

A smiling pregnant woman with dark hair, wearing a light blue sleeveless dress, stands in front of a brick wall. She is holding her belly with both hands. The background shows a brick wall and some foliage.

DOMINGOS QUIALA CRISTÓVÃO

PARTOS DOMICILIARES NOS BAIRROS DE LUANDA

**CASO DE ESTUDO
NA COMUNA
DO CAMAMA**

AUTOR**Domingos Quiala Cristóvão****TÍTULO****Partos Domiciliares nos Bairros de Luanda: Caso de Estudo na Comuna do Camama****EDIÇÃO**Quântica Editora – Conteúdos Especializados, Lda.
Praça da Corujeira n.º 38 · 4300-144 PORTO**CHANCELA**

Mybook – Conteúdos de Autor

DISTRIBUIÇÃOBooki – Conteúdos Especializados
Tel. 220 104 872 · Fax 220 104 871 · E-mail: info@booki.pt · www.booki.pt**REVISÃO**

Michel Kanianga

DESIGNRaquel Boavista
Delineatura, Design de Comunicação · www.delineatura.pt**IMPRESSÃO**

Impresso em Espanha, agosto 2019

TIRAGEM

1000 exemplares

DEPÓSITO LEGAL

459371/19



A **cópia ilegal** viola os direitos dos autores.
Os prejudicados somos todos nós.

Copyright © 2019 | Quântica Editora – Conteúdos Especializados, Lda.

Todos os direitos reservados a Quântica Editora – Conteúdos Especializados, Lda. para a língua portuguesa. A reprodução desta obra, no todo ou em parte, por fotocópia ou qualquer outro meio, seja eletrónico, mecânico, de gravação ou outros, sem prévia autorização por escrito do editor e autor, é ilícita e passível de procedimento judicial contra o infrator.

CDU

- 6 Ciências Aplicadas. Medicina. Tecnologia.
- 61 Medicina. Ciências Médicas.
- 614 Saúde e Higiene Públicas. Prevenção de Acidentes.
- 618 Ginecologia. Obstetrícia. Gravidez. Nascimento. Parto.
Fisiologia e patologia do trabalho de parto, o puerpério e o período pós-parto.

ISBN

Papel: 978-989-892-783-5

Catalogação da publicação

Família: Medicina e Saúde

Subfamília: Ginecologia e Obstetrícia

Epígrafe.....	VII
Dedicatória.....	IX
Agradecimentos.....	XI
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – NOÇÕES SOBRE A SAÚDE MATERNO-INFANTIL	17
1.1 Mortalidade materna em Angola.....	21
1.2 O Município de Belas e a sua rede sanitária.....	22
1.3 Situação anterior do bairro Camama.....	23
1.4 Técnicas de amostragem.....	25
CAPÍTULO II – CONCEITOS BÁSICOS	27
2.1 Parto.....	29
2.2 Caso.....	29
2.3 Parto domiciliar.....	29
2.4 Idade.....	30
2.5 Estado civil.....	30
2.6 Etnia.....	30
2.7 Nível de escolaridade.....	30
2.8 Número de consultas pré-natal.....	31
2.9 Nível económico.....	31
2.10 Bairro.....	31
2.11 Ocupação.....	31
2.12 Razões para os partos domiciliares.....	32
2.13 Critérios de inclusão.....	32
2.14 Critério de exclusão.....	32
CAPÍTULO III – ESTUDOS ANTERIORES SOBRE FACTORES E CAUSAS ASSOCIADAS AOS PARTOS DOMICILIADOS	33
CAPÍTULO IV – CARACTERÍSTICAS DE MULHERES QUE REALIZARAM PARTOS DOMICILIARES	41
4.1 Descrição do estudo.....	43
4.2 Características sociodemográficas das puérperas.....	43
4.3 Local de residência das puérperas do estudo.....	45
4.4 Características obstétricas das puérperas.....	46
4.5 Razões para parto domiciliar referidas pelos Casos.....	46
4.6 Factores associados aos partos domiciliares.....	47
4.6.1 Análise Univariada.....	47
4.6.2 Análise Multivariada.....	48
4.7 Factores sociodemográficos.....	51
4.7.1 Características obstétricas das puérperas.....	54
4.7.2 Causas de partos domiciliares.....	57
Conclusão.....	59
Bibliografia.....	65
Glossário.....	69

Historicamente, o parto era de responsabilidade exclusivamente feminina, e apenas as parteiras realizavam esta prática. Sabe-se que as parteiras não dominavam o conhecimento científico, apenas eram conhecidas na sociedade pelas suas experiências, pois a presença masculina era considerada incómoda durante o trabalho de parto (MOURA, 2007). Assim, na vida da mulher, os acontecimentos sucediam em suas casas, trocavam conhecimentos e descobriam afinidades (MOURA *et al.*, 2007).

No mundo, segundo o relatório da saúde reprodutiva da OMS (2009), mais de um milhão de mulheres morrem a cada ano por causas relacionadas com a gravidez ou com o parto, sendo mais frequente nas jovens entre 15 e 19 anos de idade. A taxa de mortalidade nessa faixa etária é duas vezes maior do que a das mulheres entre os 20 e 24 anos, o que revela a necessidade de dedicar uma maior atenção às jovens e adolescentes.

Nas Regiões de África, América Latina e Caribe morrem mais de 23.000 mulheres anualmente por causas relacionadas com a gravidez e o parto (MOURA *et al.*, 2007). Cada uma destas mortes tem um efeito devastador para a família, para a comunidade e para a sociedade em geral. A mortalidade materna é considerada uma grave violação dos direitos humanos, por ser evitável em 98% dos casos em que as causas são directamente relacionadas com o processo gravídico puerperal (Morte Materna Direita). É considerado óbito materno a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da mesma (OMS, 2009).

CAPÍTULO I

Noções sobre a saúde
materno-infantil

Fazendo-se uma retrospectiva histórica, no que se refere à saúde materno-infantil, ainda na primeira metade do século XX, constatou-se a consolidação do conhecimento e da prática médica obstétrica e neonatal, avanços que culminaram com uma redução significativa, tanto da mortalidade materna como perinatal, em particular nos países desenvolvidos. Entretanto, nos países subdesenvolvidos, persiste a preocupação com a frequência com que ainda ocorrem mortes de mulheres e crianças por complicações decorrentes da gravidez e do parto, embora a maioria delas seria evitável por meio de uma adequada assistência pré-natal, ao parto e aos cuidados básicos ao recém-nascido.

Na história da saúde pública, a atenção materno-infantil tem sido reconhecida como prioritária. Porém a introdução de Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher no ano de 1983 ampliou o elenco de ações de saúde destinadas à parcela feminina da população, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal. A gravidez, apesar de ser um processo fisiológico, produz modificações no organismo materno que o colocam no limite do patológico. Desse modo, se a gestante não for adequadamente acompanhada, sobretudo quando já existe a sobreposição de estados patológicos prévios, o processo reprodutivo transforma-se em situação de alto risco, tanto para a mãe como para o feto. A nível global, no ano de 1998, a razão declarada de mortalidade materna foi de 65,8 óbitos por



Figura 2. Unidades sanitárias da comuna do Camama.

1.4 Técnicas de amostragem

- **Primeira Etapa:** a comuna do Camama tem cinco Unidades Sanitárias que oferecem serviços obstétricos básicos. Nós seleccionamos todas as unidades.
- **Segunda Etapa:** o tamanho da amostra foi dividido equitativamente pelas cinco unidades, para que todas as unidades de Camama tenham o mesmo nível e a mesma capacidade de atendimento. Assim, foram seleccionados, em cada unidade, 24 casos e 48 controlos.
- **Terceira Etapa:** para a inclusão dos casos, todas as mães com partos no domicílio que se apresentaram na primeira consulta de pós-parto nas unidades sanitárias, foram questionadas sobre o seu interesse em participar e todas as que consentiram foram incluídas no estudo. Este procedimento foi repetido em cada unidade até atingir o tamanho da amostra desejada.

CAPÍTULO II

Conceitos básicos

2.1 Parto

O parto é a expulsão do feto como resultado de um produto de concepção numa mulher com gestação entre as 28 e 42 semanas. Designam-se de gravidezes tardias as que se prolongam para além das 42 semanas, quando a maioria dura entre as 38 e as 41 semanas. Cerca de 5% das gestações são tardias. O parto prematuro é aquele que acontece pelo menos 3 semanas antes da data normal. O parto domiciliar é o trabalho de parto realizado fora de uma unidade sanitária ou fora de uma ambulância.

2.2 Caso

Definimos como *Caso* todas as mulheres que tiveram o parto no domicílio (casa ou rua) durante o período em que decorreu o estudo e *Controlo* todas as mulheres que tiveram o parto numa das unidades sanitárias seleccionadas (dentro das suas instalações ou numa das suas ambulâncias).

2.3 Parto domiciliar

O parto domiciliar é o trabalho de parto realizado fora de uma unidade sanitária ou fora de um transporte especializado dos serviços de saúde durante o trajecto para uma unidade sanitária.

classe do ensino de base); *Secundária* (puérpera com nível académico entre a 5ª e 8ª classes do ensino de base); *Médio* (toda a mulher que referiu ter habilitações literárias que variaram da 9ª à 12ª classes geral ou técnico-profissional); *Superior* (mulheres cujo grau académico oscilou entre o bacharelato e o doutoramento passando pela licenciatura).

2.8 Número de consultas pré-natal

O número de consultas pré-natal é o número de vezes que uma puérpera esteve em consultas ou recebida por um profissional de saúde, por razão da última gravidez, na qual resultou o último parto, com registo no cartão de grávida. A avaliação foi feita em relação ao aumento do número de consultas e a aderência ao parto institucional.

2.9 Nível económico

O nível económico, ou seja, renda financeira do casal (foi o valor total do rendimento em kwanzas da família por mês, isto é, todo o rendimento do cônjuge e da esposa, em conjunto) e não apenas da puérpera.

2.10 Bairro

O bairro é considerado como o local onde reside a mulher durante a gravidez, local da sua morada durante o tempo gestacional e/ou onde ocorreu o parto domiciliar.

2.11 Ocupação

A ocupação foi a profissão ou actividade que as puérperas exerceram antes e/ou durante a gravidez, renumeradamente ou não, e foram consideradas as seguintes categorias: *Funcionárias públicas* (todas as puérperas cuja actividade laboral tem ligação directa com o estado); *Funcionárias privadas* (foram todas as

CAPÍTULO III

Estudios anteriores
sobre factores e causas
asociadas aos
partos domiciliarios

Considerando a pertinência do tema e a necessidade de identificarmos problemas em outras partes do mundo e da nossa região, fomos confrontados com a preocupação de rever o que existe no mundo da pesquisa científica sobre os factores e causas associadas aos partos domiciliares.

Assim, um estudo feito por Talwalkar (2009), em Fevereiro, em Parma, Itália, com o tema de "ser, como en la mayoría de los casos, el parto fuera sostiene l'assistenza domiciliare oncologica" chegou à conclusão, juntamente com Lagro M., Liche A., Mumba T., Ntebeka R., van Roosmalen J., que os partos domiciliares surgem como uma mera curiosidade ou desejo das mulheres, mas ainda assim, são acompanhados por profissionais de saúde treinados para o efeito, nunca deixados ao acaso por parteiras tradicionais ou por membros da família sem nenhuma qualificação para o efeito.

Kukulu K. e Oncel S., em Fevereiro de 2009, em Epub, Turquia, fizeram um estudo analítico sobre factores que influenciam as mulheres na tomada de decisão de optarem por partos domiciliares, e concluiu que a decisão de ter o parto em casa está relacionada com dificuldades económicas e/ou o desejo de beneficiar da assistência de vizinhos. Mulheres que tiveram ambos os partos domiciliares planeados e não planeados informaram que o parto domiciliar era inseguro.

