.
Mangesi, L.	Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing	2007	A ação sugerida não se aplica ao contexto municipal.
Matchaba, C.	Corticosteroids for HELLP syndrome in pregnancy	2004	Não é de responsabilidade do município a assistência a partos de alto risco.
Soll, R.	Synthetic surfactant for respiratory distress syndrome in preterm infants	1998	Mesmo autor e ano com a mesma linha de pesquisa
Thaver, D.	The effect of community health educational interventions on newborn survival in developing countries	2009	Estudo não finalizado.

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice D – Revisões sistemáticas sobre a opção 1 – Adequar o manejo de exames complementares durante o pré-natal

Autor	Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
Whitworth <i>et al.</i> , 2015	Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy.	Ultrassom para a avaliação fetal no início da gravidez	Avaliar se a rotina de ultrassons para a avaliação fetal precoce (ou seja, a sua utilização como uma técnica de rastreio) influencia o diagnóstico de mal formações fetais, gestações múltiplas, a taxa de intervenções clínicas e a incidência de resultados fetais adversos quando comparado com a utilização seletiva de ultrassom (para indicações específicas).	Ultrassonografia para avaliação fetal no início da gravidez reduz a falha de detecção de gravidez múltipla até 24 semanas de gestação. USG antes de 24 semanas de gestação, detecta anormalidade fetal importante. USG de rotina está associado com uma redução de induções de trabalho de parto considerado “pós termo”. USG de rotina não parece estar associada com a redução de resultados adversos para bebês. A longo prazo o acompanhamento de crianças expostas ao USG obstétrico não indica que os exames têm um efeito negativo sobre o desenvolvimento físico e cognitivo das crianças.	9/11	7/11	2/11	11/11	2015
Imdad <i>et al.</i> , 2011	Screening and triage of intrauterine growth restriction (IUGR) in general population and high risk pregnancies: a systematic review with a focus on reduction of IUGR related stillbirths	Triagem para avaliação do crescimento intrauterino restrito -CIUR na população em geral e gestações de alto risco: uma revisão sistemática com foco na redução de natimortos CIUR relacionados	Avaliar as intervenções de triagem e de vigilância que podem ajudar a prevenir natimortos associados com CIUR.	Não há evidências suficientes para recomendar contra ou a favor o uso rotineiro do monitoramento dos movimentos fetais. Uma forma de detectar o CIUR é o acompanhamento do IMC materno, medição da altura uterina e ultrassom. Essas medidas podem ser um método eficaz para reduzir CIUR relacionado com a morbidade e mortalidade perinatal. Resultados obtidos a partir de 16 estudos mostram que Doppler das artérias umbilicais e fetais em gestações “alto risco”, juntamente com a intervenção apropriada, pode reduzir mortalidade perinatal em 29%. As medidas recomendadas (IMC materno, medição da altura uterina e ultrassom) e o acompanhamento adequado da gestante poderiam reduzir potencialmente em 20%, respectivamente, os natimortos.	7/11	30/30	2/30	30/30	2011
Shahrook <i>et al.</i> , 2014.	Strategies of testing for syphilis during pregnancy	Estratégia de teste rápido para sífilis durante a gravidez	Avaliar a eficácia da detecção do teste rápido da sífilis no pré-natal tratamento para redução da mortalidade perinatal.	O teste rápido da sífilis mostrou alguns resultados promissores para a detecção de sífilis e aumento das taxas de tratamento em diferentes contextos. Na Mongólia o teste rápido foi eficaz no aumento da proporção de mulheres grávidas testadas para sífilis e o tratamento previsto, reduzindo a sífilis congênita e promovendo melhora do acesso ao tratamento para as mulheres e seus parceiros. Em contraste, na área rural da África do Sul, entre as mulheres com resultados positivos, não houve evidência clara no aumento das taxas de tratamento adequado para sífilis e a redução da mortalidade perinatal. Mas o teste rápido reduziu a demora da busca do tratamento.	8/11	1/2	2/2	2/2	2014

Fonte: Elaboração própria.

