



KARINA CALIFE

REFLEXÕES SOBRE A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL NO BRASIL

COSEMS/SP 2023

POLÍTICA NACIONAL DE **ATENÇÃO INTEGRAL** À SAÚDE DA MULHER - DIRETRIZES

- Respeito à autonomia das usuárias na tomada de decisões sobre sua vida, em particular em relação à sua saúde, sua sexualidade e reprodução
- Garantia de acesso a uma rede integrada de serviços de saúde que propicie abordagem integral do processo saúde/doença, visando à promoção da saúde, o início precoce do
- acompanhamento das patologias e condições referidas, a prevenção, diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que eventualmente venham a ocorrer;
- Oferta de cuidado sempre referendada por evidências científicas disponíveis;
- Garantia de adequada infraestrutura física e tecnológica das diversas unidades de saúde para atendimento as usuárias;
- Desenvolvimento contínuo de processos de educação permanente dos profissionais de saúde;

PRESSUPOSTO: O CONTEXTO DA SAÚDE NO BRASIL

- Após um período de declínio sustentado dos coeficientes de mortalidade no primeiro ano de vida em todo o país (1990 a 2015), em 2016 houve a reversão desta queda.
- Fatores como o impacto da recente crise econômica provocaram agravos nos problemas sociais do país o que impactou diretamente na oferta de serviços pelo SUS.
- O contexto da austeridade econômica desencadeou o aumento de doenças crônicas e trouxe mais 3 milhões de brasileiros para o grupo – 150 milhões de pessoas – que depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde
- O Brasil está assistindo a estes aumentos e à queda nas coberturas de imunização e o risco do surgimento de epidemias de doenças já controladas no passado.
- É nosso dever evidenciar socialmente essa questão.



ARTIGOS RECENTES AVALIAM O IMPACTO DO SUS
THE LANCET JULHO DE 2018

DOI: 10.1590/1413-81232018236.04822018

1737

**Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades
Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde**

Changes in health and disease in Brazil and its States in the 30 years
since the Unified Healthcare System (SUS) was created

ARTIGO ARTICLE

IMPACTO SUS

- ↑ Expectativa de vida
- ↓ Morte infância
- ↓ Morte materna
- ↓ Morte por desnutrição, diarreia, doenças preveníveis por vacina, etc...

*Ampliação do acesso e cobertura através da Atenção Básica e diminuição das desigualdades regionais

IMPACTO SUS

- A expectativa de vida saudável aumentou 6 anos
- Foi de 66 anos em 2016 comparada com apenas 60 em 1990
- A mortalidade por todas as causas de morte diminuiu em mais de um terço em relação a 1990 (34%)
- A perda de saúde combinada - devido a incapacidade e morte - diminuiu quase a mesma quantidade (30%)

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

- Na transição de 2014 para 2015, houve o agravamento dos problemas sociais e econômicos por conta da recente crise política, social e econômica que o país enfrenta.
- O contexto de austeridade econômica reverbera nas condições sociais, econômicas e de saúde da população brasileira, com aprofundamento das desigualdades territoriais potencializando situações de insegurança e, conseqüentemente, a piora de muitos indicadores de saúde
- **Impacto:** mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças crônicas, mortalidade por suicídio, aumento da mortalidade materna, da mortalidade infantil, entre outros.

TESE: SOBRECARGA DO SUS

POR QUE ?

Aumento carga de doenças na população, devido ao impacto da crise econômica, social e política, trazendo:

- **Desemprego**
- **Redução renda media**
- **Aumento pobreza extrema**
- **Violência**
- **Estresse**
- **Angústia**
- **Depressão**
- **Perda da saúde**
- **Perda plano de saúde**

A RENDA MÉDIA E TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

Ao analisar a Renda média e a Taxa de mortalidade infantil por unidade federada, percebe-se que quanto maior a renda média, menor a taxa de mortalidade infantil, mesmo considerando o aumento do indicador em 2016

TAXA DE DESEMPREGO NO BRASIL



REDE CEGONHA

- A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território (região de saúde), mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde a partir das seguintes diretrizes:
- I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com
- V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.
- Para tanto, a Rede Cegonha se divide em 04 componentes com ações definidas para garantia do acesso e cuidado no período perinatal. São eles: Componente pré-natal; Componente parto e nascimento; Componente puerpério e saúde da criança e Componente transporte sanitário e regulação. As ações propostas para o trabalho em rede em cada componente estão descritas na referida portaria.

REDE CEGONHA

- **Princípios da Rede Cegonha:**
- I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade;
- IV - o enfoque de gênero;
- V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI - a participação e a mobilização social;
- VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento no Estado.

A REDE DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL (RAMI)

- **‘Não é só um retrocesso, é um projeto de desmonte’**

O Ministério da Saúde lançou no início de maio a sexta edição da Caderneta da Gestante, instrumento que tem como objetivo auxiliar as mulheres no acompanhamento da gestação, no parto e no pós-parto e “qualificar a atenção e o cuidado pré-natal”, segundo o ministério. A nova edição, segundo a Pasta, alinha a caderneta com a reestruturação da atenção materno-infantil no SUS realizada através da Portaria 715/2022, do início de abril, que criou a Rede de Atenção Materno-Infantil (RAMI), em substituição à Rede Cegonha, criada em 2011. A instituição da RAMI foi recebida com críticas de entidades como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) – que afirmaram que seu conteúdo não foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), como preconiza o SUS –, pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que emitiu nota criticando a exclusão das enfermeiras obstétricas na nova portaria

A REDE DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL (RAMI)

- Foi uma atualização da proposta da Rede Cegonha, ambas com objetivo de reduzir a Mortalidade Materna e Infantil no país, e está normatizada em duas Portarias: 795 e 2.228. O desenho e pactuação da Rede deve ser, assim como a Rede Cegonha, de abrangência macro regional, e no estado de São Paulo são 17 macro regiões, denominadas Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS).

A REDE DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL (RAMI)

- A discussão da RAMI deve ser feita por um Grupo Condutor Regional (GC) que vai elaborar o Plano Regional da Rede, a ser discutido e aprovado pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR), que fazem parte da macro região. Nas macro regiões em que os GC Regionais da Rede Cegonha vinham mantendo reuniões, o próprio Grupo deve fazer a discussão.
- Após aprovação do Plano pelas CIR, eles serão encaminhados pelo Departamento Regional de Saúde (DRS) ao Grupo Condutor Estadual da RAMI, que irá analisar o Plano, e, se estiver de acordo com as realidades das macro regiões e com as definições das Portarias, serão encaminhados para aprovação da CIB.
- Os Planos Regionais da RAMI deverão ser colocados no SAIPS, e o ministério da Saúde deve publicar Nota Técnica ou Portaria sobre a inserção dos Plano no SAIPS. O prazo para finalização dos Planos da RAMI é fevereiro de 2023.
As ações da RAMI são voltadas para gestantes e recém-nascidos, e acontecem na Atenção Primária e na Atenção Especializada: ambulatorial e hospitalar.

