



## **Relatório do dia 21/10**

***“A humanização da assistência ao parto e nascimento e os modelos de atenção ao parto e nascimento”***

***Esther Vilela – Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Mulher/MS***

A coordenadora da Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde Esther Vilela deu início aos debates a partir do tema “A humanização da assistência ao parto e nascimento e os modelos de atenção”.

Destacou que no Brasil o modelo de atenção à mulher gestante é baseado no modelo tecnocrático, que considera o parto como procedimento médico-cirúrgico, com excessivas intervenções hospitalares, retirando da gestante a figura de protagonista de seu próprio corpo.

Informou as diversas práticas que podem comprometer a saúde física e psicológica da gestante, como a ocitocina, o jejum, a restrição de dieta, o não cumprimento da lei do acompanhante, episiotomia desnecessária, não oferta de métodos de alívio da dor, confinamento do leito.

Citou a banalização de cesárias no Brasil (56% em 2013) e destacou que o parto deve ser visto como um evento fisiológico, alterando a atual lógica da intervenção para a lógica do cuidado.

## ***“A Rede Cegonha e as Propostas de Redução da Mortalidade materna e Infantil”***

***Esther Vilela – Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Mulher/MS***

Na sequência, Esther Vilela apresentou o “Programa Rede Cegonha”, política adotada desde 2011 cujo objetivo é a organização e implementação de uma rede de cuidados à saúde materna e infantil e o enfrentamento da mortalidade materno-infantil. Informou que o novo modelo de atenção preconiza o acolhimento e a atenção humanizada e está organizado a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à Saúde da Criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

Dra. Esther Vilela destacou alguns desafios da Rede Cegonha: qualificar a atenção pré-natal, articular o trabalho em rede, inserir as enfermeiras obstetras e obstetrizas.

Por fim, ressaltou a necessidade de incorporação, pelos hospitais, de boas práticas e indicadores, tais como acolhimento com classificação de risco, redução de cesarianas, restrição de episiotomia, contato pele a pele da mãe com o bebê, amamentação na primeira hora, ambiência adequada.

## ***“A mortalidade Materna no Brasil”***

***Marcos Dias - Professor do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz)***

O professor do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz Marcos Dias deu início a sua apresentação demonstrando o panorama internacional da mortalidade materna, com dados da Organização Mundial de Saúde de que, em 2008, aproximadamente 358.000 mulheres perderam a vida durante a gravidez, no parto ou no puerpério, o que significa cerca de mil mortes a cada dia, sendo 90% delas no continente africano e no sul da Ásia.

Noticiou que, segundo informe recente da Organização Mundial da Saúde, na América Latina houve uma redução de 40% entre 1990 e 2013. O Brasil, por sua vez, teve uma redução de 43% no mesmo período.

Marcos Dias enfatizou que causas de mortalidade materna são, na maioria das vezes, evitáveis por ações de saúde. Entre as cinco primeiras estão: hipertensão gestacional, hemorragia, infecção puerperal, doenças do aparelho circulatório e aborto. Segundo a faixa etária, por exemplo, o professor registrou que a principal causa, em todas as idades, é a hipertensão relacionada à gravidez.

Marcos Dias assinalou ainda os avanços nas notificações e investigações dos óbitos no Brasil. Informou também que a redução da mortalidade materna deu-se por fatores como aumento da escolaridade feminina, queda do número de filhos por mulher, redução da desigualdade social, expansão da rede básica de saúde, aumento da cobertura dos serviços de planejamento reprodutivo e do pré-natal e maior acesso e qualificação da assistência hospitalar ao parto e puerpério.

Com relação à atuação do Ministério da Saúde, destacou as linhas de atuação que contribuíram para maior identificação e captação de dados: estratégias para a redução dos óbitos com causas mal definidas, notificação obrigatória do óbito materno, investigação de óbitos de mulheres em idade fértil, busca ativa de óbitos e nascimentos nas regiões Norte e Nordeste.

Marcos Dias mencionou a banalização da cesariana e excessivas intervenções médicas, que comprometem a natureza do parto e aumentam o risco de mortalidade materna em 20% quando feitas sem indicação necessária.

## **Relatório do dia 22/10**

### ***“A mortalidade infantil no Brasil”***

**Paulo Bonilha – Coordenador Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/MS**

O Coordenador Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde Paulo Bonilha tratou sobre a situação da mortalidade infantil no Brasil, informando que a saúde da criança está inserida na Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC), que preconiza a atenção humanizada da gestação e do recém-nascido e o incentivo ao aleitamento materno, dentre outros eixos de atuação.

As causas de mortalidade neonatal são: prematuridade, malformação congênita, infecções perinatais, asfixia, fatores maternos.

Noticiou que o Brasil já cumpriu a meta do Objetivo do Milênio (ODM) nº 4, de reduzir em dois terços, até 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos. Segundo dados do Ministério da Saúde, de 1990 a 2010, a redução da taxa de mortalidade na infância (menores de 5 anos) foi de 77%. Já a taxa de mortalidade infantil (menor de 1 ano) foi de 69,1% entre 1990 e 2012. A redução foi de 9% entre 2010 e 2012. Por fim, a taxa de mortalidade neonatal (até 27 dias) foi de 55,8% entre 1990 e 2012 e de 8% entre 2010 e 2012.

Informou que existe uma Política Intersectorial Federal, denominada Brasil Carinhoso (Lei nº 12.722/2012), que envolve o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde e o Ministério da Assistência Social, cada qual com incentivos dentro de suas respectivas atribuições, como por exemplo o complemento do Bolsa Família ou o estímulo financeiro para que os municípios aumentem o número de vagas para crianças de 0 a 48 meses nas creches públicas ou aquelas conveniadas.

Lembrou experiências exitosas em outros lugares como Chile (Crece Contigo), Cuba (Educa a Tu Hijo), Nurse Family Partnership (EUA), Primeira Infância Melhor (Rio Grande do Sul).

Citou diversas políticas públicas que contribuíram para a redução da mortalidade infantil e incentivo à saúde e desenvolvimento integral da criança. Dois destaques são a Política Nacional do Aleitamento Materno, que estimula a amamentação e previne mortes em crianças menores de 5 anos, e o Programa Nacional de Vacinação, que conta com 12 vacinas para mais de 20 doenças.

“É necessário não se olhar somente para a morte em si, mas para um pleno desenvolvimento infantil”, destacou o coordenador.

### ***“A Experiência do Fórum Perinatal em Belo Horizonte”***

***Sonia Lansky – Coordenadora da Comissão Perinatal – SMSA-BH/Consultora da Rede Cegonha/MS***

A Coordenadora da Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG e Consultora da Rede Cegonha do Ministério da Saúde Sonia Lansky trouxe a experiência vivida naquele município. Iniciou destacando a banalização e epidemia da cesariana no Brasil e os efeitos para a mãe e o bebê. Mostrou o funcionamento da Comissão Perinatal, um fórum gestor interinstitucional, de modelo humanístico de atenção ao parto e ao nascimento, onde é feita toda a pactuação e o planejamento do funcionamento da rede assistencial à gestante. Como exemplo das ações da Comissão Perinatal, citou o monitoramento feito desde 1999 nos hospitais da região por meio de indicadores como taxa de cesárea, acompanhante, taxa de episiotomia, aleitamento na primeira hora, ambiência adequada, ocitocina durante o trabalho de parto, contato pele a pele, taxa de transferência em trabalho de parto.

Destacou a necessidade de mudança do modelo brasileiro a fim de garantir acesso e acolhimento e acabar com as más práticas. Explicou que, no Brasil, grande parte das maternidades públicas e privadas fazem uma série de intervenções durante o parto, muitas vezes desnecessárias. “A aplicação de um hormônio sintético para acelerar o trabalho de parto, a realização da cesariana sem indicação e o uso da episiotomia já se tornaram rotina”, lembrou a coordenadora.

Ressaltou que os cuidados devem ser centrados na pessoa, na necessidade da mulher e da criança, e não no profissional, devendo haver profunda mudança na postura e formação médica. “Cada caso é um caso, temos que esperar o tempo da mulher e do bebê. Não podemos acelerar o trabalho de parto ou intervir quando não é preciso”, afirmou a coordenadora.

### ***“A Vigilância do Óbito materno Infantil e Fetal”***

#### ***Sonia Bittencourt – Coordenadora do Curso de Vigilância do Óbito/Fiocruz***

A Coordenadora do Curso de Vigilância do Óbito/Fiocruz Sonia Bittencourt trouxe ao debate a questão da vigilância do óbito materno, infantil e fetal. Sonia Bittencourt explicou que o objetivo da vigilância é conhecer a frequência, a distribuição e os determinantes dos agravos de saúde nas populações. Informações como idade, cor da pele do falecido, causa do óbito, condições sociais e econômicas da família são considerados para investigação. A abordagem deve ser individual e coletiva.

Explicitou que a vigilância se dá em 4 etapas:

1. Identificação do óbito – tem início com a declaração de óbito, sendo um dos problemas o subregistro de mortes, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Outro problema é a qualidade do registro, normalmente por causa mal definida. Um dos métodos de investigação de óbitos não registrados no sistema é a busca ativa, que consiste na busca de dados, pelos profissionais de saúde, em hospitais,

IML, delegacias, serviços funerários, comunidades, Corpo de Bombeiros, parteiras.

2. Análise do óbito – nessa fase são avaliadas a qualidade do preenchimento das fichas de investigação, as condições socioeconômicas da família e a assistência prestada no pré-natal, parto, aborto e puerpério, além da identificação dos problemas relacionados ao evento e a análise evitabilidade de mortes pela mesma causa.
3. Identificação e proposição de medidas preventivas e corretivas relacionadas à assistência
4. Elaboração de relatórios.

Sonia Bittencourt também trouxe ao conhecimento dos participantes o curso Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade, na modalidade Educação à Distância, sob a coordenação da Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto Fernandes Figueira e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

### ***“Proposta de Indicadores para Acompanhamento da Saúde Materna e Perinatal”***

***Marcos Disas e Sonia Lansky***

Por fim, foram apresentados por Marcos Dias e Sonia Lansky indicadores de saúde, de processo e de resultado, para a avaliação das medidas estatais voltadas à saúde da mulher gestante, tais como:

#### **1º INDICADORES DE MORTALIDADE E MORBIDADE**

Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida)

Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal)

Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por Município.

Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas)

% de óbitos infantis-fetais investigados

% de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados

## **2º INDICADORES DE ATENÇÃO**

Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal

Cobertura de equipes de Saúde da Família

Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara. Idade da mãe

% de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação

% de crianças com consultas preconizadas até 24 meses

% de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada

% de gestantes com todos os exames preconizados

## **3º SITUAÇÃO DA CAPACIDADE HOSPITALAR INSTALADA**

Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde

Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém nascido e crianças de alto risco

Identificação dos leitos UTI neonatal existentes

Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto

## **4º INDICADORES DE GESTÃO**

- % de investimento estadual no setor saúde

- Plano Diretor de Regionalização atualizado

- Programação Pactuada e Integrada atualizada

- Identificação de centrais de regulação: (i) urgências; (ii) de internação; e (iii) ambulatorial
- Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital

Como se extrai da proposta dos 1ºs indicativos, para além da avaliação dos índices e das causas relacionadas à mortalidade da gestante, foi ressaltada a importância da avaliação da morbidade materna grave (*nearmiss*), vale dizer, a importância da vigilância de consolidar a estatística e impulsionar a avaliação das hipóteses de ocorrência de gravidades que não chegam ao resultado óbito.