NOTA:

[Países de baixa e média renda (*Low- and Middle -Income Countries* (LMIC), em inglês, disponível em: <https://data.worldbank.org/country/brazil?locale=pt>].

Apêndice E – Revisões sistemáticas sobre a opção 2 – Adotar um protocolo para prevenção e tratamento do desconforto respiratório do recém-nascido

Autor	Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
Mwan-saKamba-fwile <i>et al.</i> , 2010	Antenatal steroids in preterm labour for the prevention of neonatal deaths due to complications of preterm birth	Uso de esteróides no pré-natal em gestante com trabalho de parto prematuro para prevenção da mortalidade neonatal	Estimar o efeito da administração de esteróides pré-natais para as mulheres em trabalho de parto prematuro sobre a mortalidade neonatal e uma análise adicional para o efeito em países de baixa e média renda.	Foram encontrados 42 estudos, incluindo 18 estudos randomizados (14 em países de alta renda) em uma meta-análise da Cochrane, a qual sugere que os esteróides pré-natais diminuem a mortalidade neonatal entre os recém-nascidos prematuros (<36 semanas de gestação) em 31% (RR) 0.69; IC 95% 0,58 - 0,81. Meta-análise de quatro ensaios clínicos randomizados de países de renda média sugere a redução de mortalidade em 53% (RR 0.47; IC 95 % 0,35 - 0,64) e 37% na redução da morbidade (RR 0.63; IC95% 0,49-0,81).	8/11	37/42	4/42	42/42	2010
Onland <i>et al.</i> , 2011	Effects of antenatal corticosteroids given prior to 26 weeks' gestation: a systematic review of randomized controlled trials	Efeitos de corticosteróides prescritos antes de 26 semanas de gestação: uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados	Determinar o efeito da administração de corticosteróides no pré-natal em gestantes com risco de parto prematuro inferior a 26 semanas em relação à mortalidade fetal e neonatal e nas sequelas neurológicas mentais e pulmonares.	Foram utilizados 9 estudos randomizados. Nenhum dos estudos reporta o efeito do corticosteroide no pré-natal em gestantes com idade gestacional inferior a 26 semanas. O uso de meta-análise e meta-regressão nos estudos disponíveis sugerem que a terapia de corticosteroide poderá ter um benefício menor nos efeitos da mortalidade fetal e neonatal e na síndrome do desconforto respiratório quando aplicado para pacientes com idade gestacional inferior a 28 semanas.	6/11	9/9	Não reportado	9/9	2011
Halliday <i>et al.</i> , 2009	Moderately early (7-14 days) postnatal corticosteroids for preventing chronic lung disease in preterm infants	Corticosteroide pós-natal precoce (7-14 dias) para evitar a doença pulmonar crônica em prematuros	Determinar se o início (7-14 dias) de tratamento com corticosteroide pós-natal vs controle (placebo ou nada) é benéfico na prevenção e ou tratamento de doença pulmonar crônica no bebê prematuro	Sete estudos envolvendo um total de 669 participantes eram elegíveis para inclusão nesta revisão. O tratamento com esteróides reduziu a mortalidade nos primeiros 28 dias, reduziu a mortalidade e a doença crônica dos pulmões entre 28 dias a 36 semanas. O desmame da ventilação foi facilitado e a necessidade de tratamento posterior dexametasona foi reduzida. Não houve efeito significativo sobre as taxas de pneumotórax, ROP grave, ou NEC. Os efeitos adversos incluíram hipertensão, hiperglicemia, sangramento gastrointestinal, cardiomiopatia hipertrófica e infecção. Havia poucos dados de quatro estudos de longo prazo de seguimento; estes não mostraram evidência de um aumento nos resultados neurológicos adversos.	8/11	7/7	Não reportado	7/7	2009
Dodd <i>et al.</i> , 2007	Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth	Administração de progesterona para evitar parto prematuro em mulheres consideradas em risco de parto prematuro	Avaliar os benefícios e malefícios de administração de progesterona durante a gravidez na prevenção de parto prematuro.	Para todas as mulheres com administração de progesterona, houve uma redução do risco de parto prematuro inferior a 37 semanas (seis estudos, 988 participantes, RR 0,65; IC95% 0,54-0,79 e nascimento pré-termo inferior a 34 semanas (um estudo, 142 participantes, RR 0,15, IC 95% 0,04-0,64). Bebês nascidos de mães que receberam a progesterona eram menos propensos a ter peso ao nascer menor que 2500 gramas (quatro estudos, 763 bebês, RR 0,63, IC 95% 0,49-0,81) ou hemorragia intraventricular (um estudo, 458 lactentes, RR 0,25, IC 95% 0,08-0,82). Não houve diferença na morte perinatal entre mulheres com administração de progesterona e aqueles administrados placebo (cinco estudos, 921 participantes, RR 0,66, IC 95% 0,37-1,19). Não houve outras diferenças relatadas	7/11	7/11	Não reportado	11/11	2007
Soll <i>et al.</i> , 2009	Prophylactic protein free synthetic surfactant for preventing morbidity and mortality in preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews	Profilaxia com surfactante sintético isento de proteína para prevenir a morbidade e mortalidade em recém-nascidos prematuros	Avaliar o efeito da administração profilática de surfactante sintético livre (SS) sobre a mortalidade, doença pulmonar crônica e outras morbidades associadas à prematuridade em recém-nascidos prematuros em risco de desenvolver SDR.	Administração intratraqueal profilática do surfactante sintético livre para lactentes de risco de desenvolvimento de síndrome do desconforto respiratório tem demonstrado melhora do resultado clínico. Os bebês que recebem surfactante profilático têm um menor risco de pneumotórax, uma diminuição do risco de enfisema intersticial pulmonar e uma diminuição do risco de mortalidade neonatal. Os bebês que recebem surfactante sintético livre (SS) têm um risco aumentado de desenvolver a persistência do canal arterial e hemorragia pulmonar.	8/11	3/7	Não reportado	7/7	2009