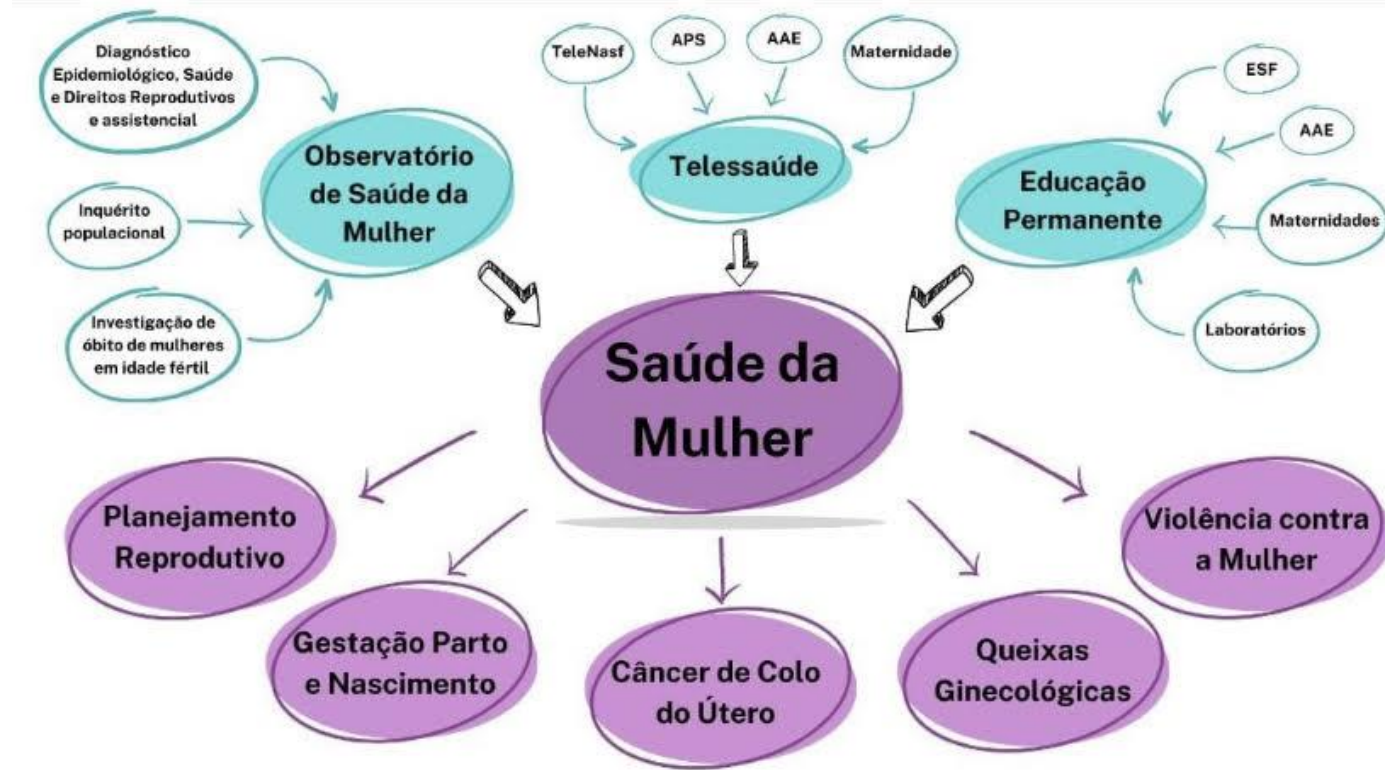
FINANCIAMENTO RAMI

- No que se refere ao financiamento, a RAMI mantém para a maior parte dos serviços da Rede a possibilidade de cofinanciamento federal nos mesmos valores previstos anteriormente (Rede Cegonha). São estes serviços: Centros de Parto Normal, Casa Gestante, Bebê e Puérpera – CGB, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru – UCINCa, Teste rápido de gravidez e Exames relacionados ao pré-natal.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

- Respeito à autonomia das usuárias na tomada de decisões sobre sua vida, em particular em relação à sua saúde, sua sexualidade e reprodução
- Garantia de acesso a uma rede integrada de serviços de saúde que propicie abordagem integral do processo saúde/doença, visando à promoção da saúde, o início precoce do
- acompanhamento das patologias e condições referidas, a prevenção, diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que eventualmente venham a ocorrer;
- Oferta de cuidado sempre referendada por evidências científicas disponíveis;
- Garantia de adequada infraestrutura física e tecnológica das diversas unidades de
- saúde para atendimento aos usuários;
- Desenvolvimento contínuo de processos de educação permanente dos profissionais de saúde;

REDE DE
ATENÇÃO À
SAÚDE DA
MULHER E
CRIANÇA E
INTEGRALIDADE
NO SUS



REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E CRIANÇA NO SUS



REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E CRIANÇA NO SUS



CONCEITO DE MORTE MATERNA ADOTADO NO BRASIL

É a morte de uma mulher, ocorrida durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.



