

Abertura do bloco operatório do Centro de Saúde de Buba

Sara Bruins, M.D., Matias Nhonó, Jordão Té, M.D., Patrício Dingana Sanha, M.D.

Centro de Saúde de Buba, Região de Quínara, 2 de Fevereiro 2021

INTRODUÇÃO

O centro de saúde (CS) de Buba, localizado na capital da Região de Quínara, cobre uma população estimada de 45.915 habitantes.¹ Por volta de 20% da população da região é representada por mulheres de idade fértil e grávidas.²

A construção do bloco operatório (BO) de Buba foi finalizado em 2017, com o objetivo de reduzir mortes maternas e neonatais, pois a Guiné-Bissau ainda apresenta uma das taxas de mortalidade mais altas nestes indicadores, 900/100.000 nascimentos e 22/1000 nados vivos, respetivamente.^{3,4} No que diz respeito à Região de Quínara, apesar da redução ao longo dos anos, a taxa de mortalidade neonatal continua acima da meta estipulada pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, nomeadamente 33/1000 nados vivos.⁴

Desde 2017 que o BO não entrou em funcionamento, pelo que muitas grávidas tiveram de ser evacuadas desnecessariamente, para poderem receber cuidados cirúrgicos adequados.

OBJETIVOS

- 1) Apresentar a evolução do BO do CS de Buba, até à situação atual.
- 2) Enfatizar a importância da abertura e funcionamento do BO para a Saúde Materno-Infantil na Região de Quínara, nomeadamente a redução da mortalidade de ambos os grupos alvo.

METODOLOGIA

- ❖ Organização estrutural e logística do BO: Novembro 2020 e Março 2021.
- ❖ Inclui: circuito de entrada/saída; sala (pós-) operatória; circuito de limpeza e esterilização dos materiais cirúrgicos; inventário e arrumação de recursos materiais.
- ❖ Análise retrospectiva dos dados referentes às evacuações, às mortes maternas (MM) e aos óbitos fetais. Período de análise: Janeiro 2017 até Dezembro 2020.
- ❖ Realização de uma sessão fotográfica “Antes e Depois” do BO de Buba.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Evacuações

O total de evacuações, nos últimos 3 anos, foi de 142 mulheres, das quais 73% (N=104) foram devido a razões obstétricas, 13% (N=18) não foi mencionado o motivo da evacuação e os restantes 14% (N=20) foram devido a anemia severa (gráfico nº 1). Em média, a percentagem de transferências anual foi de 12%. Em todos os anos, as razões obstétricas foram as mais registadas e incluem complicações maternas, tal como: distúrbios hipertensivos, hemorragias, trabalho de parto prolongado, gravidez ectópica, cesariana prévia; e fetais, como, por exemplo: sofrimento fetal, gemelares, apresentação fetal anormal (gráfico 2).

