



Mortalidade Materna no Brasil: tendências, causas, progresso, desafios e respostas políticas

Esther Vilela
Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
Secretaria de Atenção à Saúde
Ministério da Saúde

Brasília, 07 de abril de 2015

O Sistema de Saúde Brasileiro - SUS

Princípios:

- ❖ A Saúde como direito de todos e dever do Estado
- ❖ Descentralização com mando único em cada esfera de governo: municipal, estadual e federal
- ❖ Organização dos Serviços – universalização e eqüidade dos serviços e integralidade da assistência
- ❖ Participação da população no controle social do sistema

Ministério

Elabora políticas, normas/diretrizes monitora e co-financia

Estado

Coordena, implanta, executa e co-financia

Municípios

Implanta e executa, adapta políticas à realidade local, co-financia

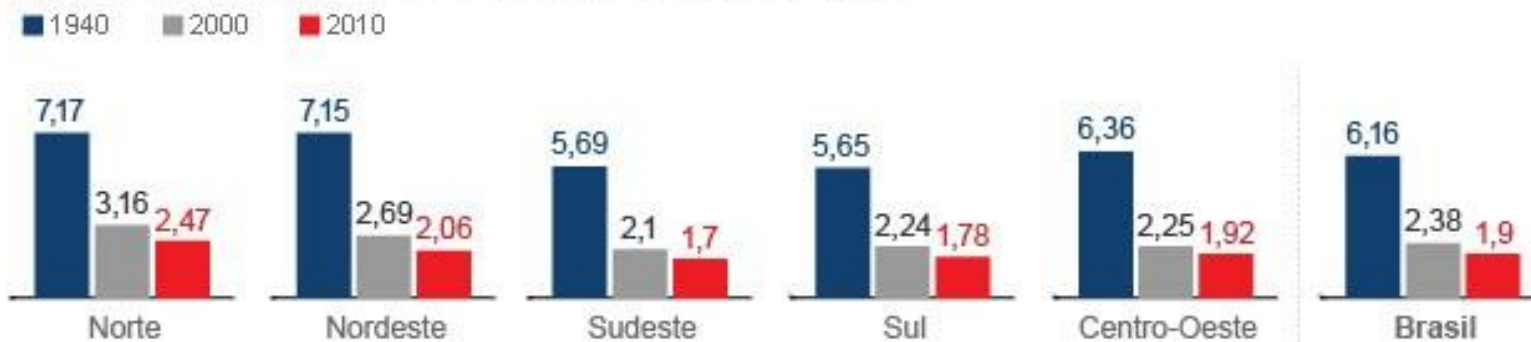


Fecundidade

TAXA DE
FECUNDIDADE
DAS
MULHERES

• 1,9

Taxa de fecundidade conforme região do país



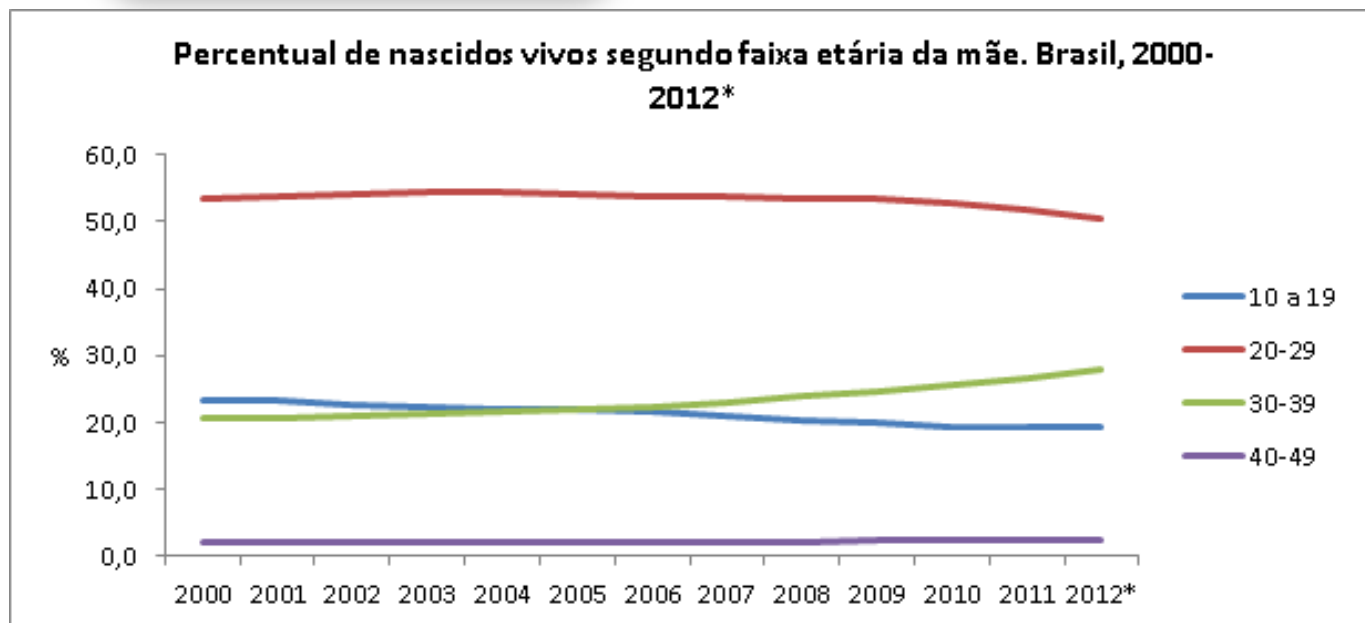
Parto e nascimento

Partos

- 98% dos partos são realizados em hospitais

% de Nascidos vivos

- De 10 a 19 anos - 20%
- De 20 a 29 anos - 53%



Objetivos do Milênio – um compromisso com a saúde das mulheres

OMD 5 – reduzir em $\frac{3}{4}$ a morte materna até 2015





Morte Materna

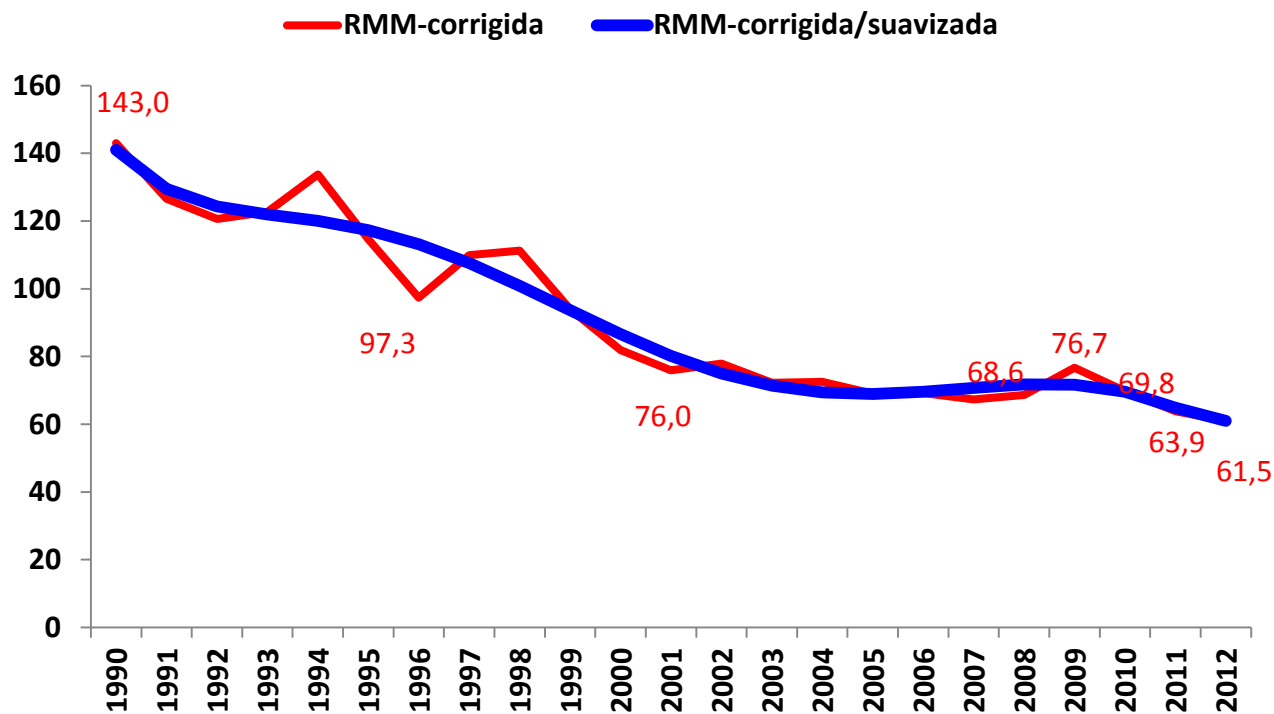
- O Brasil assumiu compromisso de reduzir a morte materna para 35 por 100 mil NV até 2015 – ODM 5
- Este compromisso foi reafirmado em out/2012 em reunião da OMS na Guatemala, pela delegação brasileira
- Há interesse internacional com as medidas que o Brasil tem tomado para alcance do ODM 5, sobretudo a Rede Cegonha
- Contudo, a redução da Morte Materna ainda se configura como um grande desafio no Brasil



Morte Materna

- ✓ Produzida por uma multiplicidade de variáveis, se configurando como um evento complexo
- ✓ Alto grau de evitabilidade – em torno de 95% das mortes são classificadas como evitáveis ou possivelmente evitáveis
- ✓ No Brasil perdura modelo de atenção ao parto e nascimento não respaldado por práticas recomendadas pelas evidências científicas
- ✓ Desafios na integração e resolutividade da rede de atenção
- ✓ A existência de violências institucional e de gênero indica necessidades de mudanças na cultura institucional e nas relações entre os sujeitos, no cotidiano dos serviços.

Razão de Mortalidade Materna (por 100.000 NV) segundo estimativa do Ministério da Saúde. Brasil, 1990 a 2012



Fonte: CGIAE/SVS/MS

RMM - 2012: 61 mortes maternas por 100.000 N.V.

Avanços :

1990 - 2012 = 57%

2000 - 2008 = 16%

2009 - 2010 = 9%

2010 - 2011 = 9%

2011 - 2012 = 5%

Desafio:

Chegar a 35 mortes maternas por 100.000 NV

€ Em 2009, aumento de óbitos maternos pela epidemia de H1N1.

Vigilância de óbito materno

Ações desenvolvidas

**Comitês
de morte
materna**

- Regulamentação de prazos e fluxos
- Manuais técnicos
- Padronização de instrumentos: manuais e fichas. Painel de monitoramento
- Informatização
- Formação de GT locais

- Adesão das UFs
- Inclusão de indicadores no plano plurianual, COAP,
- Apoio técnico
- Fomento de reuniões locais
- Monitoramento mensal/reuniões com o Ministro da Saúde

- Avaliação mensal dos indicadores
- Envolvimento de outras áreas:
Atenção básica, saúde indígena, atenção especializada

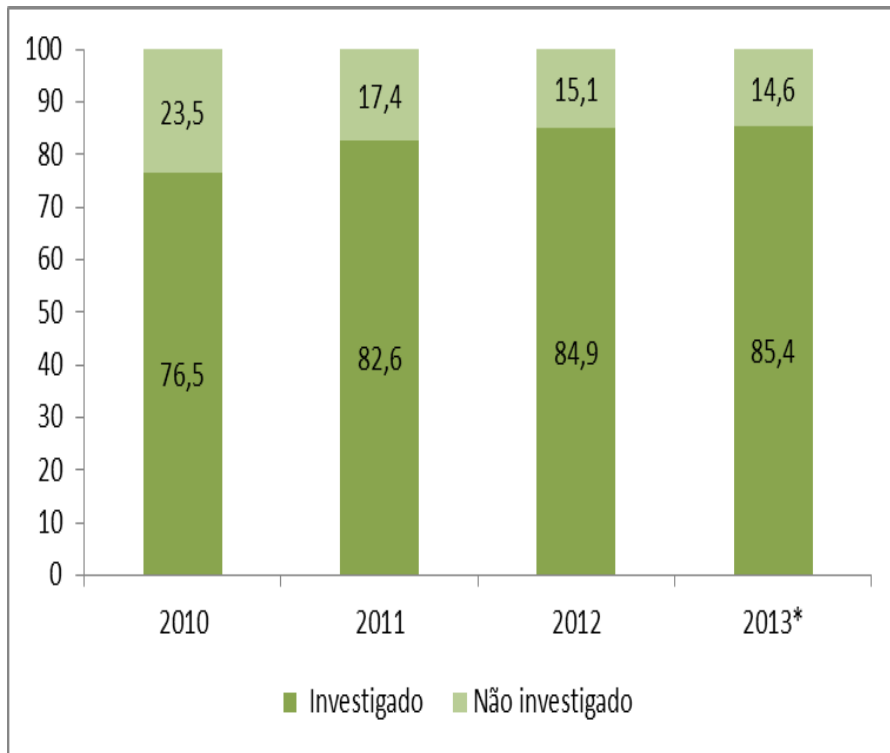
**Reorganização
dos Comitês**

2010

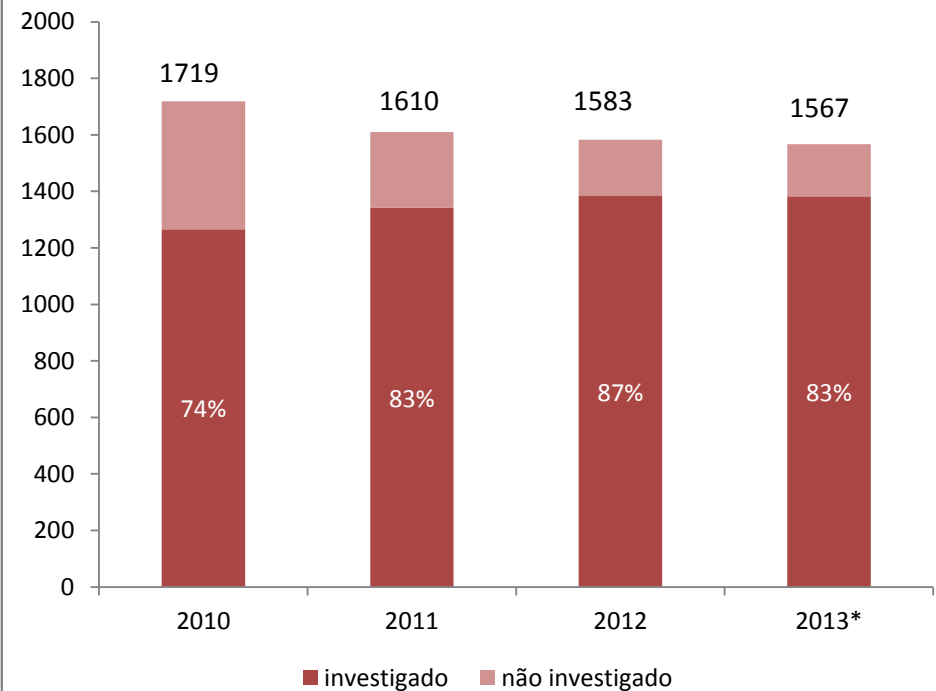
2014

Investigação de óbitos

MIF

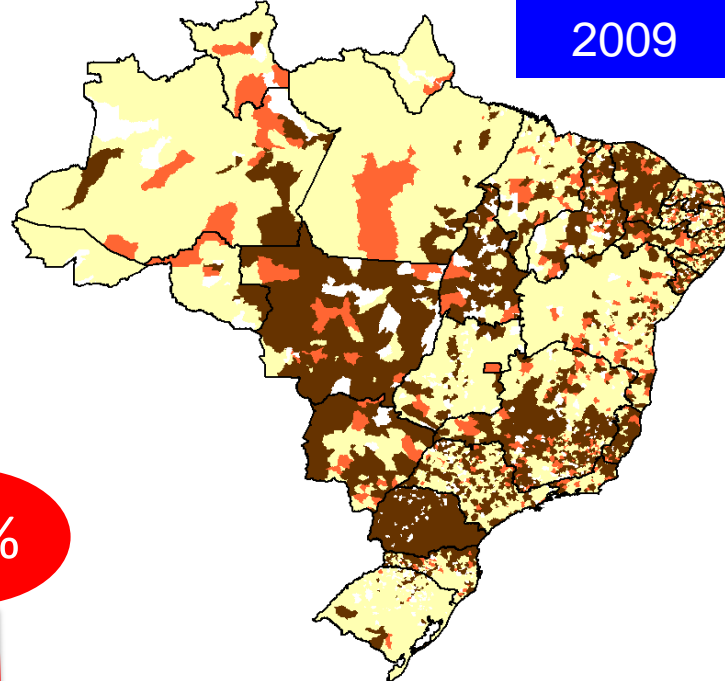


Materno



Investigação de óbitos MIF (%). Municípios do Brasil, 2009 e 2012

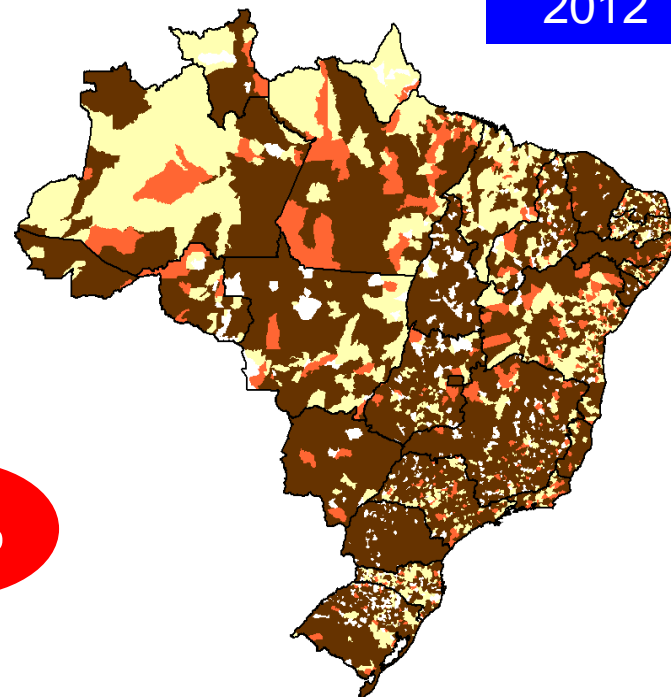
2009



Investigação