MORTE MATERNA

- O Brasil é um país com elevada taxa de Mortalidade Materna (MM): 62/1000.000 NV em 2017 aumentou para 64/100.000 NV (maior no Norte e Nordeste, segundo o MS)
- A redução da Mortalidade Materna foi um dos **piores indicadores do Brasil** na prestação de contas às Nações Unidas, em 2015, sobre o cumprimento dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (Entre 1990 e 2015 o Brasil reduziu a MM em 43%, mas o compromisso era de redução de 2/3, ou seja, 66%)
- É preciso destacar que no intervalo de tempo 1990 a 2015, a cobertura da atenção pré-natal e da assistência ao parto hospitalar tornaram-se universais, abrangendo praticamente todas as mulheres no Brasil (98 a 99%)
- Também foi ampliada aos poucos a investigação de óbitos ocorridos em mulheres em idade fértil (MIF), buscando reduzir a subnotificação dos óbitos maternos

Provavelmente a taxa de MM em 1990 era maior do que a que o país apresentava e a que é informada hoje está muito próxima da real taxa de MM

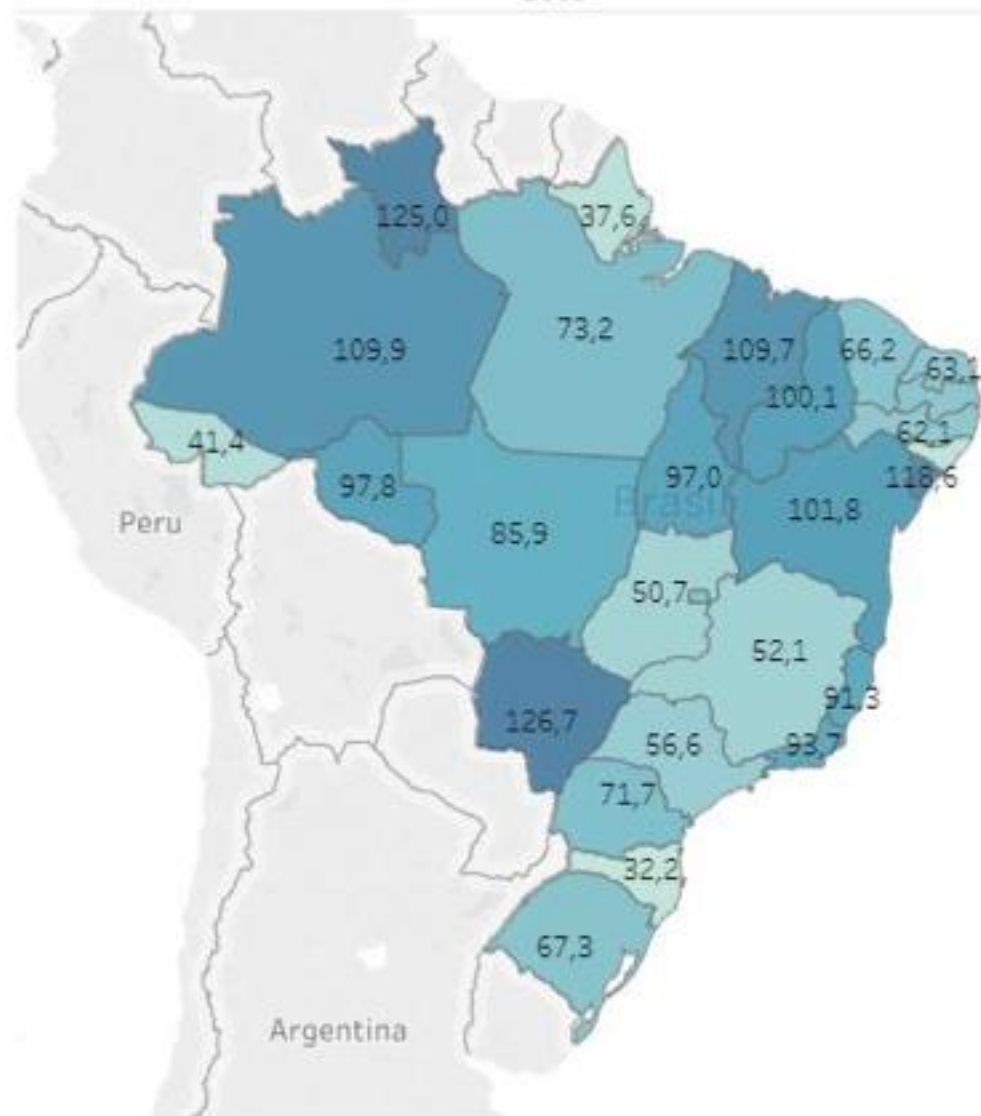
MORTE MATERNA

Porém...