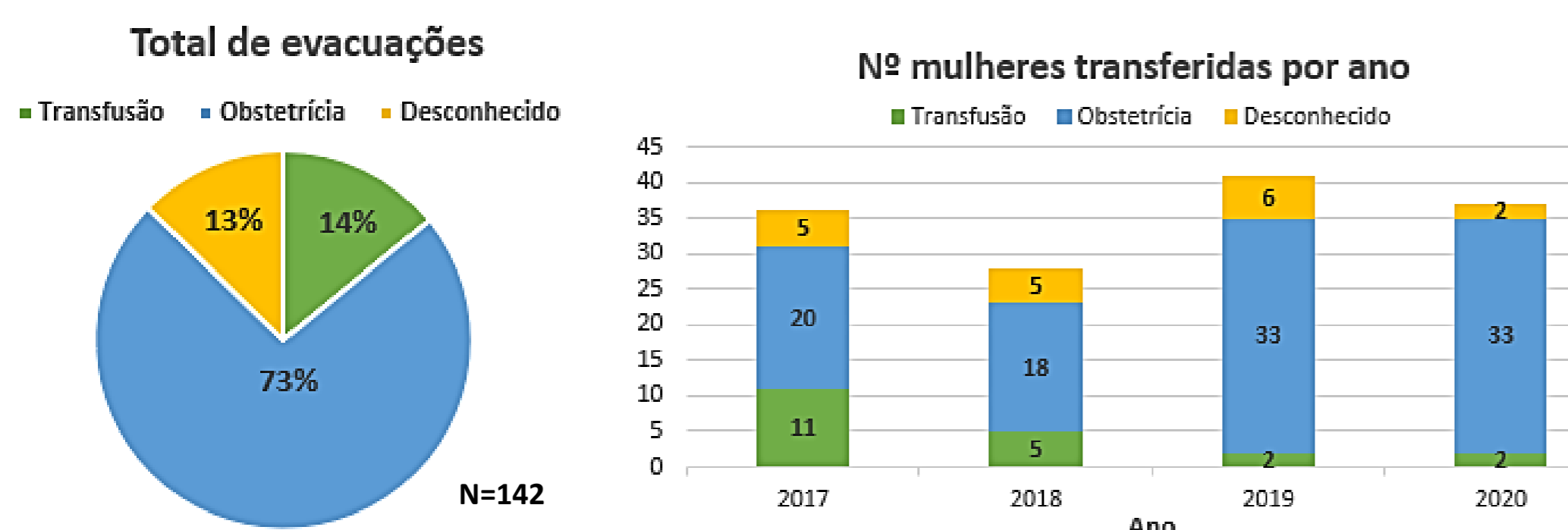


Gráfico 1: Evacuações realizadas para o Hospital de Catió (Tombali) e Hospital Nacional Simão Mendes (Bissau).

Gráfico 2: Evacuações realizadas entre 2017 e 2020, divisão por ano e categorizado por motivo de evacuação.

Para além disso, notou-se um declínio considerável nas transferências feitas por motivos de transfusão sanguínea. Isto, provavelmente, deve-se ao facto do banco de sangue de Buba ter entrado em funcionamento no ano 2018 (gráfico nº 2).

Mortalidade materna e neonatal

Em média, o CS de Buba, tem 24 partos por mês, sendo a grande maioria nados vivos (gráfico 3). Porém, entre 2017-2020, ocorreram 4 MM e 81 nados mortos (NM). Das MM, uma poderia eventualmente ter sido evitada com o BO, pois foi o resultado de um trabalho de parto prolongado. Em 41% (N= 33) dos NM a informação está incompleta para se avaliar com rigor a causa da morte. Contudo, com base nos dados disponíveis, pressupõe-se que teria sido possível evitar os NM com o apoio do BO, nos casos dos partos distócicos (N=7) e gemelares (N=6). Os restantes casos incluem partos domiciliários (N=5), anomalias congénitas/fetos macerados (N=5) e casos de prematuridade (N=25).