 $\geq 85\%$

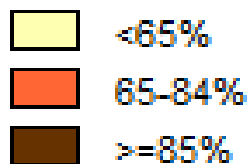
44%

2012

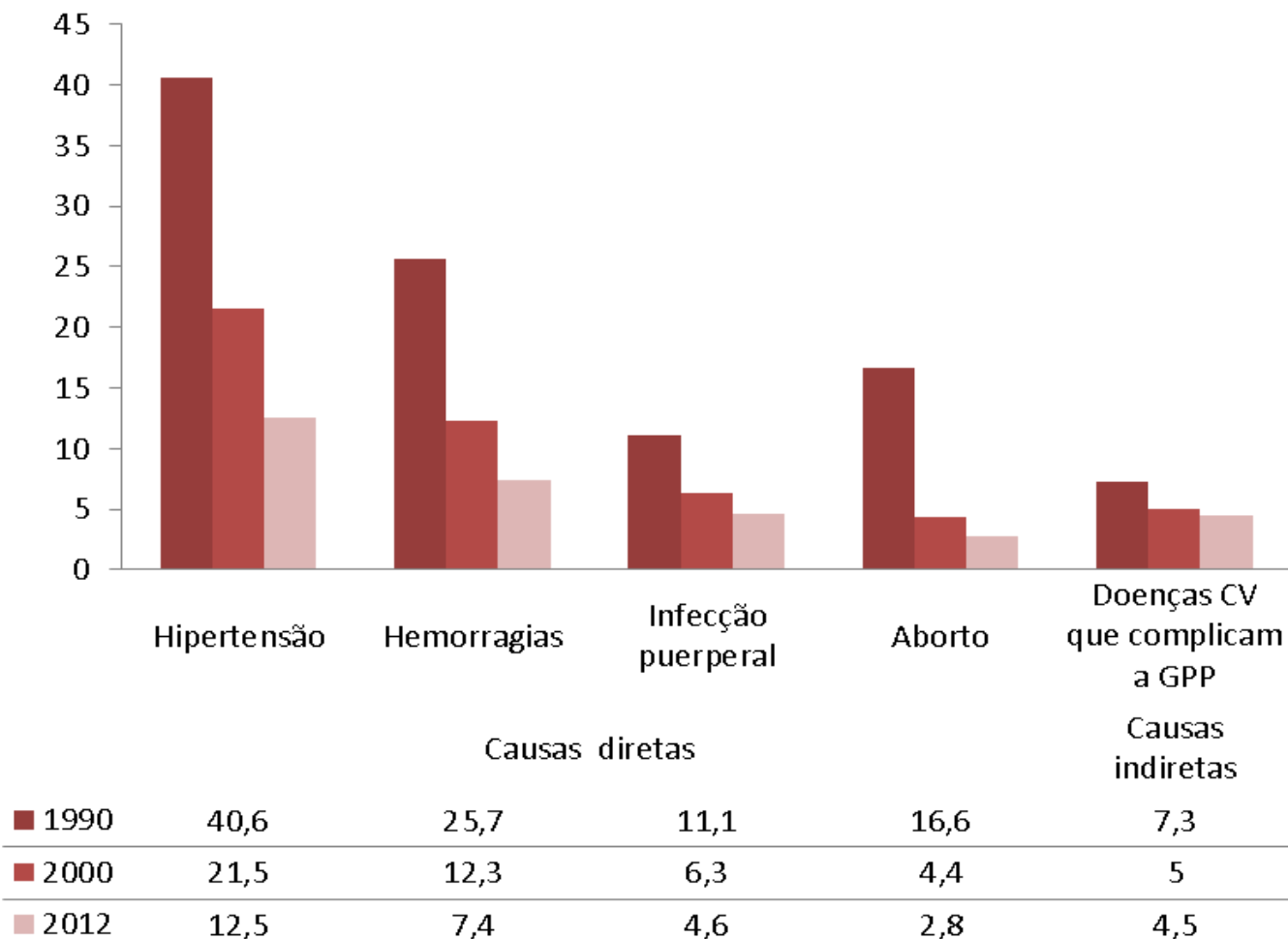


71%

Investigação de óbitos de MIF



Razão de morte materna por grupo de causas específicas Brasil, 1990, 2000 e 2012



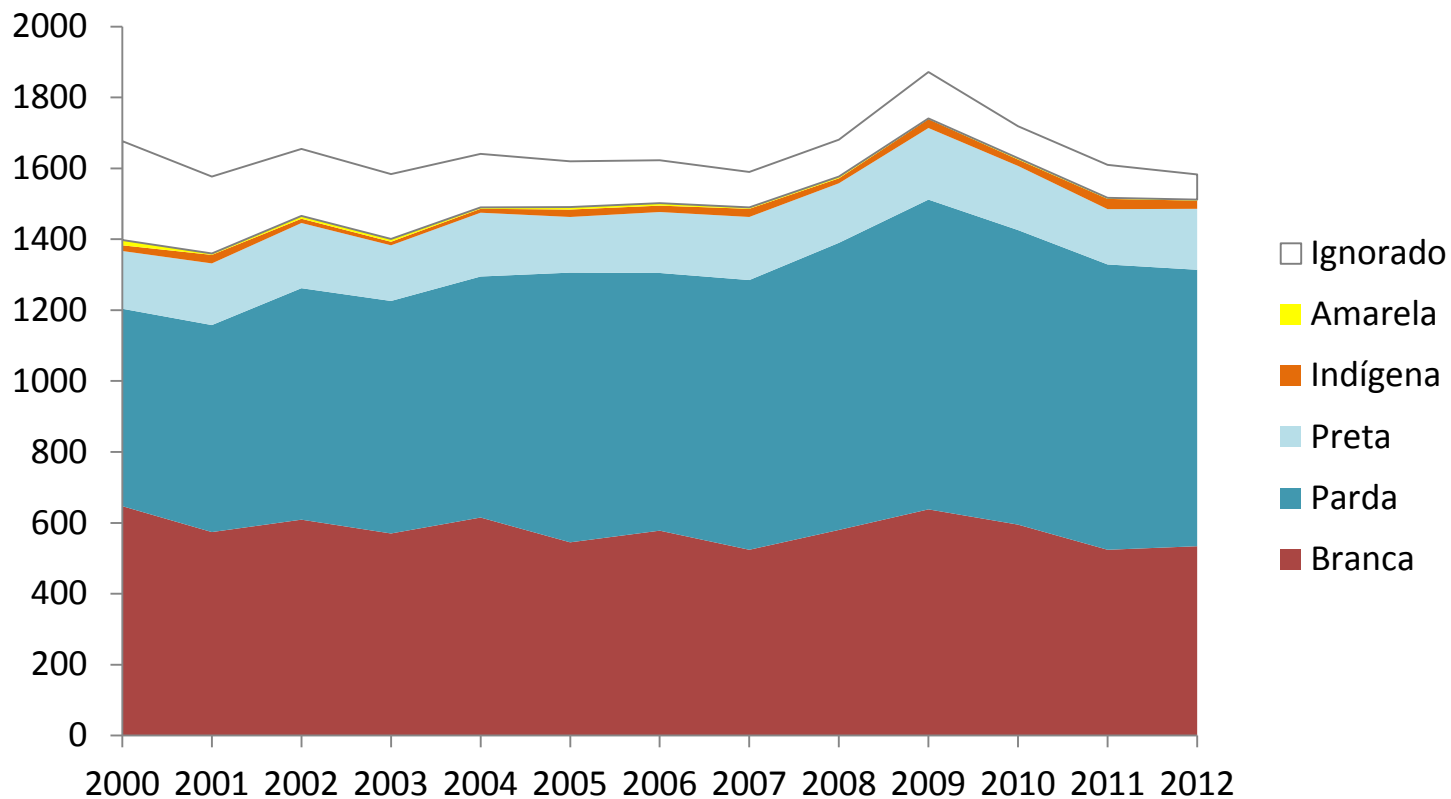
Em 2012, os cinco primeiros grupos de causas de morte materna fueron:

- Hipertensão
- Hemorragia
- infección puerperal
- Las enfermedades del sistema circulatorio complicado GPP
- Aborto

En el período 1990-2012 disminuyó el riesgo de morir por:

- Aborto (82%);
- Hemorragia (72%);
- Hipertensión (69%);
- Infecção puerperal (63%);
- Las enfermedades del sistema circulatorio complicado por GPP (25%)

Mortes maternas segundo raça e cor Brasil, 2000 a 2012



Mortes maternas por idade Brasil e Regiões, 2012

Faixa etária	Hipert.	Hemor.	Inf.puerp	Aborto	DCV-GPP	Total
<15 a	17,4	4,3	17,4	4,3	0	23
15-19 a	22,3	6,9	10,9	5	4,5	202
20-34 a	19,4	12,6	6,6	4,3	6,4	983
35-39 a	18,6	11,4	6,8	3,8	11,4	236
>=40 a	19,4	12,2	4,3	5	9,4	139
Total	19,6	11,6	7,1	4,4	7,1	1583

Em todas as faixas etárias a principal causa de morte materna é a Hipertensão seguida por hemorragia, exceto nas menores de 19 anos.

Políticas Implementadas – MS, estados e municípios Brasil, 1990-2012

1990

Criação do SUS (Lei 8.080, 19/09/1990), expansão da rede pública de saúde

1994

-Programa Saúde da Família e lançamento de material institucional para organização da vigilância do óbito materno

1996

- Comissão Nacional de Morte Materna;
- Projeto Maternidade Segura;
- Programa de redução da mortalidade infantil

1997

Aquisição de métodos anticoncepcionais com recursos do MS

1998

- Organização da atenção as mulheres em situação de violência,
- Sistema de referência gestante de Alto Risco
- Portarias que põem limites dos pagamentos-SUS dos partos cesárea,
- Atenção Básica incorpora indicador de investigação de óbitos MIF

2000

- Metas do milênio (ODM)
- Programa Humanização do Pré – natal e Nascimento (Portaria/GM 569, 1/6/2000)

2003

SAMU

2004

- Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal (pactuado na CIT, 18/03/204)

2005

-Lançamento norma do abortamento
-Lei do acompanhante no parto (Lei 11.108, 07/04/2005)

2006

-Pacto pela Vida (Portaria /GM 399, 22/02/2006)

2007

- Pacto pelo Enfrentamento da violência contra a mulher

2008

- Regulamentação da vigilância do óbito materno
- Pacto de redução da mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal

2009

- Plano de qualificação das maternidades - PQM

2011

Rede Cegonha

Estratégias da RC no enfrentamento da MM:

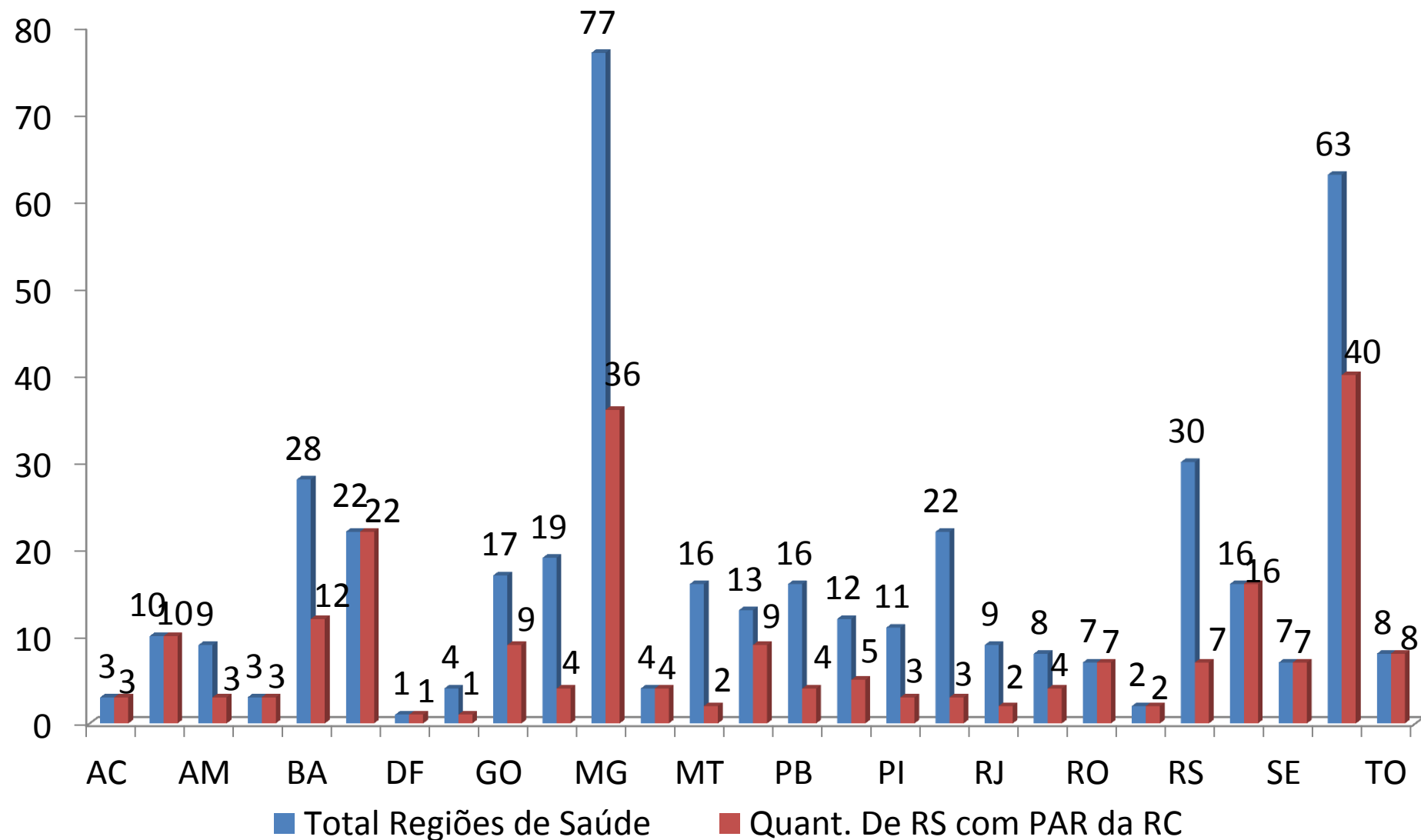
- ✓ Vinculação da gestante, desde o pré-natal ao local de parto (mapa de vinculação pactuado), em uma rede integrada de cuidados:

"gestante não peregrina"....."Vaga Sempre"

- ✓ Acesso e qualidade do cuidado - Acolhimento com classificação do risco em rede, boas práticas de atenção ao parto e nascimento, com ambiência adequada
- ✓ Garantia do direito a acompanhante de livre escolha da mulher
- ✓ Cogestão com corresponsabilização dos trabalhadores, gestores e usuários (na maternidade e na rede)
- ✓ *Fóruns Perinatais Rede Cegonha e Comitês de Morte Materna - espaços de discussão e de formação de compromissos*

Apoio institucional à gestão e às maternidades prioritárias

Região de Saúde com Plano de Ação Regional da Rede Cegonha (PAR/RC)



Rede Cegonha



Fortalecer o trabalho em rede e alterar as práticas de cuidado materno e neonatal

mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento

Qualificação da atenção pré-natal

- **Ampliação dos exames** e testes rápidos de HIV e sífilis
- Ampliação do **teste rápido de gravidez** nas unidades básicas de saúde: proporcionar a ampliação da oferta de métodos contraceptivos e prevenir a gravidez não planejada
- **Vinculação** da gestante ao local do parto
- Sisprenatal web; caderneta da gestante

Qualificação da atenção ao parto e nascimento

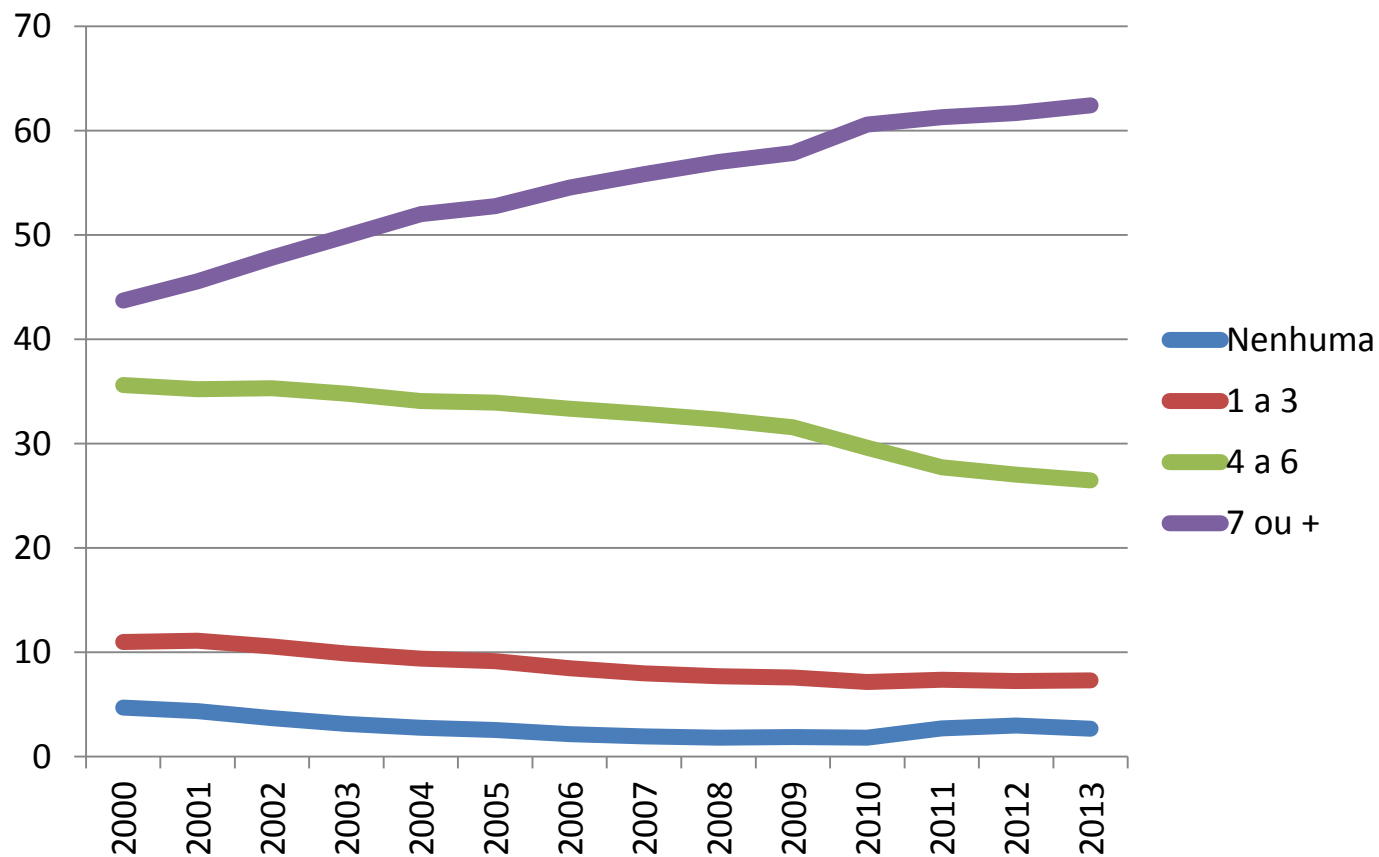
- **Acolhimento** e Classificação de risco nas portas de entrada
- Suficiência de **leitos** obstétricos e neonatais
- Implementação de **Centro de Parto Normal** e **Casa de Gestante, Bebê e Puérpera**
- **Mudança das práticas** de cuidado ao parto e nascimento, e ao abortamento
- Inclusão das **enfermeiras obstétricas e obstetrizes** na assistência ao parto
- **Processos Formativos** – Atenção e Gestão

Informação – comunicação social

- Caderneta da Gestante
Distribuição para todo Brasil



Número de Consultas de Pré-Natal. Brasil, 2000 a 2013*

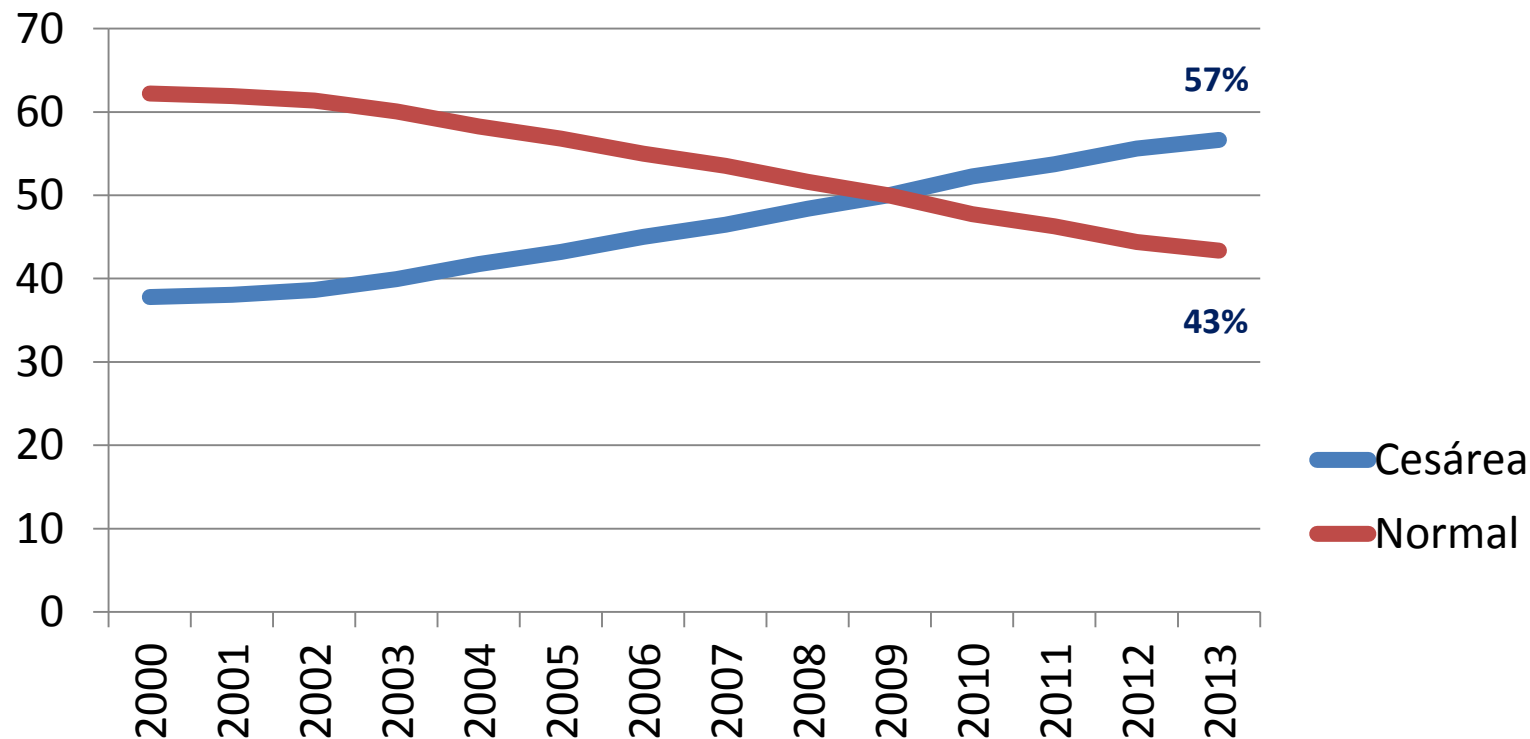


Fonte: Sinasc – CGIAE/SVS/MS

* Dado de 2013 é preliminar

Tipos de parto

Brasil, 2000 a 2013*



Fonte: Sinasc – CGIAE/SVS/MS

* Dado de 2013 é preliminar

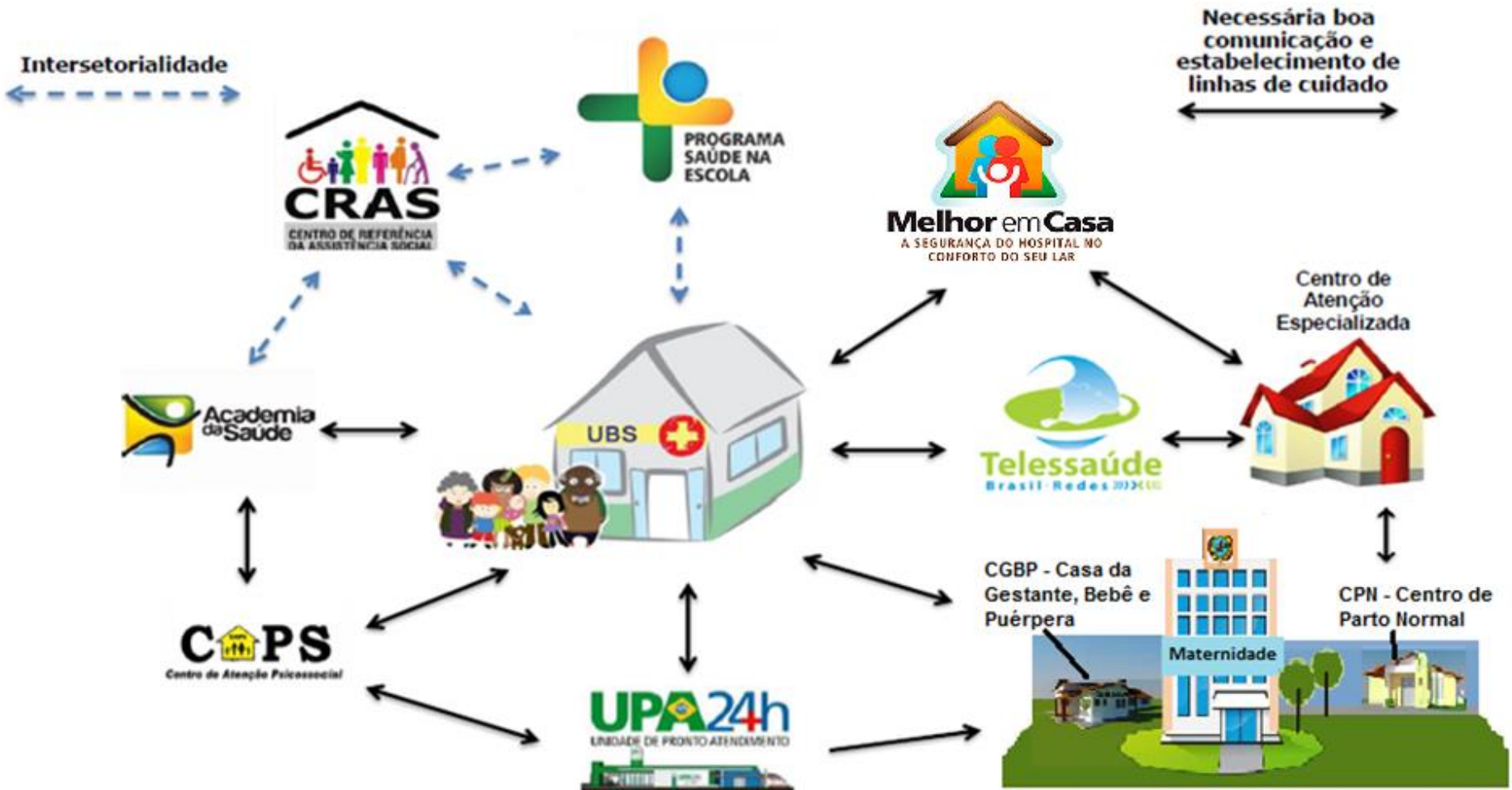
Total de nascimentos:
2000: 3,2 milhões
2013: 2,9 milhões