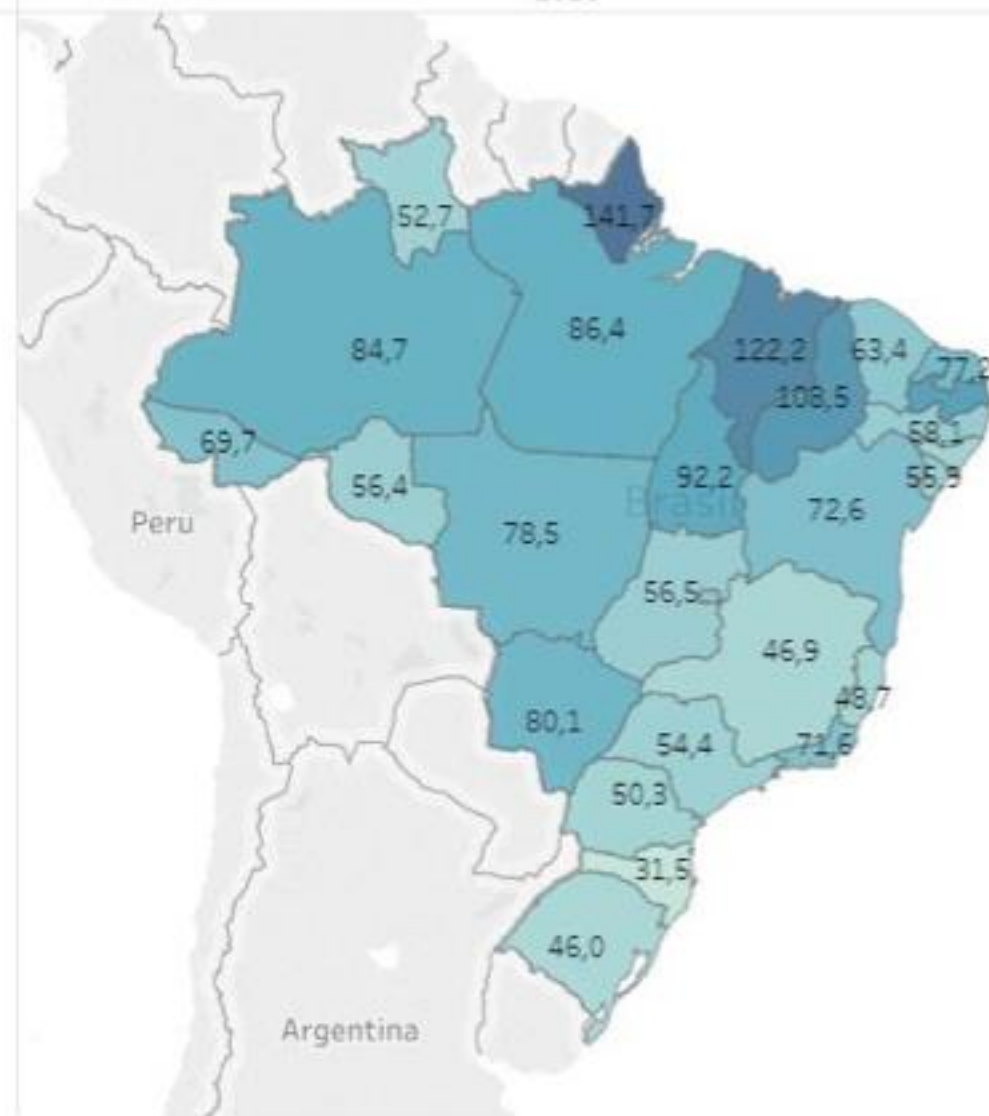
De dezembro de 2008 a dezembro de 2017 houve uma redução de 10 mil leitos obstétricos sem haver, no mesmo período, redução de nascimentos ou abortos induzidos. Isso representa uma sobrecarga generalizada no sistema

Razão de Mortalidade Materna (óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos)

2009



2016



É PRECISO PARTIR DA PREMISSE DE QUE A MORTE MATERNA EVITÁVEL



- A mortalidade materna é um dos mais sensíveis indicadores de desenvolvimento de um país
- Representa a naturalização de injustiças sociais, de desigualdades e de discriminação ao longo da vida das mulheres.
- Estruturadas nas desigualdades de gênero, classe e raça/cor, a vida de mulheres e meninas experimentam cotidianamente violações do direito à vida, à infância, à saúde e a uma maternidade segura
- 60% das mortes maternas foi de mulheres negras
- Safiotti e a Teoria do Nó



CASOS TRAÇADORES

Os caminhos das mulheres pelos serviços de saúde no Brasil e em São Paulo.