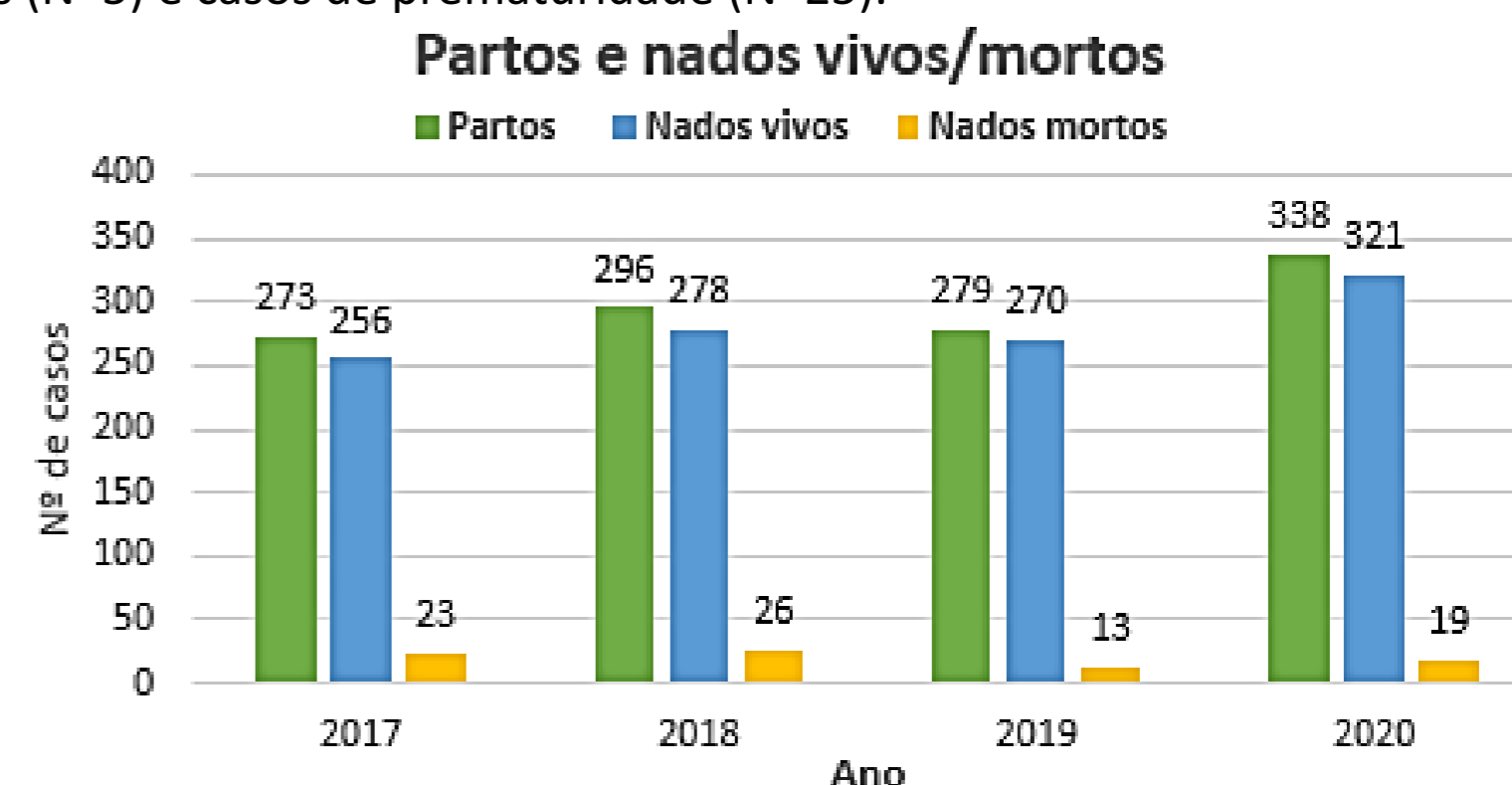


Gráfico 3: Número de partos, nados vivos e nados mortos, divisão por ano (2017-2020).

Nota: -Foram excluídos na contagem os abortos e os casos com dados incompletos.

-Valores discrepantes entre nº de partos e nados vivos/mortos, devido a partos gemelares.

Reportagem fotográfica: O “antes” à esquerda (ou cima) e o “depois” à direita (ou baixo).



Figura 1: Área de lavagem de mãos.



Figura 2: Corredor principal.



Figura 3: Sala operatória.



Figura 4: Sala de limpeza e desinfecção.



Figura 3: Sala de esterilização e armazenamento dos materiais.



Figura 3: Sala pós-operatória e vigilância das grávidas com CTG.

CONCLUSÃO

Num total de 142 evacuações efetuadas desde 2017, 73% poderia ter sido evitada com a presença de um BO. Relativamente à mortalidade materna e fetal, estimou-se uma redução na mortalidade de 25% e 27%, respetivamente, se o BO estivesse em funcionamento. A consequência principal da presença de um BO no CS de Buba será o melhoramento da prestação de cuidados materno-fetais e a redução de transferências desnecessárias por motivos obstétricos. Assim sendo, muitas complicações da região, poderão ser evitadas e solucionadas tendo a disponibilidade de cuidados obstétricos cirúrgicos adequados.

No final de Março 2021 será previsto a realização da primeira cesariana, sendo interessante no futuro avaliar o efeito nas evacuações e na mortalidade de ambos os grupo alvo na população beneficiária de Quínara, especificamente no CS de Buba.

BIBLIOGRAFIA

[1] UE-ACTIVA, IMVF, RESSAN-GB, 2016; *Diagnóstica de Quínara*; FED/2015/358-417, Bissau (visualizado 2-2-2021; <http://ressan-gb.gw/index.php/documentos/8-diagnostico-quinara-validado/file>)

[2] IMVF 2016; *Anexo A. 2 – Formulário de apresentação do pedido completo, Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materno e Infantil II*; Lisboa

[3] UNICEF (parceiros: PNUD, FNUAP, Plan Guiné Bissau, IPHD), 2014; *Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS5) 2014*; República da Guiné-Bissau (visualizado 2-2-2021, https://www.unicef.org/infobycountry/files/unicef_MICS_Guinea-Bissau_2014.pdf)

[4] Ministério da Economia e Finanças, Direção Geral do Plano/Instituto Nacional de Estatística (INE), 2020; *Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS6) 2018-2019, Relatório Final*; Bissau, Guiné-Bissau