Fonte: Elaboração própria.

NOTA:

[Países de baixa e média renda (*Low- and Middle -Income Countries* (LMIC), em inglês, disponível em: <https://data.worldbank.org/country/brazil?locale=pt>].

Apêndice F – Revisões sistemáticas sobre a opção 3 – Estabelecer um programa de planejamento familiar e de prevenção e tratamento de uso de drogas ilícitas na gestação

Autor	Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
Yeakey <i>et al.</i> , 2009	How contraceptive use affects birth intervals: results of a literature review	Como o uso de contraceptivos afeta intervalos de nascimento: resultados de uma revisão da literatura	Avaliar o efeito do contraceptivo usado sobre a mortalidade neonatal e infantil por meio de uma revisão sistemática de literatura sobre contracepção, intervalos entre os nascimentos, e os resultados perinatais.	Os resultados sugeriram que o uso de contraceptivos foi protetor contra intervalos curtos entre os nascimentos; no entanto, os estudos tiveram limitações metodológicas.	5/11	3/14	12/14	Não foram encontrados estudos que relacionassem a intervenção com mortalidade infantil	2009
Minozzi <i>et al.</i> , 2013	Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women	Manutenção de tratamentos com opiáceos para gestantes dependentes químicas	Avaliar a eficácia de qualquer tratamento de manutenção de opiáceos em gestante sem / com intervenção psicossocial em comparação com nenhuma intervenção, ou com outra intervenção farmacológica ou intervenções psicossociais para o estado de saúde infantil, mortalidade neonatal, mantendo mulheres grávidas em tratamento e redução do uso de drogas.	O estudo compara o tratamento com metadona e a buprenorfina e refere que o tratamento com metadona parece superior em termos de manter o paciente em tratamento. Outro benefício inclui a redução de procura para drogas, prostituição e redução da contração de uma doença sexualmente transmissível como HIV e hepatites. A buprenorfina parece apresentar menos síndrome de abstinência neonatal. Metadona X buprenorfina: a taxa de abandono do tratamento foi menor no grupo metadona (razão de risco (RR) 0,64, IC 95% 0,41-1,01, três estudos, 223 participantes). Não houve diferença estatisticamente significante no uso de substância primária entre metadona e buprenorfina (RR1,81;IC95%0,70-4,69, dois estudos, 151 participantes). Para ambos, foi julgado baixa a qualidade da evidência.	9/11	1/4	Não reportado	4/4	2013

