



MORTALIDADE PERINATAL

Síntese de
Evidências
para Políticas
de Saúde

Acesse:
<http://brasil.evipnet.org>



Brasília
Junho 2012

© 2012 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>.

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 200 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Departamento de Ciência e Tecnologia

Esplanada dos Ministérios

Bloco G Edifício Sede 8º andar sala 849

70058-900 Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-3197

Fax.: (61) 3315-3850

Homepage: <http://www.saude.gov.br/sctie>

Organização e Elaboração:

Jorge Otávio Maia Barreto

Carmen Verônica Mendes Abdala

Alfredo Schechtman

Edgardo Abalos

Nathan Mendes Souza

Equipe Técnica:

Wânia Ribeiro Fernandes

Jessica Alves Rippel

Eliana Carlan

Gustavo Lins

Normalização

Cláudio Vinícius Oliveira Nazareno - Editora MS

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

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

Departamento de Ciência e Tecnologia.

Síntese de evidências para políticas de saúde : mortalidade perinatal. – Brasília :

Ministério da Saúde, 2012.

43 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN

1. Saúde pública. 2. Política de saúde. 3. Mortalidade perinatal. 4. Rede EVIPNet. I. Título. II. Série.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2012/0214

Títulos para indexação:

Em inglês: Policy brief: perinatal mortality pretern fetal

Em espanhol: Policy brief: mortalidad perinatal

Agradecimentos

Aos participantes da Oficina para elaboração de sínteses de evidências promovida pelo Ministério da Saúde e OPAS/OMS, em Brasília (2009), pela contribuição dada na discussão inicial de definição do problema e possíveis opções de enfrentamento.

Ao Decit/MS pela adesão à Iniciativa EVIPNet, e à Coordenação-Geral de Gestão do Conhecimento do Decit/MS pela coordenação do Projeto EVIPNet Brasil.

Sumário

MENSAGENS CHAVE	05
Qual é o problema?	05
Considerações acerca das opções propostas	06
CONTEXTO E ANTECEDENTES	07
DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	08
Evolução da mortalidade infantil no Brasil	08
Ações para a redução da mortalidade infantil perinatal	10
Evitabilidade dos óbitos infantis no Brasil	11
CONSIDERAÇÕES SOBRE A EQUIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES	11
Mortalidade perinatal como indicador de qualidade e de acesso dos serviços de saúde	11
Mortalidade infantil no Brasil, avanços e desigualdades	11
OPÇÕES PARA ENFRENTAR O PROBLEMA	12
Opção 1 - Protocolo Clínico para o manejo do acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS)	13
Opção 2 - Aumento do intervalo de tempo entre gestações	18
Opção 3 - Presença de acompanhante para suporte à gestante durante o parto	22
Opção 4 - Uso de corticosteróides para prevenir desconforto respiratório em prematuros	27
ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS ENCONTRADAS	31
BUSCANDO REVISÕES SISTEMÁTICAS	36
REFERÊNCIAS	37

Mensagem Chave

Qual é o problema?

- A taxa de mortalidade infantil no Brasil reduziu 61,7% entre 1990 e 2010, mas o Brasil amarga o 90º lugar entre 187 países no ranking das Organização das Nações Unidas (ONU) atrás de Cuba (5,25), Chile (6,48), Argentina (12,8), China (15,4) e México (16,5) e com inaceitáveis 19,88 mortes por mil nascimentos vivos. Estratégias de combate a mortalidade materno-infantil falharam em reduzir significativamente a mortalidade neonatal, cujo componente neonatal precoce (de 0 a 6 dias) sofreu menor redução. Ademais, o óbito fetal compartilha causas com o óbito neonatal precoce, e apesar de pouco conhecido no Brasil, também se insere no contexto das ações para a redução da mortalidade materno-infantil.

- A mortalidade perinatal está vinculada a causas preveníveis como o desigual acesso e uso dos serviços de saúde, deficiente qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Estima-se que 62% dos óbitos de nascidos vivos com peso superior a 1500g ao nascer são evitáveis, sendo as afecções perinatais o principal grupo de causas básicas, correspondendo a cerca de 60% das mortes infantis e 80% das mortes neonatais, com destaque para a prematuridade e suas consequências, como desconforto respiratório do recém-nascido, doença da membrana hialina, enterocolite necrosante, infecções específicas do período perinatal e asfixia (LANSKY, 2009).

- A mortalidade perinatal afeta desproporcionalmente diferentes classes socio-econômicas e regiões brasileiras. Populações vulneráveis, sobretudo as residentes nas regiões Norte e Nordeste brasileiras, registram piores condições sanitárias e de acesso e uso de serviços de saúde, conseqüentemente detêm as mais elevadas taxas de mortalidade infantil do país. O atendimento pré-natal é um exemplo a ser destacado: na região Norte se encontram as menores proporções de consultas pré-natais.

Nesse contexto, ações de Atenção Primária à Saúde (APS) têm demonstrado efetividade na redução global da mortalidade materno-infantil, porém, o impacto na redução da mortalidade perinatal ainda é limitado. A questão é:

Como ampliar o impacto das ações de APS sobre a mortalidade infantil perinatal e quais opções, com base em revisões sistemáticas, a gestão local da saúde pode usar para obter maior efetividade na redução desse componente do óbito infantil, em especial nas regiões Norte e Nordeste do Brasil?

- **Opção 1 - Protocolo clínico para acompanhamento pré-natal na APS:**
Implementar o protocolo clínico para acompanhamento pré-natal na atenção primária à saúde (APS), aplicável por médico e enfermeiro, com pacote de exames, procedimentos clínicos e imunoprevenção para o rastreamento e prevenção de patologias relacionadas com as afecções perinatais; e realizar a classificação de risco durante o acompanhamento pré-natal segundo modelo preconizado pela OMS.
- **Opção 2 - Aumento do intervalo de tempo entre gestações:**
Promover e ampliar o acesso ao planejamento familiar na APS mediante o uso orientado de métodos contraceptivos, para estabelecer intervalo de tempo mais adequado entre gestações (entre 2 a 6 anos).
- **Opção 3 - Presença de acompanhante para suporte precoce e contínuo à gestante durante o trabalho de parto:**
Garantir o direito da gestante à presença de acompanhante capacitado e de sua escolha para realização de suporte precoce e contínuo à gestante durante o trabalho de parto.
- **Opção 4 - Uso de corticosteróides para prevenir desconforto respiratório em prematuros:**
Garantir o uso oportuno de corticosteróides para prevenção das afecções relacionadas à prematuridade, com ou sem ruptura de membranas.

Considerações acerca das opções propostas:

- O aumento de cobertura e da qualidade da assistência ofertada pela estratégia de Saúde da Família (ESF) podem melhorar o preparo da mulher para a gravidez, aumentar o intervalo inter-gestacional, reduzir intercorrências na gestação,

melhorar a detecção do diabetes e hipertensão gestacionais e pré-eclâmpsia, melhorar a continuidade do cuidado envolvendo maternidades, o que globalmente reduz a mortalidade perinatal.

- Barreiras culturais podem dificultar a implementação de algumas opções, estando ora relacionadas aos próprios usuários dos serviços de saúde, ora aos profissionais e serviços de saúde responsáveis pela assistência pré-natal, ao parto e ao neonato, ora com as duas instâncias. Também há barreiras fiscais-estruturais quanto à implementação de opções que dependem da disponibilidade de recursos humanos qualificados e de recursos públicos.

Contexto e antecedentes

As desigualdades sociais entre regiões e populações no Brasil se reproduzem nas taxas de mortalidade infantil, constituindo um relevante problema de saúde a ser enfrentado por toda a sociedade.

Apesar do declínio da mortalidade infantil na última década, as taxas encontradas nas regiões Norte e Nordeste são consideradas elevadas e incompatíveis com o desenvolvimento do país, ressaltando as persistentes desigualdades regionais e entre grupos sociais e econômicos, com concentração dos óbitos na população mais pobre. Diferente de outros países que alcançaram a redução simultânea da mortalidade pós-neonatal e neonatal, como Cuba, Chile e Costa Rica, o Brasil não conseguiu mudanças significativas do componente neonatal nas últimas décadas (LANSKY et al., 2009). Tendo em vista que essas mortes são consideradas evitáveis na sua maioria, intervenções para sua redução podem estar ligadas a mudanças estruturais nas condições de vida da população, mas também a ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde.

Conceitos chave relacionados com a mortalidade perinatal

Mortalidade infantil e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM): A redução da mortalidade infantil faz parte dos ODM, compromisso assumido pelos países integrantes da ONU, do qual o Brasil é signatário, para o combate à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo, à degradação do meio ambiente e à discriminação

contra a mulher, visando o alcance de patamares mais dignos de vida para a população, uma vez que a mortalidade infantil reflete as condições de vida da sociedade (UNITED NATIONS et al., 2000).

Taxa de mortalidade infantil: Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2008).

Taxa de mortalidade neonatal precoce: Número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2008).

Óbito fetal: Óbito antes do nascimento com vida ocorrido a partir da 22^a semana completa de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25 cm (RIPSA, 2008).

Óbito perinatal: Mortes que ocorrem entre a 28^a semana de gestação ao 7^o dia após o nascimento (DECS, 2010).

Taxa de mortalidade perinatal: Número de óbitos ocorridos no período perinatal por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2008).

Afecções perinatais: Eventos ocorridos no período perinatal que afetam a saúde do feto ou da criança, podendo causar sua morte (grupo de causas básicas de óbito relacionado com o período perinatal pela classificação CID-10). (LANSKY e FRANÇA, 2009)

Descrição do problema

Evolução da mortalidade infantil no Brasil

As taxas de mortalidade infantil relativas ao componente neonatal precoce no Brasil, especialmente no Norte e Nordeste, não alcançaram a mesma redução que a taxa de mortalidade infantil global na última década. O problema deve ser caracterizado a partir da dificuldade em reduzir óbito neonatal precoce no Brasil, especialmente no Norte e Nordeste. As afecções perinatais são a principal causa do óbito infantil no Brasil e estão relacionadas principalmente a inadequação ou

inexistência de acompanhamento pré-natal e capacidade de resolução no âmbito hospitalar.

Dentre os principais determinantes do óbito infantil no Brasil, estão as condições sócio-econômicas, sendo a mortalidade infantil concentrada em populações marcadas pela desigualdade social de forma ampla. Entretanto, o acesso aos serviços de atenção básica tem potencial de alterar o perfil do óbito infantil, reduzindo o seu risco e assim influenciando positivamente na qualidade de vida.

A taxa de mortalidade infantil no Brasil reduziu 61,7% entre os anos 1990 e 2010. O aumento do acesso ao saneamento básico, a queda da taxa de fecundidade, a melhoria geral das condições de vida, da segurança alimentar e nutricional e do grau de instrução das mulheres, maior acesso aos serviços de saúde e ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, o avanço das tecnologias médicas, em especial a imunização e a terapia de reidratação oral, e o aumento da prevalência do aleitamento materno, são apontados, dentre outros, como fatores responsáveis pela mudança no perfil da mortalidade infantil no país (LANSKY et al., 2009 ; FRIAS et al., 2009). Entretanto, são observadas grandes diferenças regionais, como é o caso da região Nordeste do Brasil, que apesar de ter experimentado a maior queda geral das últimas décadas, suas taxas, juntamente com a região Norte ainda são as mais elevadas do país. A taxa de mortalidade infantil da região Nordeste em 2007 foi 40% maior do que a taxa nacional e 2,1 vezes maior do que a taxa da região Sul (BRASIL, 2009).

Dentre os estratos etários da mortalidade infantil, o componente pós-neonatal (28 dias a um ano de vida incompleto) sofreu a maior queda e o componente neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) a menor redução. Nos dias de hoje, a mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) tem a maior representação em termos proporcionais na mortalidade infantil no Brasil, representando até 70% do óbito infantil em todas as regiões do Brasil. Nesse contexto, o componente neonatal precoce responde por cerca de 50% das mortes infantis no Brasil, passando a ter uma grande importância, suscitando ações para o seu controle, demandando também mobilização e priorização na agenda dos gestores da saúde.

Ações para a redução da mortalidade infantil perinatal

Os cuidados pré-conceptivos, pré e pós-natal na Atenção Primária à Saúde (APS) são desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em todos o Brasil, com presença em 5.235 municípios brasileiros (94,1%), 29.300 equipes de SF cobrindo 49,5 da população brasileira (93.178.011 de pessoas). No Norte e Nordeste do país estão as maiores coberturas da ESF, o que deveria potencializar os melhores resultados na APS, especialmente quanto à saúde infantil. (BRASIL, 2009)

Dentre as ações com impacto para a redução da mortalidade materno-infantil no âmbito da APS estão aquelas relacionadas com a qualidade da assistência pré-conceptiva: planejamento familiar com acesso a pelo menos três métodos contraceptivos, aconselhamento visando diminuir a incidência de gravidez na adolescência e gravidez de alto-risco, tratamento anti-helmíntico, suplementação de ferro e ácido fólico e o aumento do período inter-gestacional entre 2 a 6 anos; e com o acompanhamento pré-natal: número de consultas de pré-natal realizadas, exames do protocolo de acompanhamento pré-natal previsto na Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituída pela Portaria/GM nº569/2000. Essas ações representam, em face da abrangência da cobertura da ESF, o principal determinante da redução da mortalidade infantil no Brasil quanto ao acesso aos serviços de saúde, notadamente na APS.

A PHPN prevê três componentes de incentivo para o acompanhamento pré-natal, referentes aos níveis de atenção à gestante, ao parto e ao neonato, e se baseia nos seguintes princípios:

- toda gestante tem o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico; e todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) permitem perceber a persistência das iniquidades sócio-econômicas em nível regional e quanto aos grupos sociais, uma vez que os óbitos infantis continuam se concentrando especialmente entre famílias de baixa renda. Por outro lado, a falta de acesso a serviços de atenção ao parto de qualidade também pode ser um fator relevante para o problema, uma vez que a qualidade da atenção hospitalar é determinante para o desfecho da gestação, em face da sua resolutividade.

O Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil, firmado entre o Ministério da Saúde, governos estaduais e gestores municipais para a redução da mortalidade infantil em 250 municípios do Nordeste e da Amazônia Legal considerados prioritários pela concentração de óbitos infantis entre os anos de 2000 e 2007, prevê a implementação de ações para acelerar a redução das desigualdades e reduzir em, no mínimo, 5% ao ano a mortalidade infantil, especialmente no componente neonatal. As ações previstas abrangem qualificação da APS e do sistema hospitalar para garantir a melhoria da qualidade do acompanhamento pré-natal, parto e neonato, impactando sobre a mortalidade infantil nessas regiões.

Evitabilidade dos óbitos infantis no Brasil

No Brasil, estima-se que cerca de 60% dos óbitos neonatais ocorram por causas evitáveis (BRASIL, 2009). As principais falhas que contribuem para as altas taxas de mortalidade fetal e neonatal precoce são relacionadas à qualidade da atenção pré-natal, diagnóstico de alterações na gravidez, manejo obstétrico e atendimento do recém-nascido na sala de parto (reanimação). Dessa forma, os principais problemas que conduzem ao desfecho negativo da gestação são relacionados a falhas na capacidade prevenção e resposta em face de intercorrências durante a gestação, parto e puerpério, coincidindo com o período perinatal.

Considerações sobre a equidade na implementação das opções

As desigualdades entre regiões e grupos sociais observadas no Brasil ensejam a discussão da equidade no acesso aos serviços de saúde, especialmente nos sistemas locais, responsáveis pelas ações de APS. As

ações podem ter impactos diferentes em grupos sociais distintos dentro da mesma região e embora as opções apresentadas não sejam sinérgicas, no sentido de que tenham que necessariamente ser implementadas de forma conjunta e completa, a aplicação prática poderá ser articulada pela sua viabilidade para a gestão local, localizando-se no âmbito da governabilidade da tomada de decisão em sistemas de saúde locais, regionais ou nacionais, independente da sua dimensão estrutural. Também é importante considerar as barreiras à implementação das opções, especialmente aquelas localizadas no campo da cultura e representações sociais de usuários e profissionais do sistema de saúde.

Mortalidade perinatal como indicador de qualidade e de acesso dos serviços de saúde

A mortalidade perinatal, que compreende os óbitos fetais e neonatais precoces, tem sido recomendada como o indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde, de modo a dar visibilidade ao problema e propiciar a identificação das ações de prevenção para o alcance de ganhos mútuos na redução da morte fetal e neonatal precoce evitável (BRASIL, 2009).

Mortalidade infantil no Brasil, avanços e desigualdade

Existem profundas diferenças regionais da mortalidade infantil. Entre 1990 e 2007, a maior queda nas taxas ocorreu na região Nordeste. Porém, os estados das regiões Nordeste e Norte ainda apresentam elevados níveis de mortalidade infantil, evidenciando que as desigualdades sócio-econômicas se reproduzem nas iniquidades em saúde, especialmente no Nordeste que, em 2007, apresentou taxa média de mortalidade infantil 40% maior do que a taxa nacional, observando-se uma importante concentração relativa do óbito nos estados dessa região. Os estados do Nordeste ocupam nove, dentre as primeiras dez colocações no ranking da mortalidade infantil no Brasil (BRASIL, 2009).

Opções para enfrentar o problema

Muitas opções podem ser identificadas e selecionadas para enfrentar o problema da mortalidade infantil perinatal no Norte e Nordeste do Brasil. Para a discussão sobre os potenciais e barreiras de cada opção, a fim

de analisar sua viabilidade, quatro opções foram selecionadas: 1^a - implementação de protocolo clínico para o manejo do acompanhamento pré-natal na APS; 2^a - aumento do espaço de tempo entre gestações; 3^a - presença de acompanhante para suporte precoce e contínuo à gestante durante o trabalho de parto e 4^a - uso de corticosteróides para prevenir desconforto respiratório em prematuros.

O foco dessa seção é a discussão acerca das opções selecionadas e o que é conhecido sobre as mesmas a partir de revisões sistemáticas ou estudos de custo-efetividade. Na seção seguinte serão discutidas as barreiras para a implementação das opções e possíveis estratégias para superá-las.

- Opção 1: Protocolo clínico para o manejo do acompanhamento pré-natal na APS
- Opção 2: Aumento do intervalo de tempo entre as gerações
- Opção 3: Presença de acompanhante para suporte precoce e contínuo à gestante durante o trabalho de parto
- Opção 4: Uso de corticosteróides para prevenir desconforto respiratório em prematuros

Opção 1 - Protocolo clínico para o manejo do acompanhamento pré-natal na APS

Implementar o protocolo clínico de acompanhamento pré-natal (aplicável por médico e enfermeiro), com pacote de exames, procedimentos clínicos e imunoprevenção para o rastreamento e prevenção de patologias relacionadas com as afecções perinatais; e realizar a classificação de risco durante o acompanhamento pré-natal segundo modelo preconizado pela OMS.

Síntese dos achados mais relevantes:

Benefícios

Em um grande ensaio clínico controlado multicêntrico (Villar, 2001), no qual se compararam dois componentes do controle pré-natal, a frequência das consultas e o tipo de profissional de saúde (médico especialista e médico generalista ou parteira), a redução moderada do número de consultas pré-natais não se associou com o aumento

de resultados maternos ou perinatais adversos. Em comparação com o controle pré-natal realizado pelo médico obstetra, as mulheres se mostraram mais satisfeitas com a atenção prestada pela parteira ou o médico generalista.

Duas amplas revisões não sistemáticas da literatura (BERGSJO, 1997; VILLAR, 1998) e um estudo de custo-efetividade (DARMSTADT, 2005) avaliaram as atividades que demonstraram ser efetivas para a sobrevivência neonatal e em função das quais se pode planejar a frequência dos controles e o tipo de profissional. Estas atividades se encontram detalhadas no Manual de Atividades Clínicas para o Modelo de Controle Pré-natal da OMS com adaptações específicas para situações de relevância local (tais como paludismo ou HIV) (OMS, 2002).

Uma revisão sistemática (LAURANT, 2004) recente e de excelente qualidade, avaliou a substituição de médicos por enfermeiras na atenção primária quanto aos resultados dos pacientes, o processo de atenção e a utilização de recursos. Embora a qualidade metodológica dos estudos incluídos seja moderada, os resultados sugerem que as enfermeiras adequadamente treinadas podem proporcionar aos pacientes a mesma atenção de alta qualidade que os médicos da atenção primária, com resultados de saúde similares.

Riscos potenciais

Três dos dez estudos clínicos incluídos em uma revisão sistemática (VILLAR, 2001) de boa qualidade, analisaram o tipo de prestador da assistência à saúde e apontaram que no controle pré-natal a cargo de parteiras ou médico generalista, se observou maior porcentagem de apresentações fetais anormais. Também se observou uma redução significativa dos índices de hipertensão arterial causada pela gravidez e pré-eclâmpsia no grupo controle pré-natal a cargo de parteira ou médico generalista, quando comparado com o grupo de sob atenção tradicional. Isso pode significar uma menor incidência ou falha de detecção.

Custos ou custo/efetividade em relação à situação atual

Um grande ensaio clínico controlado (VILLAR, 2001) realizou análises econômicas minuciosas em dois (Cuba e Tailândia) dos quatro países

que participaram da investigação. Os resultados globais demonstraram que os custos por gravidez para as mulheres e prestadores de serviços de saúde foram mais baixos no modelo de controle pré-natal com um número reduzido de consultas em comparação com o modelo de rotina.

A substituição de médicos por enfermeiras pode reduzir os custos diretos da atenção, em grande medida devido às diferenças salariais entre médicos e enfermeiras. No entanto, estas diferenças podem variar de um lugar para outro e ao longo do tempo.

Incertezas em relação aos benefícios e potenciais riscos, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidos se a opção for escolhida

Os profissionais de saúde que realizam o controle pré-natal de rotina convencional deveriam capacitar-se nos métodos e atividades com objetivo de implementar esta intervenção. Além disso, é possível que seja necessário realizar ações de educação em saúde para os prestadores de serviço e público nas regiões onde não se aceita de forma ampla o controle pré-natal que não esteja a cargo do obstetra.

Os sistemas de registros rotineiros deveriam ser utilizados para monitorar o cumprimento das atividades a serem realizadas em cada visita pré-natal, bem como os resultados maternos e perinatais.

Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/testada em outro lugar)

Nos modelos de atenção pré-natal, o essencial não é o aumento nem a redução da quantidade de consultas pré-natais, mas a implementação daquelas atividades que demonstrarão ser efetivas em função das quais se podem planificar a frequência dos controles e o tipo de prestador adequado. As atividades que demonstraram ser efetivas na sobrevivência neonatal, a serem implementadas no controle pré-natal incluem: 1) suplementação de micronutrientes - ácido fólico (no período pré-concepcional, vitamina A até 10.000 UI/dia e ferro; 2) imunização antitetânica; 3) exames e tratamento de doenças infecciosas - sífilis, HIV, bacteriúria assintomática e malária; 4) prevenção - detecção precoce e tratamento de hipertensão e diabetes gestacional; e 5) suplementação de cálcio para prevenir a pré-eclâmpsia.

Percepção dos sujeitos sociais (grupos de interesse) envolvidos na opção, quanto à sua efetividade

As mulheres se mostraram mais satisfeitas com a atenção proporcionada por uma parteira ou médico generalista do que com a atenção realizada por obstetras. Os demais resultados de satisfação foram variáveis nos estudos incluídos, porém, no geral, mostraram certo grau de preocupação pelo número reduzido de consultas, bem como mais mulheres se mostraram mais satisfeitas com a duração da consulta no modelo de número reduzido de consultas de pré-natal.

Somente um estudo clínico informou sobre a opinião dos profissionais de saúde acerca do controle pré-natal, e os resultados deste estudo demonstram um mesmo nível de satisfação quanto ao número de consultas e a informação ministrada no novo modelo, porém também foi indicado que os prestadores de saúde se mostraram mais satisfeitos com a duração das consultas. A satisfação do paciente foi maior quando as enfermeiras, e não os médicos, realizaram a atenção no primeiro contato, no caso de assistência de urgência. Também se encontrou maior satisfação do paciente com doenças crônicas com o tratamento quanto à atenção estava a cargo de uma enfermeira.

Considerações sobre a equidade na implementação

Existem diferenças significativas entre os países com alta renda e aqueles de média e baixa renda com relação aos índices de saúde perinatal, a distribuição da população (rural ou urbana) e no acesso à atenção de saúde. Entretanto, os maiores estudos incluídos na revisão sistemática de controle pré-natal foram conduzidos no Zimbábue, Argentina, Cuba, Tailândia e Arábia Saudita, e sugerem que estes resultados poderiam ser aplicáveis a países com condições similares.

Com respeito à substituição de médicos por enfermeiros, todos os estudos incluídos na revisão foram conduzidos em países ricos, e não provêm dados de qualidade referente a seu impacto econômico, especialmente em países de média e baixa renda.

Potenciais barreiras:

Paciente/Indivíduo

- Ao início da intervenção, deve-se informar às mulheres sobre o número de visitas, duração e conteúdos gerais de modo que não se sintam preocupadas.
- Deve-se ter em conta as opiniões das mulheres e de suas famílias no momento de planejar as atividades de controle pré-natal de baixo risco e a escolha dos profissionais responsáveis de sua implementação.

Trabalhadores de saúde

- Deve-se capacitar os trabalhadores de saúde na utilização do formulário de classificação de risco e nas atividades a desenvolver em cada uma das visitas de pré-natal.
- Deve-se ter em conta os temores sobre a possível perda de ingressos por parte dos profissionais de saúde (menos número de consultas, substituição de obstetras por médicos generalistas ou parteras, substituição de médicos por enfermeiras).

Organização de serviços de saúde

- Deve-se garantir um sistema de referência e contra-referência oportuno e efetivo para aquelas pacientes que necessitem visitas adicionais ou cuidados especiais, incluindo um sistema de registro (centralizado ou em poder da paciente).
- Atendendo as preocupações das mulheres com respeito ao espaçamento das visitas de pré-natal proposto pelo modelo da OMS, outros tipos de atividades (promoção de saúde, nutrição, planejamento familiar, etc) podem ser articuladas para estas visitas adicionais, para manter o vínculo entre os usuários e o sistema de saúde.

Sistemas de saúde

- O sistema de saúde do Brasil propõe um modelo de atenção pré-natal baseado em 7 consultas, e inclui todas as atividades propostas pelo modelo de controle pré-natal da OMS.

- Os conteúdos e as intervenções em cada uma das consultas devem ser revisados, desaconselhando aqueles não efetivos ou desnecessariamente reiterados, e substituí-los por atividades de promoção da saúde e de acolhimento. Deve-se implementar o formulário de classificação de risco proposto pela OMS para ser aplicado a todas as grávidas na primeira consulta. Todos os níveis de atenção devem ser articulados (incluída a disponibilidade de transporte) a fim de dar uma resposta efetiva e oportuna às demandas de níveis especiais de atenção.

Opção 2 - Aumento do intervalo de tempo entre as gestações

Promover e ampliar o acesso ao uso orientado de métodos contraceptivos no âmbito da APS, com foco no planejamento familiar, para estabelecer intervalo de tempo mais adequado entre gestações (de 2 a 6 anos).

Síntese dos achados mais relevantes:

Benefícios

- Uma revisão não sistemática, mas muito completa (CLELAND, 2006), mostrou a partir da análise de vários estudos, que a promoção do planejamento familiar em países com altos índices de natalidade tem o potencial de evitar até 10% da mortalidade infantil e até 32% das mortes maternas. Outro aspecto importante destacado como benefício nesta revisão é a redução da pobreza e da fome, uma vez que os programas de planejamento familiar efetivos reduzem o intervalo de fecundidade (número de filhos) entre ricos e pobres, e contribuem substancialmente para a redução da pobreza. Em vários países, programas de planejamento familiar aumentaram a prevalência de práticas anticonceptivas de 10 para 60% e contribuíram na redução da fecundidade nos países em desenvolvimento de seis nascimentos por mulher para cerca de três.

- Sobre o intervalo entre as gestações, uma revisão sistemática recente (CONDE-AGUDELO, 2007) destaca a promoção do espaçamento maior entre os nascimentos como um componente importante de estratégias de planejamento familiar, uma vez que quanto menor este intervalo, maior os riscos de resultados maternos adversos. Com

relação aos riscos para o neonato, tanto Conde-Agudelo (2007) como Cleland (2006), destacam que as gestações que ocorrem em um intervalo de até 18 meses após um nascimento vivo têm mais riscos de morte fetal, baixo peso ao nascer, nascimento prematuro e tamanho pequeno comparado com a idade gestacional.

- Um estudo multicêntrico de larga escala (RUTSTEINS, 2005) provê forte evidência que o espaçamento entre nascimentos maior que 36 meses aumenta as chances de sobrevivência do neonato e o seu bem-estar nutricional.

- Um maior uso do planejamento familiar contribui para um espaçamento mais saudável entre as gestações.

Riscos potenciais

- Não há contradição entre o respeito pelos direitos reprodutivos, uma forte advocacia por famílias menores e a adoção massiva de métodos anticonceptivos efetivos. (CLELAND, 2006)

- Os estudos identificados não apontam danos potenciais para as estratégias de planejamento familiar que promovem um maior espaçamento entre os nascimentos.

Custos ou custo/efetividade em relação à situação atual

- Não foi encontrado um estudo específico sobre custo/efetividade do planejamento familiar. Entretanto, a revisão de Cleland (2006) relata que, no ano de 2000, cerca de 20% da mortalidade e morbidade global relacionadas a causas obstétricas poderiam ter sido evitadas se as mulheres que desejaram postergar ou evitar a gravidez tivessem usado anticonceptivos de maneira efetiva. Aproximadamente um milhão das 11 milhões de mortes por ano de crianças menores de 5 anos poderiam ser evitadas se fosse eliminado o intervalo inferior a 2 anos entre as gestações.

- O planejamento familiar é uma das formas mais custo-efetivo para reduzir a mortalidade infantil.

Incertezas em relação aos benefícios e potenciais riscos, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidos se a opção for escolhida

- Embora uma revisão sistemática muito recente (YAKEY, 2009) não tenha conseguido fortes evidências acerca da efetividade do uso de anticoncepcionais para a prevenção de gravidez não desejada e maior espaçamento entre gestações, impactando assim na redução da mortalidade infantil, a anticoncepção ainda é o principal elemento das estratégias de planejamento familiar.

- A satisfação progressiva das necessidades das famílias, através de um melhor acesso aos serviços contraceptivos, é fundamental para aumentar a efetividade dos programas de planejamento familiar. (CLELAND, 2006)

Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/testada em outro lugar)

- As três revisões identificadas relatam uma grande quantidade de estudos de vários países, especialmente países em desenvolvimento. A revisão não sistemática de Cleland (2006) analisa séries históricas sobre dinâmica populacional e planejamento familiar desde 1960. O Brasil foi um dos países analisados e destacados nesta revisão.

Percepção dos sujeitos sociais (grupos de interesse) envolvidos na opção, quanto à sua efetividade

- A revisão de Cleland (2006) destaca que o planejamento familiar efetivo em países em desenvolvimento pode: reduzir a distância entre ricos e pobres e contribuir substancialmente para a redução da pobreza; liberar a mulher da reprodução involuntária; aumentar a participação das mulheres na força de trabalho à medida que cai a fecundidade; e permitir o direito humano fundamental de eleger o número de filhos e o espaçamento entre eles.

Considerações sobre a equidade na implementação

Em 1960, o Brasil tinha uma taxa de fecundidade de 6,2 e uma alta taxa de abortos ilegais. De 1964 a 1985 não houve ação

governamental para frear o crescimento demográfico. Em 1985, o planejamento familiar esteve disponibilizado dentro dos serviços de saúde governamentais, mas com uma provisão errática. Ainda assim, em 1986 a taxa de fecundidade caiu para 3,5 nascimentos por mulher e em 1996 ficou reduzido a 2,5. Em 1996, a prevalência da anticoncepção chegou a 77% entre as mulheres casadas, sendo a esterilização (40%) o método mais frequente, seguido pelos anticoncepcionais orais (21%) e os preservativos (4%).

As revisões encontradas não incluem dados específicos sobre o intervalo de nascimentos no Brasil, mas confirma, a partir de análise de tendências em vários países, que uma maior utilização do planejamento familiar contribui para um espaçamento mais saudável entre os nascimentos.

Potenciais barreiras:

Paciente / Indivíduo

- Deve-se realizar esforços de mobilização social para fortalecer a idéia do planejamento familiar.
- Deve-se criar uma ampla coalizão de apoio entre setores chave da sociedade, incluindo líderes religiosos, lideranças da população e os grupos profissionais.
- A mobilização de apoio no nível comunitário, como em grupos de mães, contribui para a conscientização e adesão ao planejamento familiar.

Trabalhadores de saúde

- Deve-se capacitar os profissionais de saúde da Atenção Primária para a abordagem do planejamento familiar e acompanhamento da utilização dos métodos.

Organização de serviços de saúde

- Deve-se reorientar os programas de atenção à saúde da mulher para coincidir com as atuais necessidades insatisfeitas do planejamento familiar, aumentando ainda mais os requerimentos de recursos.

- Deve-se assegurar que o planejamento familiar seja parte integral dos protocolos básicos de saúde da mulher.
- Deve-se garantir a provisão de anticoncepcionais para todas as mulheres atendidas pelo serviço.

Sistemas de saúde

- Como a maior parte dos programas de planejamento familiar públicos tem proporcionado aos usuários serviços gratuitos ou de muito baixo custo nos centros de saúde, os custos podem representar uma barreira para sustentabilidade dos serviços de planejamento familiar.
- O custo dos anticoncepcionais não deve ser um elemento decisivo de escolha de métodos de planejamento familiar e o financiamento deve ser sustentável.
- O êxito depende mais do compromisso político e da capacidade organizativa do que da disponibilidade de recursos.

Opção 3 - Presença de acompanhante para suporte à gestante durante o parto

Garantir o direito da gestante à presença de acompanhante capacitado de sua escolha para realização de suporte precoce e contínuo durante o trabalho de parto.

Síntese dos achados mais relevantes:

Benefícios

• Uma revisão sistemática recente e de muito boa qualidade (HODNETT, 2009) aponta que as mulheres que tiveram apoio contínuo no intraparto apresentaram menor tendência a necessitar de analgesia e de parto cesárea ou a relatar insatisfação com o parto. No geral, o apoio contínuo no trabalho de parto traz mais benefícios quando a pessoa que deu apoio não é membro da equipe do hospital (acompanhante), quando o apoio teve início precocemente no parto e quando foi realizado em locais em que a anestesia epidural não estava rotineiramente disponível.

- Uma meta-análise não tão recente (SCOTT, 1999) aponta que o apoio contínuo ao trabalho de parto diminui a necessidade de analgesia, do uso de ocitocina e reduz a necessidade do uso de fórceps e da cesariana. O apoio contínuo do acompanhante ao trabalho de parto traz grande benefício para o desfecho do trabalho de parto.

- Outra revisão sistemática, não muito menos recente (ZHANG, 1996) e de qualidade moderada, aponta que o suporte contínuo ao trabalho de parto realizado por acompanhante diminuiu a duração do parto e aumentou a taxa de partos vaginais espontâneos (diminuindo a taxa de cesárea, menos uso de ocitocina e de fórceps). Essa revisão conclui que mulheres com suporte contínuo também reportam maior satisfação e melhor experiência de pós-parto, e que o apoio do acompanhante no trabalho de parto pode trazer efeitos positivos em especial em mulheres jovens ou primíparas.

- Uma revisão não sistemática (BRÜGGEMAN, 2005) da literatura publicada entre os anos de 1998 e 2004 sobre o suporte contínuo durante o trabalho de parto aponta que, de maneira geral, os resultados do suporte são favoráveis, destacando-se: redução da taxa de cesarianas, da analgesia/medicamentos para alívio da dor, da duração do trabalho de parto, da utilização de ocitocina, produzindo aumento na satisfação materna com a experiência vivida. Essa revisão indica que os benefícios são mais acentuados quando o provedor de suporte não é um profissional de saúde.

- Outro estudo de boa qualidade, porém não muito recente, (HOFMEYER, 1991) aponta que mulheres que receberam suporte emocional durante o trabalho de parto por voluntárias sem experiência em enfermagem apresentaram menor pressão sanguínea diastólica, menos uso de analgesia e menor ansiedade durante o trabalho de parto. Elas amamentaram por mais tempo e com intervalos mais flexíveis.

Riscos potenciais

- Não há riscos potenciais relatados.

Custos ou custo/efetividade em relação à situação atual

- Não foram encontrados estudos específicos sobre os custos relacionados com a presença do acompanhante para suporte contínuo ao parto, mas considerando que a cesariana, o uso de fórceps e outras intervenções potencializam o risco materno e neonatal, a aplicação da opção poderia reduzir custos para sistema de saúde, uma vez que existem evidências da redução da necessidade destas intervenções durante o parto.

Incertezas em relação aos benefícios e potenciais riscos, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidas se a opção for escolhida

- Os estudos disponíveis não avaliam o acompanhante escolhido pela parturiente como um provedor de suporte, o que constitui lacuna de conhecimento a ser preenchida.

- Há incertezas ou pouca informação sobre os efeitos do suporte contínuo intraparto e o bem-estar no pós-parto.

- Não há evidências sobre a melhor abordagem para garantir um apoio eficaz e contínuo, sob condições variáveis de parto. Comparações de diferentes modelos de apoio contínuo seriam úteis.

Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/testada em outro lugar)

- O suporte contínuo de acompanhante, não integrante da equipe de assistência ao parto, traz benefícios a todas as mulheres, especialmente as primíparas, diminui a duração do trabalho de parto, a necessidade de analgesia e de ocitocina, reduz a taxa de cesarianas e aumenta a satisfação materna com a experiência do parto.

- Todas as mulheres deveriam ter suporte contínuo de acompanhante durante o parto.

Percepção dos sujeitos sociais (grupos de interesse) envolvidos na opção, quanto à sua efetividade

- Os sujeitos envolvidos nas pesquisas analisadas tiveram aumento

da satisfação com a experiência do parto com o apoio contínuo feito pelo acompanhante (HODNETT, 2009).

- Um estudo não muito recente (HOFMEYER, 1991) mostrou que mulheres assistidas por acompanhantes amamentaram por mais tempo, apresentaram maior auto-estima, menos depressão, referiam estar mais felizes e mais aptas a cuidar dos seus bebês.

Considerações sobre a equidade na implementação

A presença de acompanhante, no Brasil, é um direito da parturiente antes, durante e após o trabalho de parto. Existe uma lei federal, conhecida como Lei do Parto Acompanhado, publicada sob o número 11.108, em 07 de abril de 2005, que garante a presença de acompanhante de escolha da parturiente na sala de parto. Apesar da existência de uma norma federal que garante o direito da parturiente a um importante elemento do parto humanizado, essa não tem sido a prática corrente nos serviços de saúde no Brasil. As evidências apontam que a presença do acompanhante reduz significativamente a ocorrência de cesarianas, a necessidade de analgesia, uso de fórceps e medicamentos, melhorando a evolução do parto, aumentando a satisfação da parturiente e evitando intercorrências que potencialmente significariam um risco adicional para mãe e bebê.

A questão a ser analisada se refere à mudança da prática profissionais e institucional, assim como para a decisão política da gestão em promover essa mudança. Na verdade, a efetividade dessa opção depende do quanto as pessoas estão convencidas da sua efetividade. Certamente há barreiras a serem superadas para a implementação dessa opção no âmbito do SUS. As evidências dos benefícios que podem advir da mudança da prática institucional podem compor o convencimento geral de que a presença do acompanhante é uma opção que trará benefícios à gestante e à criança.

Potenciais barreiras:

Paciente / Indivíduo

- A presença do acompanhante com o objetivo de proporcionar suporte à parturiente antes, durante e após o trabalho de parto não deve significar uma barreira em relação à própria gestante.

- Deve-se preparar a pessoa de sua escolha durante numa etapa prévia ao parto, provavelmente a preparação do acompanhante durante o pré-natal dará as condições e a capacidade para a realização do suporte necessário no momento prévio ao parto, durante o trabalho de parto propriamente dito e no pós-parto.

- É provável que sejam identificadas barreiras com relação ao suporte realizado pelo companheiro, em função da cultura sexista ainda muito disseminada no nordeste brasileiro.

Trabalhadores de saúde

- Deve-se garantir que a presença do acompanhante não seja vista como uma ameaça à autonomia dos profissionais de saúde, especialmente aqueles diretamente ligados à assistência ao parto, como médicos, obstetras, neonatologistas e outros.

- A presença do acompanhante durante o parto não deve ser vista como uma intromissão externa, já que o suporte que este pode proporcionar à parturiente tem potencial de interferir positivamente em todo o processo.

- Deve-se promover junto aos trabalhadores de saúde a idéia de que a presença do acompanhante de escolha da gestante, preparado para dar suporte contínuo antes, durante e após o parto representa um elemento a mais na assistência de qualidade à parturiente.

Organização de serviços de saúde

- As estruturas físicas dos hospitais gerais, maternidades e urgências não estão em geral adaptadas para acomodar o acompanhante na sala de parto.

- É necessário um esforço adicional para que os espaços pouco adequados sejam redimensionados ou adaptados para que seja possível a realização do apoio contínuo ao trabalho de parto pelo acompanhante externo aos quadros profissionais do serviço de assistência ao parto.

- É preciso garantir que as barreiras estruturais não sejam tão relevantes a ponto de impossibilitar a implementação dessa opção para a redução da mortalidade perinatal.

Sistemas de saúde

- No âmbito do SUS, a PHPN prevê direitos da e do neonato. No entanto, se deve ampliar sua efetividade incentivando a presença do acompanhante na sala de parto, buscando soluções normativas e fiscalizatórias para identificação de situações não conformes com esta proposição e a sua correção mediante a adequação dos serviços ao preconizado pela PHPN e pela Lei do Parto Acompanhado.

Opção 4 - Uso de corticosteróides para prevenir desconforto respiratório em prematuros

Garantir o uso oportuno de corticosteróides para tratamento das afecções relacionadas com ou sem ruptura de membranas nos casos de prematuridade.

Síntese dos achados mais relevantes:

Benefícios

- Uma revisão sistemática muito recente e de excelente qualidade (ROBERTS, 2006), demonstrou que a administração antenatal de corticóides para mulheres com risco de parto prematuro está associada à redução significativa da mortalidade neonatal precoce.

- O procedimento reduz de forma geral o óbito neonatal e os principais efeitos da prematuridade tais como o desconforto respiratório, enterite necrosante, hemorragia intraventricular, necessidade de internação na neonatologia e infecções sistêmicas nas primeiras 48 horas de vida. Por outro lado, a administração de corticóides antenatais com finalidade profilática não aumentou os riscos maternos de morte, corioamnionite ou sepse puerperal e demonstrou ser efetivo mesmo nos casos de ruptura prematura das membranas e nos transtornos hipertensivos da gravidez.

- Embora a maioria dos estudos revisados tenha sido realizada em países industrializados, não há razões de fundo biológico ou social para que a efetividade do tratamento com corticosteróides não seja reproduzida em populações com características socioeconômicas diferenciadas.

- Quanto ao corticóide de escolha, uma revisão sistemática muito recente (BROWNFOOT, 2008) sugere que a dexametasona poderia ter alguns benefícios com relação à betametasona, particularmente por apresentar menor incidência de hemorragia intraventricular. Um estudo de menor abrangência sugere que a via de administração intramuscular apresentaria vantagens para o neonato, se comparado com a administração via oral.

- No que diz respeito à melhor posologia para o tratamento, uma revisão sistemática (CROWTHER, 2007) que analisou cinco estudos (2028 pacientes) sugere benefícios para os neonatos expostos a doses repetidas de corticóides, em comparação com uma única dose. Entretanto, um estudo clínico com 1858 pacientes publicado posteriormente (MURPHY, 2008), mostrou não haver diferenças entre as posologias, entretanto, este estudo, assim como a revisão sistemática antes mencionada apontam para a diminuição no peso ao nascer, da circunferência cefálica e de outras medidas antropométricas em neonatos expostos a doses repetidas de corticóides.

Riscos potenciais

- Não foram identificados efeitos adversos maternos ou fetais no uso de corticosteróides com fins profiláticos para o parto prematuro em dose única. Estudos sobre os efeitos a longo prazo demonstraram que os benefícios dos corticóides se mantiveram na infância, bem como não foram verificados efeitos adversos em adultos expostos aos corticóides no útero.

- A administração de doses continuadas de corticóides pode estar relacionada ao menor peso ao nascer, menor circunferência cefálica e alteração de outras medidas antropométricas neonatais.

Custos ou custo/efetividade em relação à situação atual

- Um grande estudo de custo-efetividade (SIMPSON, 1995) demonstrou que a extensão da administração de corticóides profiláticos a todas as mulheres com trabalho de parto prematuro resultaria em uma redução significativa dos custos para o sistema de saúde, além do melhoramento da saúde dos bebês prematuros.

Incertezas em relação aos benefícios e potenciais riscos, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidos se a opção for escolhida

- São limitadas as evidências sobre os benefícios da administração de corticóides nos casos com risco de nascer muito prematuro (antes das 26-28 semanas), ou próximo do término da gestação (34-36 semanas).
- Não há evidência conclusiva a respeito do melhor tratamento para gestação múltipla (gêmeos).
- Não se avaliou a eficácia do tratamento na comunidade, em mulheres com risco aumentado de parto prematuro.

Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/testada em outro lugar)

- Um dos estudos incluídos numa revisão sistemática recente e de ótima qualidade (ROBERTS, 2006) foi realizado no Brasil.
- A administração de corticóides para mulheres em risco de parto prematuro reduz a mortalidade neonatal e os efeitos específicos da prematuridade.
- O uso de corticóides em todas as mulheres com risco de parto prematuro reduz os custos para o sistema de saúde.
- Todas as mulheres com risco de parto de prematuro devem receber corticóides antenatais em única dose no momento da admissão no serviço de assistência ao parto.

Percepção dos sujeitos sociais (grupos de interesse) envolvidos na opção, quanto à sua efetividade

- Não foi avaliado.

Considerações sobre a equidade na implementação

O uso de corticosteróides na prevenção do desconforto respiratório em prematuros representa uma intervenção possível de ser implementada em qualquer serviço de assistência ao parto ou mesmo

em serviços de urgência ou de Atenção Primária à Saúde, no caso de inexistir serviços de referência locais.

A maior barreira a ser enfrentada não diz respeito aos custos de manutenção da disponibilidade de corticosteróides para essa aplicação nos serviços de saúde, mas principalmente à disponibilidade de médicos para a identificação do risco de parto prematuro e a realização da prescrição. Embora a intervenção seja apontada como efetiva, seus efeitos somente serão observados se os critérios de utilização do corticosteróide estiverem de acordo com o protocolo apontado na evidência científica identificada.

Potenciais barreiras:

Paciente / Indivíduo

- Apesar das classificações de risco para identificar um parto pré-termo não possuírem alto valor preditivo, as mulheres devem ser 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.

Trabalhadores de saúde

- Os médicos e enfermeiras devem ser treinados para o reconhecimento do trabalho de parto prematuro nos seus estágios iniciais, e a oportuna referência para poder instaurar o tratamento. O mesmo deve ocorrer para a identificação das mulheres com ruptura prematura de membranas, transtornos hipertensivos da gravidez, ou ainda quando se suspeite a iminência do parto.

Organização de serviços de saúde

- Todos os serviços de saúde que atendem gestantes e partos devem ter conhecimento das respectivas normas e protocolos de atenção à gestante com risco de parto prematuro.

- Deve-se contar com recursos humanos capacitados para detectar o trabalho de parto prematuro em seus estágios iniciais, a fim de administrar o tratamento de forma oportuna.

Sistemas de saúde

- Deve-se garantir a provisão de corticosteróides para sua administração antenatal a todas as mulheres com risco de parto prematuro em todos os serviços de saúde que atendem gestantes e que assistem partos.

Análise das evidências encontradas

As tabelas a seguir fornecem informações detalhadas sobre as revisões sistemáticas e estudos identificados para cada opção. Cada linha da tabela corresponde a uma revisão sistemática ou estudo em particular.

O foco da análise ou estudo é descrito na segunda coluna. As principais conclusões da análise ou estudo que se relacionam com a opção estão listadas na terceira coluna. As colunas restantes referem-se apenas às revisões sistemáticas. A quarta coluna apresenta uma avaliação da qualidade global da revisão.

A qualidade de cada exame foi avaliada utilizando o instrumento AMSTAR (uma ferramenta para avaliar revisões), que avalia a qualidade global em uma escala de 0 a 11, onde 11 representa uma revisão da mais alta qualidade. Sempre que o denominador não é 11, um aspecto da ferramenta não foi considerado relevante. É importante notar que a ferramenta AMSTAR foi desenvolvida para avaliar opiniões focada em intervenções clínicas e não os aspectos analisados nessa síntese de evidências, como arranjos de governança no âmbito dos sistemas de saúde. Portanto, notas baixas não refletem, necessariamente, uma revisão de má qualidade.

As próximas três colunas contêm informações sobre a utilidade da análise em termos de promover nosso entendimento da aplicabilidade local, equidade e aplicabilidade questão. A quinta coluna observa a proporção dos estudos incluídos na revisão que tratam explicitamente de um dos grupos prioritários, enquanto a sexta coluna aponta a porcentagem de estudos que foram realizados no Nordeste, Brasil ou em termos mais gerais. A segunda coluna indica a aplicabilidade da última revisão da questão em termos de se é ou não dirigida à mortalidade perinatal. A coluna registra último ano da literatura pesquisada como parte da revisão.

Quadro 1

Revisões sistemáticas relevantes para a opção 1 - Protocolo clínico para o manejo de acompanhamento pré-natal.

Elementos da opção	Foco da revisão sistemática/ estudo de custo-efetividade	Principais achados
Provimento da Atenção Primária à Saúde	Substituição de médicos por enfermeiras na Atenção Primária à Saúde (Laurant, 2004).	Nenhuma diferença significativa foi encontrada entre os médicos e enfermeiros em relação às consequências para a saúde dos pacientes, o processo de atendimento, utilização de recursos ou custos. Embora os resultados da saúde dos pacientes tenham sido semelhantes para os enfermeiros e médicos, a satisfação do paciente foi maior com cuidado por uma enfermeira.
	Avaliar os efeitos dos programas de assistência pré-natal em mulheres de baixo risco (Villar, 2001).	Foram incluídos 10 ensaios clínicos (60 mil mulheres). A redução do número das consultas pré-natais, não foi associada com um aumento dos resultados adversos maternos e perinatais revista. No entanto, estudos clínicos realizados em países desenvolvidos sugerem que as mulheres podem sentir-se menos satisfeitas com a redução do número de visitas. A satisfação foi maior com a atenção pré-natal prestada por uma parteira ou um médico generalista. A eficácia clínica de cuidados de parteiras ou médicos foi semelhante ao proporcionado por um conjunto / Ginecologia e Obstetria.
Pacotes de intervenção na assistência à saúde	Identificação das intervenções com eficácia comprovada (execução em condições ideais) para a sobrevivência neonatal combinadas em pacotes para a intensificação dos sistemas de saúde (Darmstadt, 2005).	A cobertura universal das intervenções combinadas em pacotes poderia evitar entre 41-72% das mortes neonatais no mundo todo. Com a cobertura de 90%, os pacotes intraparto e pós-natal pacotes têm efeitos similares sobre a mortalidade neonatal, sendo duas vezes a três vezes maiores que os pacotes de intervenções no pré-natal. Entretanto, os custos de execução são duas vezes maiores para parto do que para os cuidados pós-natal. A combinação de intervenções com uma cobertura de 90% evita entre 18-37% das mortes neonatais. Maiores reduções na mortalidade neonatal podem ser conseguidas com um programa integrado de alta cobertura de alcance universal e cuidado da comunidade familiar (12 a 26% do custo total), mais a implementação universal de serviços baseados na clínica (62% do custo total).

Fonte: Autoria própria

Elementos da opção	AMSTAR	Proporção dos estudos que incluíram de forma explícita os grupos prioritários	Proporção dos estudos realizados em países em desenvolvimento	Proporção dos estudos com foco específico na modalidade perinatal	Último ano de busca
Provimento da Atenção Primária à Saúde	10/nov	10/out	Não reporta	0/16	2002
	11/nov	10/out	06/out	10/out	2001
Pacotes de intervenção na assistência à saúde	--	Não reporta	Não reporta	Não Reporta	Não reporta

Fonte: Autoria própria

Quadro 2

Revisões sistemáticas relevantes para a opção 2 - Intervalo de tempo entre gestações.

Elementos da opção	Foco da revisão sistemática/ estudo de custo-efetividade	Principais achados
Aumento do espaço entre gestações	Investigar a associação entre o espaçamento dos nascimentos e o risco de resultados adversos maternos (Conde-Agudelo 2007).	<p>Em geral, intervalos maiores entre gestações, possivelmente mais de cinco anos, estão independentemente associadas com risco aumentado de pré-eclâmpsia.</p> <p>Há evidências de que mulheres com intervalos de tempo longos (maiores que cinco anos) têm risco aumentado para distócia de trabalho e que intervalos menores são associados com aumento de risco de ruptura uterina em mulheres que pretendam um parto vaginal após cesária anterior, bem como a distúrbios hemorrágicos uteroplacentários, como deslocamento prematuro da placenta e placenta prévia.</p> <p>Menos evidente é a associação entre curtos intervalos entre gestações e outros resultados adversos, como mortalidade materna e anemia.</p> <p>Intervalos entre gestações mais longos estão independentemente associados com um risco aumentado de pré-eclâmpsia.</p>

Fonte: Autoria própria

Elementos da opção	Foco da revisão sistemática/ estudo de custo-efetividade	AMSTAR	Proporção dos estudos que incluíram de forma explícita os grupos prioritários	Proporção dos estudos realizados em países em desenvolvimento	Proporção dos estudos com foco específico na mortalidade perinatal	Último ano de busca
Aumento do espaço entre gestações	Investigar a associação entre o espaçamento dos nascimentos e o risco de resultados adversos maternos (Conde-Agudelo 2007).	9/11	Não reporta	9/22	9/21 (Considerando-se os desfechos relevantes para o óbito perinatal).	2006

Fonte: Autoria própria

Quadro 3

Revisões sistemáticas relevantes para a opção 3 - Presença de acompanhante para suporte à gestante durante o parto.

Elementos da opção	Foco da revisão sistemática/ estudo de custo-efetividade	Principais achados
Suporte contínuo de acompanhante	Comparar os efeitos, para as mães e para os bebês, do apoio individual durante o parto com o tratamento habitual (Hodnett, 2007).	As mulheres que tiveram apoio contínuo no intraparto apresentaram menor tendência a necessitar de analgesia e de parto cesária ou a relatar a insatisfação com o parto. No geral, o apoio contínuo do acompanhante trouxe mais benefícios quando o apoio foi precoce e quando foi realizado em locais onde a anestesia epidural não estava rotineiramente disponível. Todas as mulheres devem ter apoio contínuo durante o trabalho de parto.
	Contrastar a comparação entre do apoio contínuo e intermitente, provido por acompanhante durante o trabalho de parto (Scott, 1999).	O apoio contínuo, quando comparado a nenhum apoio, foi significativamente associado com trabalhos mais curtos, diminuiu a necessidade de analgesia, ocitocina, fórceps e cesariana. O apoio intermitente não foi significativamente associado com nenhum dos desfechos. O apoio contínuo parece ter um maior impacto positivo que o apoio intermitente e nenhum apoio.
	Analisar a eficácia do apoio contínuo de acompanhantes nos resultados obstétricos em mulheres primíparas (Zhang, 1996).	Apoio ao trabalho de parto pode ter importantes efeitos positivos nos resultados obstétricos, especialmente em primíparas. Novos estudos sobre o benefício em relação aos custos são necessários.

Fonte: Autoria própria

Elementos da opção	Foco da revisão sistemática/ estudo de custo-efetividade	AMSTAR	Proporção dos estudos que incluíram de forma explícita os grupos prioritários	Proporção dos estudos realizados em países em desenvolvimento	Proporção dos estudos com foco específico na mortalidade perinatal	Último ano de busca
Suporte contínuo de acompanhante	Comparar os efeitos, para as mães e para os bebês, do apoio individual durante o parto com o tratamento habitual (Hodnett, 2007).	9/11	17/17	4/11	5/17 (considerand o-se os desfechos relevantes para o óbito perinatal)	2007
	Contrastar a comparação entre do apoio contínuo e intermitente, provido por acompanhante durante o trabalho de parto (Scott, 1999)	9/11	11/11	Não reporta	11/11 (considerand o-se os desfechos relevantes para o óbito perinatal)	Não reporta
	Analisar a eficácia do apoio contínuo de acompanhantes nos resultados obstétricos em mulheres primíparas (Zhang, 1996)	6/11	4/4	Não reporta	4/4	1995

Fonte: Autoria própria

Quadro 4

Revisões sistemáticas relevantes para a opção 4 - Uso de corticosteróides para prevenir desconforto respiratório em prematuros.

Elementos da opção	Foco da revisão sistemática/ estudo de custo-efetividade	Principais achados
Protocolo Clínico	Avaliar os efeitos na morbidade e na mortalidade fetal e neonatal, a mortalidade e a morbidade materna e as crianças mais velhas, após a administração de corticosteróides à mãe antes do parto prematuro planejado (Roberts, 2006).	O tratamento com corticosteróides não aumenta o risco de morte, corrioamnionite e sepsse puerperal para a mãe. O tratamento com corticosteróide está associado com uma redução global na mortalidade neonatal, hemorragia cérebro-ventricular, enterocolite necrosante, respiratórias, internações em unidade de terapia intensiva e infecções sistêmicas nas primeiras 48 horas de vida. O uso de corticóide antenatal para acelerar a maturação pulmonar fetal para mulheres em risco de parto prematuro deve ser o tratamento padrão para os trabalhos de parto prematuro, com poucas exceções.
	Avaliar os efeitos de diferentes regimes de corticóide para as mulheres com risco de parto prematuro (Brownfoot, 2008).	A dexametasona diminuiu a incidência de hemorragia intraventricular comparado com betametasona. Diferenças significativas não foram encontradas para outros desfechos incluindo a síndrome do desconforto respiratório, displasia bronco pulmonar, hemorragia intraventricular grave, leucomalácia periventricular, morte perinatal e peso ao nascer. Sugere-se que a via intramuscular pode ter vantagens sobre uma via oral para a dexametasona.
	Avaliar a eficácia e a segurança no uso de uma dose repetida de corticóide pré-natal (Crowther, 2007).	O tratamento com doses repetidas de corticosteróides foi associado com uma redução na ocorrência e na severidade de qualquer doença pulmonar neonatal e morbidade infantil graves. Doses repetidas de corticóide pré-natal diminuem a ocorrência e gravidade da doença pulmonar neonatal e o risco de sérios problemas de saúde nas primeiras semanas de vida. Há benefícios de curto prazo para bebês prematuros com o uso de doses repetidas de corticóide pré-natal. No entanto, esses benefícios também estão associados com uma redução em algumas medidas de peso e circunferência da cabeça no nascimento, e não há ainda evidências suficientes sobre os benefícios de longo prazo e os riscos.

Fonte: Autoria própria

Elementos da opção	Foco da revisão sistemática/ estudo de custo-efetividade	AMSTAR	Proporção dos estudos que incluíram de forma explícita os grupos prioritários	Proporção dos estudos realizados em países em desenvolvimento	Proporção dos estudos com foco específico na mortalidade perinatal	Último ano de busca
Protocolo Clínico	Avaliar os efeitos na morbidade e na mortalidade fetal e neonatal, a mortalidade e a morbidade materna e as crianças mais velhas, após a administração de corticosteróides à mãe antes do parto prematuro planejado (Roberts, 2006).	11/11	21/21	4/21 (um dos estudos foi realizado no Brasil)	21/21 (considerando-se os desfechos relevantes para o óbito perinatal)	2005
	Avaliar os efeitos de diferentes regimes de corticóide para as mulheres com risco de parto prematuro (Brownfoot, 2008).	11/11	10/10	Não reporta	10/10 (considerando-se os desfechos relevantes para o óbito perinatal)	2008
	Avaliar a eficácia e a segurança no uso de uma dose repetida de corticóide pré-natal (Crowther, 2007).	11/11	5/5	Não reporta	5/5 (considerando-se os desfechos relevantes para o óbito perinatal)	2007

Fonte: Autoria própria

Buscando revisões sistemáticas

Buscando revisões sistemáticas e outras evidências científicas sobre as opções

A busca de evidências sobre as opções disponíveis para resolver o problema foi realizada principalmente a partir das fontes de informação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME/OPAS, <http://www.bvsalud.org>), Eyes on Evidence (<http://www.evidence.nhs.uk>), EvidenceUpdates (<http://plus.mcmaster.ca/EvidenceUpdates>), Health Systems Evidence (<http://healthsystemsevidence.org>), Health-Evidence.ca (<http://www.health-evidence.ca/> e The Lancet. A estratégia de busca se deu pela identificação de revisões sistemáticas a partir dos termos:

- (perinatal or neonatal or newborn or prematur or preterm or fetal) and (mortality or mortalidad or death or morte or muerte or obito) or
- (“mortalidade neonatal” or “mortalidade neonatal precoce” or “morte fetal” or “mortalidade perinatal”) or
- (“mortalidade infantil” and “recem-nascido”)

Termos adicionais foram identificados através de pesquisa nas fontes de informação abordando aspectos das opções que não estavam inicialmente identificados com a palavra-chave. Foram identificadas nas fontes pesquisadas cerca de 900 revisões sistemáticas, as quais foram categorizadas e identificadas aquelas que tinham maior relação com o problema a ser enfrentado.

Sempre que foi possível, as conclusões dos autores foram extraídas e, quando foi o caso, foram introduzidas advertências acerca de conclusões desses autores com base em avaliações de sua qualidade, a aplicabilidade local, equidade e relevância para a questão.

Sobre a síntese de evidências

Essa síntese de evidências atende a um chamado da iniciativa EVIPNet - Evidence-Informed Policy Network e foi construída seguindo a metodologia SUPPORT para elaboração de políticas de saúde baseadas por evidências científicas.

A partir de uma Oficina sobre a metodologia SUPPORT realizada em Brasília e promovida pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit/MS) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, se constituiu um grupo de trabalho composto de representantes de instituições do Conselho Consultivo da EVIPNet Brasil e outros representantes especialistas na temática Mortalidade Infantil.

Referências

1. BERGSJO, P.; VILLAR, J. Scientific basis for the content of routine antenatal care. II. Power to eliminate or alleviate adverse newborn outcomes; some special conditions and examinations. **Acta Obstet Gynecol Scand**, Bergen, Norway, v. 76, n. 1, p. 15-25, jan. 1997.
2. BIREME. **Descritores em Ciências da Saúde - DeCS**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>. Acesso em: abr. 2010.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. BROWNFOOT, F. C.; CROWTHER, C. A.; MIDDLETON, P. Different corticosteroids and regimens for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2008, Issue 4. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD006764>>. Acesso em: abr. 2010.
5. BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A. ; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, set./out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500003&lng=pt> Ministério da Saúde>. Acesso em: abr. 2010.
6. CLELAND, J. et al. Family planning: the unfinished agenda. **Lancet**, v. 368, n. 9549, p. 1810-1827, 18 nov. 2006.
7. CONDE-AGUDELO, A.; ROSAS-BERMÚDEZ, A.; KAFURY-GOETA, A. C. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. **Am J Obstet Gynecol**, Bogotá, Colômbia, v. 196, n. 4, p. 297-308, Apr. 2007.
8. CROWTHER, C. A.; HARDING, J. E. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for preventing neonatal respiratory disease. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2007, Issue 3. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD003935>>. Acesso em: abr. 2010.

9. DARMSTADT, G. L. et al. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? **Lancet**, v. 365, n. 9463, p. 977-88, 12-18, mar. 2005.
10. FRIAS, P. G.; MULLACHERY, P. H.; GIUGLIANI, E. R. J. Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 416 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf>. Acesso em: abr. 2010.
11. HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2007, Issue 3. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD003766>>. Acesso em: abr. 2010.
12. HOFMEYR, G. J.; NIKODEN, V. C.; WOLMAN, W. L. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour and breast feeding. **Br J Obstet Gynaecol**, v. 98, n. 1991, p. 756-764, aug. 1991.
13. HOFMEYR, G. J. et al. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 1. Disponível em: <<http://apps.who.int/rhl/reviews/CD001059.pdf>>. Acesso em: abr. 2010.
14. LANSKY, S. et al. **A mortalidade infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal em 20 anos do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
15. LANSKY, S.; FRANÇA, E. **Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas**. In: Rede Interagencial de Informações para saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: OPAS, 2009. p. 83-112.
16. Disponível em: <http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/LIVRO_DEMOGRAFIA_E_SA%C3%9ADE_WEB.pdf>. Acesso em: abr. 2010.

17. LAURANT, M. et al. **Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria**. La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Disponível em: <<http://www2.cochrane.org/reviews/es/ab001271.html>>. Acesso em: abr. 2010.
18. MURPHY, K. E. et al. Multiple courses of antenatal corticosteroids for preterm birth (MACS): a randomised controlled trial. **Lancet**, v. 372, n. 9656, p. 2143-51, dec. 2008.
19. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
20. ROBERTS, D.; DALZIEL, S. R. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 1, 2010. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD004454>>. Acesso em: abr. 2010.
21. RUSTEIN, S. O. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the demographic and health surveys. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 89, apr. 2005. Suppl. 1: S7-S24.
22. SCOTT, K. D.; BERKOWITZ, G.; KLAUS, M. A comparison of Ministério da Saúde intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. **Am J Obstet Gynecol**, v. 180, n. 5, p. 1054-9, maio 1999.
23. SIMPSON, K. N.; LYNCH, S. R. Cost savings from the use of antenatal steroids to prevent respiratory distress syndrome and related conditions in premature infants. **Am J Obstet Gynecol**, v. 173, n. 1, p. 316-21, jul. 1995.
24. SÍNTESE de Indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: Abr. 2010

25. VILLAR, J. et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*, v. 357, n. 9268, p. 1551-64, maio 2001.

26. VILLAR, J. et al. Patterns of routine antenatal care for low risk pregnancies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, 2010. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD000934>. Acesso em: abr. 2010.

27. VILLAR, J.; GÜLMEZOGLU, A. M.; DE ONIS, M. Nutritional and antimicrobial interventions to prevent preterm birth: an overview of randomized controlled trials. *Obstet Gynecol Surv*, v. 53, n. 9, p. 575-85, sept. 1998.

28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal**. Ginebra, 2002. 41 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30_spa.pdf>. Acesso em: abr. 2010.

29. WORLD CONFERENCE ON HUMAN RIGHTS AND MILLENNIUM ASSEMBLY, Sept. 2000. **United Nations Millennium Declaration: General Assembly resolution 55/2 of 8 September 2000**. Disponível em: <<http://www2.ohchr.org/english/law/millennium.htm>>. Acesso em: abr. 2010.

30. YEAKEY, M. P. et al. How contraceptive use affects birth intervals: EVIPNet results of a literature review. *Stud Fam Plann*, v. 40, n. 1, p. 205-214, sept. 2009.

31. ZHANG, J. et al. Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*, v. 88, n. 4 part 2, p. 739-744, oct. 1996. 1996; 88(4 Part 2):739-744.

EVIPNet Brasil

A EVIPNet - Evidence-Informed Policy Network - visa fomentar a uso apropriado de evidência científica no desenvolvimento de políticas em saúde. Essa iniciativa promove o uso sistemático de evidências de pesquisa na formulação de políticas e programas de saúde através do intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes do controle social. A EVIPNet promove ainda o uso compartilhado do conhecimento científico e sua aplicação, em formato e linguagem adequados aos gestores de saúde, seja na prática clínica, gestão dos serviços e sistemas de saúde, formulação de políticas públicas e cooperação técnica entre os países participantes.

No Brasil, a coordenação da Rede é exercida pela Coordenação-Geral de Gestão do Conhecimento do Decit/MS, com a colaboração das instituições que compõem o Conselho Consultivo EVIPNet Brasil (Portaria nº 2.363 de 7 de outubro de 2009):

Ministério da Saúde

- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS)
- Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME/OPAS/OMS)
- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)
- Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia do Conselho Nacional de Saúde (CNS)
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

Organizadores

Jorge Otávio Maia Barreto, MSc.

Doutorando, Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Especialista em Gestão da Saúde, Secretário Municipal de Saúde de Piripiri, Piauí, Brasil.

Secretário Extraordinário de Ciência e Tecnologia do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Membro do Conselho Consultivo da EVIPNet Brasil.

Carmen Verônica Mendes Abdala, Mestre em Ciência da Informação, Gerente de Serviços Cooperativos de Informação do

Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), membro do Conselho Consultivo da EVIPNet Brasil.

Alfredo Schechtman, Mestre em Medicina Social, Ministério da Saúde.

Edgardo Abalos, MD, Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP), WHO Collaborative Centre for Research in Maternal and Child Health.

Nathan Mendes Souza, MD, MMedEd, Doutorando em Metodologia de Pesquisa em Saúde, Departamento de Epidemiologia Clínica e Bioestatística, Universidade de McMaster, Canadá.

Financiamento

Esta síntese de evidências foi financiada pelo Ministério da Saúde do Brasil, mediante recursos do programa EVIPNet Brasil, em colaboração com a OPAS/OMS. Os pontos de vista expressos neste documento são os dos autores e podem não representar pontos de vista das instituições supracitadas.

Conflito de interesses

Os autores declaram não possuir nenhum conflito de interesse. Os financiadores não interferiram no desenho, elaboração e divulgação dos resultados desta síntese.

Revisão do mérito desta síntese de evidências

Esta síntese de evidências foi analisada por investigadores, gestores e partes interessadas externas na busca de rigor científico e relevância para o sistema de saúde.

Como citar esta publicação

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 43 p.

ISBN 9788533419278



DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Acesse: <http://brasil.evipnet.org>



Ministério da
Saúde



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE ESPECIALIZAÇÃO
EM SAÚDE COLETIVA



CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



Conselho
Nacional
de Saúde

