

## "When I saw my neighbor's beard burning...." "Quando vi as barbas do meu vizinho a arder..."

Nuno Clode\*

Serviço de Obstetrícia – Hospital de Santa Maria/Centro Hospitalar de Lisboa Norte

### Abstract

The high maternal mortality rate in the United States has worried health care providers. Portugal has a lower maternal mortality rate but with the financial constraints of the National Health Service can face the same problem in the future

**Keywords:** Maternal mortality

... **P**us as minhas de molho". Foi este antigo provérbio ibérico que me ocorreu quando li o artigo escrito, entre outros, pelos atual e anterior presidentes do *American College of Obstetricians and Gynecologists* e publicado na edição de 1 de Novembro de 2018 do *New England Journal Medicine* (NEJM) – *What We Can Do about Maternal Mortality – And How to Do It Quickly*<sup>1</sup>.

Do outro lado do Atlântico, os nossos vizinhos norte-americanos "ardem" com a elevada taxa de mortalidade materna (TMM) que em 2015 os colocava em 47º lugar no *ranking* mundial de mortalidade materna<sup>2</sup>. Embora a definição de morte materna nos EUA – mortes ocorridas durante a gravidez ou nos 12 meses do final da gravidez – seja diferente da preconizada pela OMS - mortes ocorridas durante a gravidez e até o 42º dia pós-parto – e que é aceite por muitos países (e Portugal é um deles), a TMM dos EUA é, sem dúvida, alta para os parâmetros do mundo ocidental.

Em 2018, a TMM dos EUA foi de 20,7 por 100.000 nascidos vivos<sup>3</sup>, quase o dobro do registado em 1990 – e uma das explicações para tal é o de um melhor registo e codificação de morte materna e não uma deterioração nos cuidados de saúde materna dos EUA<sup>4</sup>. Existe uma ampla ampla variação da TMM estadual – 4,5/100.000 nados vivos na Califórnia e 46/100.000 nados vivos na Geórgia<sup>5</sup> – e uma clara associação com a etnia, sendo o risco maior em mulheres negras não

hispânicas, e com a idade materna avançada (> 45 anos)<sup>5</sup>; outros fatores de risco associados foram o estado civil, a gravidez indesejada, um menor número de consultas pré-natais e a existência de diabetes<sup>5</sup>.

Muitas causas tem sido apontadas para a elevada TMM nos EUA: uma grande população rural (mas há países com uma maior população rural, como o Canadá, e que apresentam uma TMM menor), a elevada imigração (mas as mulheres hispânicas, a maioria imigrante nos EUA, apresentam uma baixa TMM), a alta taxa de cesariana, a alta prevalência de fatores médicos, tais como doença hipertensiva, diabetes e obesidade. No entanto, a disparidade nos cuidados de saúde e no acesso da população aos cuidados médicos, parecem desempenhar um papel significativo na TMM<sup>5</sup>.

Com os alarmes a soarem – a barba a arder! –, iniciou-se uma avaliação das causas de MM e um relatório recente<sup>6</sup> reportando-se a nove estados dos EUA mostrou que as principais foram doenças cardiovasculares e coronárias e hemorragia pós-parto (cada uma representando 14%); outras causas significativas, mas de menor prevalência, foram a cardiomiopatia, as infecções, o tromboembolismo venoso, a pré-eclâmpsia/eclâmpsia e a doença mental materna. Impressiona que mais de 60% das mortes relacionadas com a gravidez eram evitáveis - principalmente as associadas a hemorragia e eventos cardiovasculares ou coronários.

Chocados com a elevada taxa de mortalidade materna, que num número significativo pode ser evitado, os autores do artigo do NEJM<sup>1</sup> sugerem que em todos os hospitais do país se tomem medidas para reduzi-la e que passariam 1) pela implementação de protocolos

\*Diretor de Serviço de Obstetrícia, Clínica Universitária de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte (Hospital de Santa Maria)

de diagnóstico e actuação de complicações obstétricas previsíveis (ie: eclâmpsia, hemorragia pós-parto); 2) pela promoção de reuniões multidisciplinares para rever os fatores de risco e atitudes a tomar, não apenas para a grávida de alto risco, mas para toda a grávida, principalmente se estiver programada uma cesariana; 3) pelo incentivo do treino em emergências obstétricas para todos os que trabalhem em Bloco de Partos e 4) pela criação de redes entre os hospitais de menor e maior recursos por forma a permitir e agilizar a transferência de grávidas que possam exigir níveis mais elevados/diferenciados de cuidados saúde.