O CASO ALYNE PIMENTEL MORTA EM 2002.

- Negra, 28 anos, moradora de Belfort Roxo, na Baixa Fluminense (RJ), casada, mãe de uma menina de 5 anos e grávida de 27 semanas, Alyne procurou uma casa de saúde particular com vômitos e fortes dores abdominais.
- Foram-lhe prescritos remédios para náuseas, vitamina B12 e infecção vaginal.
- **Dois dias depois** piorou, voltou à casa de saúde, fez ultrassonografia. O feto estava morto. Os médicos induziram o parto.
- Mas só fizeram a cirurgia para retirar a placenta 14 horas depois.
- Alyne teve hemorragia, vomitou sangue, a pressão arterial caiu. Decidiram transferi-la para o **Hospital Geral de Nova Iguaçu**. Aí, entrou em coma e faleceu.
- O caso foi o primeiro denunciado ao Comitê para a Eliminação de Discriminação contra a Mulher – CEDAW, da ONU

O CASO CAISM

Mulher Jovem, branca, primeira gestação, casada, portadora de cardiopatia congestiva, acompanhada no serviço de atenção primária na rede de saúde de campinas, é encaminhada ao pré-natal de alto risco do CAISM.

Equipe Médica após avaliação propõe a mulher e seu companheiro a interrupção de gestação por risco de vida da mulher que aceita a orientação e marca a intervenção

Voltam ao serviço após conversa com a família e pressão do marido a não interromper a gestação, apesar da orientação da equipe de saúde

Na 28 semana, mulher entra em trabalho de parto prematuro, por baixo fluxo mãe e comprometimento do bebê, mulher vai a óbito e RN fica na UTI neonatal por quase 3 meses, quando sai de alta, afeiçoada com o sofrimento da criança e pela proximidade com o pai neste período, enfermeira casa com ele e constituem uma nova família.

O CASO DE ITAPEVA

Mulher Negra, 39 anos, 4 filhos vivos, 4 cesáreas anteriores, moradora de Itapeva Estado de São Paulo. Antes de engravidar, procurou a UBS onde era acompanhada pela médica de família e comunidade há 2 anos, onde buscava uma laqueadura tubária.

É descoberta nova gestação, a quinta, e a médica se preocupa com a assistência ao parto e ao risco a qual sua paciente, mãe de 4 filhos está submetida, e encaminha a mesma ao hospital onde é agendada a cesariana

No dia marcado, sem estar em trabalho de parto a mesma vai ao serviço que só contava com um profissional médico no centro obstétrico por motivo de doença do colega

Mesmo assim, decide fazer o procedimento, a criança nasce com saúde, porém a mulher faz importante sangramento por atonia uterina.

Médico resolve não abrir novamente sem a presença de outro colega que o auxilie no procedimento.

Vaga é garantida em serviço a duas horas de distância, mas a paciente vem a óbito antes da chegada da ambulância ao serviço.

É PRECISO PARTIR DA PREMISSE DE QUE A MORTE MATERNA EVITÁVEL

- A falta de investimentos no SUS, congelamento de seu financiamento impactam nos indicadores de saúde, incluindo a MM
- O contexto de austeridade econômica reverbera nas condições sociais, econômicas e de saúde da população brasileira, com aprofundamento das desigualdades territoriais potencializando situações de insegurança e, conseqüentemente, a piora de muitos indicadores de saúde
- A desumanização, no sentido de considerar o outro como menos humano e o desrespeito, vem adoecendo e matando mulheres no Brasil, resultado das múltiplas faces da violência a que estão submetidas.
- Estruturadas nas desigualdades de gênero, classe e raça/cor, a vida de mulheres e meninas experimentam cotidianamente violações do direito à vida, à infância, à saúde e a uma maternidade segura

OBRIGADA!

[KARINA CALIFE](#)

[Contato:](#)

karinacalife@gmail.com

|| 982599316