Fonte: Elaboração própria.

NOTA:

[Países de baixa e média renda (*Low- and Middle -Income Countries* (LMIC), em inglês, disponível em: <https://data.worldbank.org/country/brazil?locale=pt>].

Apêndice G – Revisões sistemáticas sobre a opção 4 – Implementar a educação em saúde e visita domiciliar no pré-natal e puerpério

Autor	Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em LMIC e demais países	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
Gogia <i>et al.</i> , 2010	Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review	Visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde para evitar mortes neonatais nos países em desenvolvimento: uma revisão sistemática	Avaliar se as visitas domiciliares para o cuidado neonatal por agentes comunitários de saúde podem reduzir a mortalidade neonatal em cenários de baixa renda.	Foram incluídas 5 revisões sistemáticas. A revisão foi realizada com países do Sul Asiático, onde apresentam uma mortalidade neonatal elevada e falta de acesso a cuidados de saúde. Avaliaram que os pacotes de intervenção que são: as visitas domiciliares para o cuidado pré-natal, as visitas do puerpério, tratamento de doenças e atividades de mobilização da comunidade, estão associadas com a redução da mortalidade neonatal e natimortos. Apenas um estudo registrou óbitos infantis.	8/11	5/5	5/5	5/5	2010
Yonemoto <i>et al.</i> , 2013	Schedules for home visits in the early postpartum period	Horários de visitas domiciliares no período pós-parto	Avaliar os resultados das visitas puerperais que mulheres e crianças que receberam e suas diferenças. A avaliação centra-se sobre a frequência de visitas domiciliares, a duração (quando terminou as visitas) e intensidade, e em diferentes tipos de intervenções de visitas domiciliares	Foram incluídos 12 estudos randomizados com dados de mais de 11.000 mulheres. Os ensaios foram realizados em países ao redor do mundo e em ambas as configurações de alta e baixa de renda. As visitas puerperais domiciliares podem promover a saúde infantil e satisfação materna. No entanto, a frequência, tempo, duração e intensidade de tais visitas de cuidados pós-natal devem ser baseadas nas necessidades locais.	7/11	2/12	4/12	12/12	2013
Prost <i>et al.</i> , 2013	Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis	Grupos de mulheres que praticam a aprendizagem participativa e ação para melhorar a saúde materna e neonatal em ambientes de baixa renda: uma revisão sistemática e meta-análise	Comparar o efeito do aprendizado e de ações de grupos de mulheres participantes com mulheres que tiveram os cuidados usuais na gestação e no parto em países de baixa renda.	Avaliaram que quando houve a participação de pelo menos um terço das mulheres grávidas e adequada cobertura da população, os grupos de mulheres que praticam a aprendizagem participativa constituíram uma importante estratégia para melhorar a sobrevivência materna e neonatal em locais com poucos recursos.	8/11	7/7	7/7	7/7	2012

Fonte: Elaboração própria.

NOTA:

[Países de baixa e média renda (*Low- and Middle -Income Countries* (LMIC), em inglês, disponível em: <https://data.worldbank.org/country/brazil?locale=pt>].



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL