



A população mobilizada para as manifestações contra o encerramento dos Blocos de Parto fê-lo com a informação adequada?

Comissão Nacional da Saúde Materna e Neonatal – CNSMNN

Evolução da assistência materno-infantil. Explicações para a proposta actual.

1 – Há 15 anos, as taxas de mortalidade infantil (óbitos no primeiro ano de vida) e materna (óbitos durante o trabalho de parto) em Portugal eram as mais elevadas da Europa. Por cada mil recém nascidos faleciam 15 e, por cada falecido, cerca de 3 ficavam com sequelas graves.

2 – Em 1990, a Doutora Leonor Bezeza, Ministra da Saúde de então, deu luz verde a uma Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (CNSMI), exclusivamente técnica, para propor e executar um Programa Nacional de Saúde Materna e Infantil (PNSMI) que visasse resolver esta calamidade.

3 - 15 anos depois, Portugal deixou a cauda da Europa; foi o País que mais rapidamente evoluiu nesta área. Evoluímos dos 15 óbitos por mil nascimentos para 3,8 em 2004. Atingimos o Grupo dos melhores na mortalidade abaixo dos 5 anos no relatório da UNICEF em 2005.

4 – A ausência de entraves e interferências político - partidárias, a nomeação sucessiva desta CNSMI por todos os Ministérios da Saúde (MS), permitiram a implementação contínua deste Programa, evitando alterações significativas da estrutura e processos desenvolvidos, sendo reconhecido por toda a sociedade portuguesa e aceite por todos os profissionais como um autêntico Património.

5 – Na base deste sucesso esteve a **Missão** definida no PNSMI que visava a criação de condições para assegurar a qualidade e segurança contínua no Parto e no Nascimento a toda a população e implementar um Sistema de Vigilância da Grávida e do Recém-Nascido (RN) a nível nacional.

6 – Nascia-se mal em cerca de 200 locais. Apesar da concentração dos partos em 50 hospitais, nem todos conseguiram até hoje as condições necessárias para fazer face a todas as situações de risco.

As populações dos 150 locais que encerraram os Blocos de partos há 15 anos nunca reivindicaram a reabertura dos locais de partos nem se arrependem das alternativas colocadas à disposição.

7 – Estas situações felizmente só acontecem em cerca de 5% dos partos, mas por serem quase sempre inesperadas, exigem soluções imediatas.

8 – Para evitar este risco existem exigências estruturais definidas por sociedades científicas nacionais e internacionais:

Cada Bloco de partos deve ter uma equipa constituída por 2 Obstetras mais 1 Interno ou o apoio permanente de 1 Cirurgião que possa garantir uma cesariana e um parto não normal em simultâneo, 1 Pediatra com Competência em Neonatologia, 1 Anestesiologista, Enfermeiras Parto, Enfermeiros com especialidade em Saúde Infantil, disponibilidade permanente de Laboratório de Sangue e Análises Clínicas, disponibilidade de apoio de Cirurgia Geral para complicações obstétricas, para além do equipamento e instalações para monitorizar e concretizar o parto e a reanimação do RN.

Incluindo os auxiliares de acção médica e secretariado são necessários cerca de 20 elementos com presença fixa contínua e imprescindível.

9 – Uma maternidade que não efectua 3-4 partos por dia não consegue fornecer experiência exigida a toda a equipa.

10 – Neste momento a questão essencial não é da insegurança e a falta de qualidade permanente no nascimento como se verificava há 15 anos, mas a necessidade de garantir, de forma contínua, em todos os hospitais e a toda a população os incontestáveis avanços conseguidos desde então.

11 – Podemos continuar a correr o risco naqueles 5% dos partos que ocorrem sem segurança contínua?

12 - Em Portugal ainda há cerca de 10% da população que não tem esta garantia. Isto passa-se em cerca de um terço dos hospitais.

13- A maioria dos hospitais visados, embora tenha melhorado substancialmente, não conseguiu atingir nos últimos 10 anos, o movimento mínimo, nem criar condições para atrair os recursos humanos necessários.

O nº reduzido de Obstetras e Pediatras de que dispõem, não são suficientes para constituir as equipas mínimas de Urgência sendo necessário recorrer muitas vezes a colegas já aposentados.

14 - A referenciação das grávidas de risco para hospitais com melhor capacidade, prática já consolidada em todo o País, confirma que é possível o transporte da grávida sem complicações, permitindo salvar muitos recém nascidos.

15 - A CNSMC há 10 anos que propõe aos sucessivos Ministros como solução a concentração dos partos, sempre que tal acarrete benefícios reais para a população. Com tal solução é possível, com os actuais recursos, não só minimizar o risco, como fornecer condições de qualidade e segurança no parto e no nascimento, a toda a população.

Sem esta explicação a mobilização da população é compreensível, por não dispor da informação necessária para a efectiva defesa dos seus interesses. Custa ver as nossas mulheres e população dos locais visados a manifestarem-se, mobilizada por gente de boa fé, a perseguir valores que todos defendemos, mas involuntariamente a serem empurrados para o abismo por falta de informação correcta.

17 - Assim sendo, esclarecemos alguns pontos da proposta técnica que não têm sido devidamente transmitidos à população:

a - O encerramento das Maternidades nunca esteve em causa. Para termos cada vez mais gravidezes bem sucedidas e crianças saudáveis, é necessário garantir uma vigilância contínua tanto à grávida como ao RN e de fácil acessibilidade.

b - Para que todos os partos sejam realizados em ambiente de maior segurança técnica e humanizante, propõe-se sim o encerramento dos Blocos de Partos que nos últimos anos não conseguiram os recursos humanos necessários, nem atingir o movimento mínimo capaz de anular o risco e de fornecer a experiência técnica e científica no domínio perinatal. Este encerramento só foi proposto para os locais em que a população venha a dispor de alternativas de maior qualidade e a uma distância não superior a 30 minutos.

c - Os profissionais libertos da equipa de urgência ficam assim mais disponíveis para efectuar outras actividades médicas essenciais: consultas de referência, consultas de vigilância das grávidas de risco, a assistência ginecológica, assistência do pós parto, bem como para adquirir formação e efectuar ecografias e outros exames complementares. Estas sim, são actividades assistenciais que devem continuar próximas das populações, constituindo um direito do qual não se pode abdicar e cuja acção interfere directamente na vigilância e programação da gravidez.

d - Aos profissionais são garantidos projectos mais atraentes. Poderão continuar a fazer os partos das suas parturientes integrando as equipas dos locais onde ele vai ser efectuado.

e - O único aparente incómodo para a população é o ter de se deslocar no dia do parto, menos de 30 minutos, em boas redes viárias, em transporte assegurado se necessário, com pessoal

especializado, para um local que oferece melhores condições para garantir a tal contínua qualidade e segurança do parto.

f - Numa gravidez bem vigiada e com informação adequada, raramente o parto ocorre fora das Maternidades. A grávida fica a conhecer bem o momento em que se deve deslocar.

g - As soluções propostas, ao contrário do que parecerá à primeira vista, não promovem a desertificação. Favorecem a concretização e vigilância da gravidez junto à área de residência e aumenta a probabilidade de conseguir um RN vivo e sem sequelas, registado no seu local de residência 3 dias depois do parto.

h - Não se pode continuar a esconder à população que localmente o parto é mais arriscado e que o pode fazer com mais segurança a menos de 30 minutos de distância ou onde o desejar.

i - Esta proposta defende a saúde de todas as nossas mulheres e dos nossos filhos a nível nacional. Se concretizada, colocamos entre os países com melhor organização materno-infantil do mundo.

j - Este texto serviu para fornecer a informação técnica e acrescentar alguma racionalidade a esta questão para não hipotecar nem atrasar a solução.

Será muito perigoso para a consolidação da melhoria da Saúde Materna e Infantil em Portugal que as soluções para este problema, deixem de ser técnicas, que interferências político-administrativas, façam com que o bairrismo e o partidarismo dificultem a consolidação de valores como a **competência**, o **profissionalismo**, a **colaboração**, a **cooperação**, e a **complementaridade interinstitucional**, fundamentais para o suporte da Assistência Materno Infantil Nacional.

Pela Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança

Nota Editorial: Os recentes pareceres técnicos emanados da Comissão Nacional da Saúde Materna e Neonatal – CNSMNN, referidos neste comunicado podem ser consultados na sua totalidade através das seguintes ligações electrónicas:

http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/096F8E9F-5A84-4DE9-AAB3-B9CEF497869B/0/Requalificacao_Urgencia_Perinatal.pdf

http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/11BC1174-31D8-4571-A83D-D0808E52E4E2/0/Org_Perinatal_Nacional.pdf