No estudo analítico de corte transversal, feito por Cossio Montañó e Mónica Mariel (2007), em Cochabamba, Espanha, com o título "Parto em casa

CAPÍTULO IV

Características de mulheres que realizaram partos domiciliares

4.1 Descrição do estudo

O estudo foi realizado na comuna de Camama, no município de Belas, de 1 de Dezembro de 2013 a 31 de Janeiro de 2014. A Comuna de Camama conta com cinco Unidades Sanitárias que prestam serviços obstétricos básicos e completos para uma população feminina em idade fértil estimada em 87 500. Para o estudo, distribuímos 400 questionários entre estas unidades sanitárias e 360 puérperas que aceitaram responder ao questionário. Das mulheres que aceitaram participar do estudo, 133 foram incluídas como casos e 227 como controlos.

4.2 Características sócio-demográficas das puérperas

A idade das participantes no estudo variou de 10 a 49 anos com uma média de idade de 27,5 (dp: 7,1). Não se observou uma diferença significativa na média de idade entre os casos e controlos: 27,4 (dp=6,6) anos e 27,5 (dp=7,5) anos ($p=0,93$), respectivamente.

A Tabela 1 ilustra as características sócio-demográficas das puérperas incluídas no estudo. Durante a análise, não foram observadas diferenças significativas entre os casos e controlos quanto à distribuição etária ($p=0,955$) e étnica ($p=0,353$).

No entanto, notou-se uma diferença significativa entre os casos e controlos no que concerne ao nível de escolaridade ($p < 0,001$), estado civil ($p < 0,001$), ocupação ($p < 0,001$) e renda mensal familiar ($p < 0,001$). Entre os casos, 42 (31.6%) não tinham nenhum grau de escolaridade. Avaliando o estado civil das participantes, verificou-se que 75 (56.4%) dos casos viviam maritalmente, 74 (55.6%) eram empregadas domésticas e quanto à renda mensal, 88 (66.1%) viviam com menos ou até 20.000 kwanzas mensalmente.

4.3 Local de residência das puérperas do estudo

As puérperas incluídas no estudo provinham de nove dos 12 bairros existentes na comuna da Camama. A maioria das puérperas residia no bairro Sapu que fica a cinco quilómetros da unidade sanitária com serviços obstétricos básicos e completos mais próxima, seguidas das que viviam nos bairros Calemba II, M'Bonde Chapé, Comandante Dangereux e Mutamba (com 12km, 5km, 6km e 5km de distância, respectivamente). De realçar que, além das distâncias dos bairros até às unidades sanitárias, também o acesso destes é difícil.

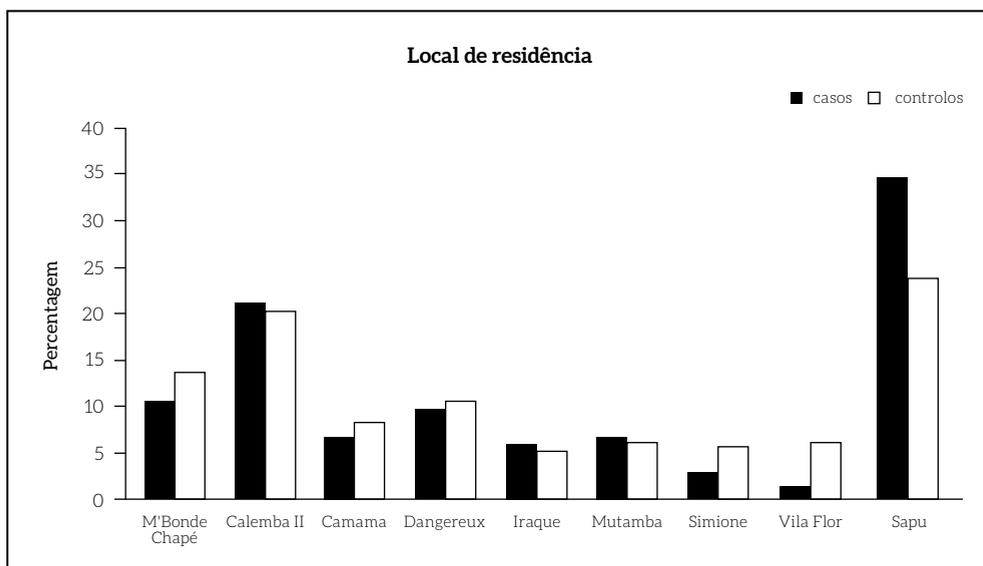


Figura 3. Local de residência das puérperas de Camama em Dez 2013-Jan 2014.
Fonte: adaptação do autor.