- **No SUS (2/3 dos partos) o percentual de cesarianas é de 40%**
- **No setor privado, este número chega a 84%**

* **Qualificação da atenção às mulheres em situação de abortamento**

- **Misoprostol** – Aquisição e distribuição aos hospitais públicos e filantrópicos (600 ou mais partos/ano) - 423 hospitais contemplados
- **Instrumental AMIU** – Aquisição e distribuição aos hospitais públicos e filantrópicos (300 ou mais curetagens/ano) - 178 hospitais contemplados
- Capacitação em **atenção à interrupção legal da gestação** em 30 hospitais de ensino

Região de Saúde com as Redes de Atenção sob Coordenação do Cuidado pela Atenção Básica



Oferta de Métodos Contraceptivos e Preservativos

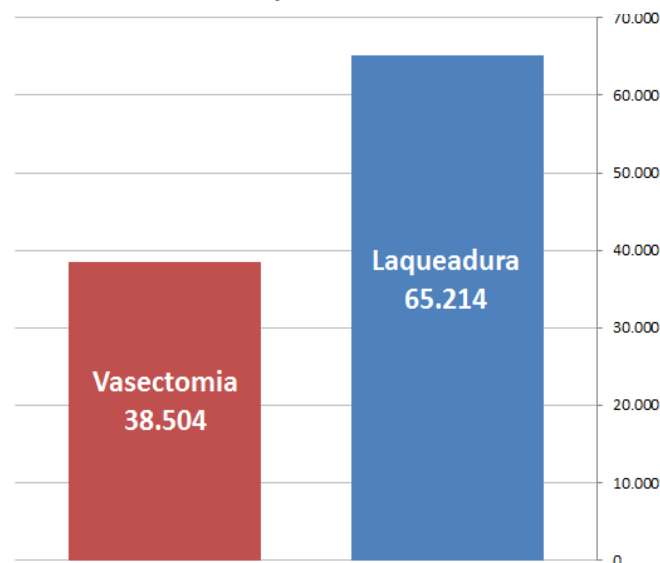
100% da população sexualmente ativa (10 a 49 anos)



Levonorgestrel (Pílula de Emergência)

- Distribuição para todos os municípios brasileiros
- Desnecessária apresentação da receita médica nas UBS

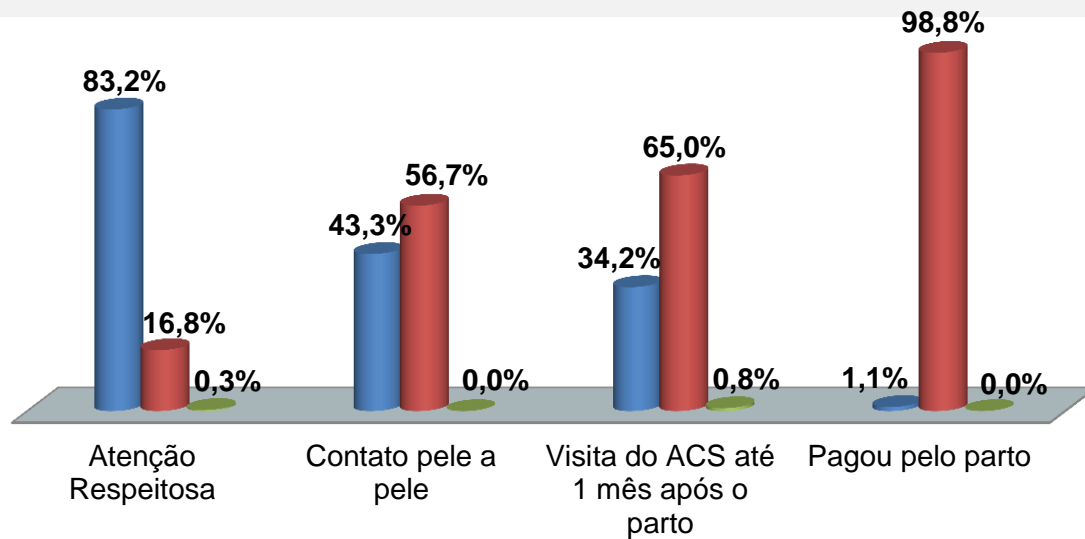
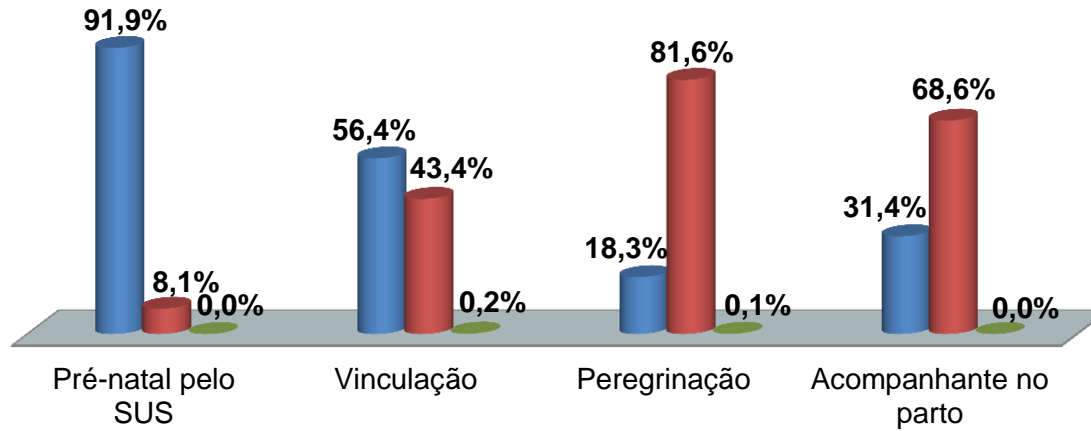
Métodos Contraceptivos Definitivos. Brasil - 2013



Ouvidoria Rede Cegonha

Dados Gerais - Janeiro de 2013

■ Sim ■ Não ■ NS/NI



Outras ações para incentivo ao Parto Normal

- ANS – mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento nos hospitais privados
- ANVISA – implementação da RDC 36 de 2008
- Campanha nacional de incentivo ao Parto Normal
- Elaboração do PCDT (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas) de cesariana e parto normal - aprovada diretriz de cesariana pela CONITEC dia 2 de abril de 2015
- Apoio a Hospitais de Ensino para mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento

Promoção da saúde das mulheres e crianças

Redução da Morbimortalidade materna e neonatal

Redução do índice de cesarianas e de gravidez não desejada

Maior satisfação com a experiência do parto

Incentivo à paternidade responsável



Obrigada!