Olhamos para os vizinhos atlânticos e respiramos de alívio pois os números portugueses são bem diferentes. A TMM portuguesa em 2017 foi de 10,4/100.000 nado-vivos ([www.pordata.pt](http://www.pordata.pt)), bem inferior à reportada do outro lado do oceano! Aliás, desde 1949 que a MM em Portugal iniciou um processo de queda e a partir de 1990 atingimos valores abaixo de 10/100.000 nado vivos<sup>7</sup>, muito provavelmente pela implementação do Sistema Nacional de Saúde e de um programa de acesso fácil e universal ao cuidados pré-natais, à assistência ao parto, às consultas de planeamento familiar e à interrupção voluntária da gravidez.

No entanto, a TMM tem vindo a subir – era de 3,8/100.000 nado vivos em 2008 – podendo tal ser imputável a um melhor registo de dados; mas é também possível que outras causas possam também estar na origem deste incremento, nomeadamente um maior número de mulheres a optarem pela gravidez na 4ª década de vida e uma maior prevalência de obesidade e doenças crónicas na população. Sendo o último relatório oficial sobre mortalidade materna de 2009<sup>8</sup>, o único que se pode fazer é especular sobre as causas de MM actuais.

Quase tudo o que é proposto pelo artigo do NEJM é praticado entre nós mas, talvez com excepção da referenciação regional, todas as boas práticas sugeridas dependem da disponibilidade e do número de profissionais envolvidos em cada centro hospitalar. No momento de crise actual do SNS, com a diminuição do pessoal contratado e a exigência laboral, a elaboração

de protocolos, os treinos regulares para situações de crise, a discussão multidisciplinar de casos, pode não ter espaço e daí ficarem comprometidos os cuidados de saúde proporcionados à população com eventual reflexo na TMM.

Não basta, pois, ficarmos a olhar para as barbas do vizinho (Atlântico!) a arder. Pormos as nossas de molho significa que acreditamos que os bons resultados, em termos de Mortalidade Materna, conseguidos nas últimas décadas em Portugal foram fruto de um investimento em saúde e que o empenho tem de ser mantido. Descurá-lo, desinvestir, pode resultar em voltarmos a um tempo em que engravidar e dar à luz era sinónimo de incerteza e de preocupação para a mulher em idade reprodutora e sua família.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mann S, Hollier LM, McKay K, Brown H. What We Can Do about Maternal Mortality – And How to Do It Quickly. *N Engl J Med.* 2018;379 (18): 1689-1691.
2. <http://world.bymap.org/MaternalMortality.html>
3. [https://www.americashealthrankings.org/explore/health-of-women-and-children/measure/maternal\\_mortality](https://www.americashealthrankings.org/explore/health-of-women-and-children/measure/maternal_mortality).
4. Joseph KS, Lisonkova S, Muraca GM, Razaz N, Sabr Y, Mehrabadi A, Schisterman EF. Factors underlying the temporal increase in Maternal Mortality in the United States. *Obstet Gynecol* 2017;129:91-100.
5. Moaddab A, Dildy GA, Brown HL, Bateni ZH, Belfort MA, Sanghi-Haghpeykar H, Clark SL. Health care disparity and pregnancy related mortality in the United States, 2005-2014. *Obstet Gynecol* 2018;131:707-12.
6. Metz TD. Eliminating preventable Maternal Deaths in the United States: progress made and next steps. *Obstet Gynecol* 2018;132:1040-1045.
7. Neves JP, Ayres de Campos D. Mortalidade materna em Portugal desde 1929. *Acta Obstet Ginecol Port* 2012;6:94-100.
8. Ventura MT, Gomes MC. Mortes maternas em Portugal 2001-2007. Direção Geral de Saúde. Lisboa 2009.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

E-mail: [nclode@netcabo.pt](mailto:nclode@netcabo.pt)

**RECEBIDO EM:** 4/3/2019

**ACEITE PARA PUBLICAÇÃO:** 5/3/2019