4.4 Características obstétricas das puérperas

Quase todas as participantes no estudo fizeram, pelo menos, uma consulta pré-natal, excepto 8, com partos domiciliares que não tiveram nenhuma consulta pré-natal. Porém, 119 (33.1%) puérperas fizeram a sua primeira consulta já no terceiro trimestre da gravidez. Este facto foi mais evidente entre os casos do que os controlos: 22 (16.5%) e 13 (5.7%), respectivamente. A maioria das puérperas com parto hospitalar – 173 (76.2%) – fizeram a sua primeira consulta pré-natal ainda no primeiro trimestre da gravidez, diferente de apenas 58 (43,6%) das que tiveram parto domiciliar.

A Tabela 2 mostra a distribuição das características obstétricas das puérperas incluídas no estudo.

Tabela 2. Distribuição das características obstétricas das puérperas, Camama, Dez 2013-Fev 2014.

Variáveis	Casos (n = 133)	Controlos (n = 227)	Valor-p
Gravidezes:	-	-	-
1 - 3	54 (40.6)	41 (18.1)	P<0.001
≥4	79 (59.4)	186 (81.9)	-
Tempo Gestação 1 CPN:	-	-	-
1º trimestre	58 (43.6)	173 (76.2)	P<0.001
2º trimestre	53 (39.9)	41 (18.1)	-
3º trimestre	22 (16.5)	13 (5.7)	-
Nº CPN:	-	-	-
1 - 2	70 (52.6)	49 (21.6)	P<0.001
≥três	63 (47.4)	178 (78.4)	-

Os *valores-p* comparam a proporção da distribuição das características obstétricas dos casos e controlos.
Fonte: resultados do autor.

4.5 Razões para parto domiciliar referidas pelos Casos

A Tabela 3 mostra-nos as razões mais frequentes apresentadas pelas puérperas que tiveram parto domiciliar durante o período em estudo. Grande

PARTOS DOMICILIARES NOS BAIRROS DE LUANDA

CASO DE ESTUDO NA COMUNA DO CAMAMA

DOMINGOS QUIALA CRISTÓVÃO

Sobre o Livro

Nos países subdesenvolvidos, muitos partos são realizados em casa, sem condições mínimas de higiene, seja com a ajuda de um membro da família ou por parteiras não treinadas. Camama, uma comuna na província de Luanda, com 350 mil habitantes, só tinha uma única instituição de saúde até 2005. Os partos eram realizados no hospital Municipal que fica a 10 quilómetros da comuna.

Em 2008 abriu-se um hospital adicional e em 2011 quatro centros de saúde. Embora estes tenham a capacidade de oferecer cuidados obstétricos básicos de emergência para 10 a 20 mulheres e o hospital, cuidados obstétricos completos de emergência com capacidade para 40 partos por dia, o número de partos domiciliars continua preocupante. De acordo com o relatório anual do município, de Dezembro de 2012 a Janeiro de 2013, verificou-se que, de um total de 4.235 nascimentos registados na comuna de Camama, apenas 2.293 (54,2%) foram partos institucionais e que 1942 (45,8%) partos realizados em casa, demonstrando uma prevalência muito alta de partos domiciliars, apesar dos novos serviços de saúde postos à disposição da população. O objectivo deste estudo foi avaliar os factores associados à entrega em domicílio em bairros da comuna de Camama a partir de Dezembro de 2013 a Janeiro de 2014.

A metodologia usada concentrou-se num estudo de “Caso-Controlo” pareado em idade 1:2, no qual o caso foi definido como todas as mulheres que deram à luz em casa durante o período de estudo e o controlo como todas as mulheres que deram à luz em uma das unidades de saúde seleccionadas de Camama, no mesmo período em que o caso pudesse ser pareado em idade. A técnica de amostragem multi-fase foi utilizada para seleccionar os participantes do estudo. Realizou-se um estudo de caso-controlo 1:2 pareado em idade com o fim de avaliar factores associados a partos realizados fora de instituições sanitárias em bairros da comuna de Camama de Dezembro de 2013 a Janeiro de 2014.



www.booki.pt

