

MORTALIDADE MATERNA

MINAS GERAIS - 2019

*COMITÊ ESTADUAL DE
PREVENÇÃO À MORTALIDADE
MATERNA, INFANTIL E FETAL
DE MINAS GERAIS*

Este relatório apresenta os principais dados sobre óbitos de mulheres durante a gestação, parto ou puerpério ocorridos no ano de 2019 e analisados ao longo do ano de 2020. Tem como objetivo ser fonte de consulta para o planejamento em cuidados à saúde das mulheres em idade fértil e, em especial, das gestantes e/ou puérperas e faz parte das atividades de divulgação do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais.

ELABORAÇÃO

Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar – Presidente do Comitê Estadual de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal do Estado de Minas Gerais e Consultora Técnica da Coordenação Materno Infantil - SES/MG.

Nayara Clara Lopes Moreira - Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, referência técnica na Coordenação Materno Infantil – SES/MG

Salete Maria Novais Diniz - Analista em Educação e Pesquisa em Saúde, Coordenadora de Vigilância de óbitos.

Ana Flávia Sentirelli de Carvalho - Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, referência técnica de Vigilância do Óbito Materno, infantil e Fetal – SES/MG.

Livia Maria Gomes Lopes - Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, referência técnica de Vigilância do Óbito Materno, infantil e Fetal– SES/MG.

Secretaria Executiva do CEPMMIF

Ana Paula Torres de Camargos - Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial - Diretoria de Ações Especializadas - Superintendência de Redes de Atenção à Saúde

Camila Ferraz Quaresma - Coordenação de Gestão Hospitalar - Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência

Gisele Marçal Pimenta - Diretoria de Regulação de Urgência e Emergência - Superintendência de Regulação

Maria Regina Dias de Bastos - Diretoria de Regulação de Urgência e Emergência - Superintendência de Regulação

Nadia Aparecida Campos Dutra - Coordenação de Segurança do Paciente e Controle de Infecções - Diretoria de Vigilância em Serviços de Saúde - Superintendência de Vigilância Sanitária

Ramon Costa Cruz - Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial - Diretoria de Ações Especializadas - Superintendência de Redes de Atenção à Saúde

Priscila de Faria Pereira - Coordenação Estadual de Atenção Primária à Saúde - Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde - Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Governador do Estado de Minas Gerais

Romeu Zema Neto

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Fábio Baccheretti Vitor

Subsecretária de Políticas e Ações de Saúde

Naila Marcela Nery Ferrari

Superintendente de Redes de Atenção à Saúde

Amanda Guias Santos Silva

Diretora de Ações Temáticas e Estratégicas

Mônica Farina Neves Santos

Coordenadora Materno Infantil

Daiana de Carvalho Souza

Expediente

O instrumento ora publicado é de domínio público, permitindo-se sua reprodução, parcial ou total, desde que citada a fonte e que não seja para fins comerciais.

A RESOLUÇÃO SES/MG Nº 5.016, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2015 restabeleceu a organização dos Comitês Estadual, Regionais, Municipais, Compartilhados e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Desde então, o referido Comitê vem exercendo regularmente suas atividades. Em abril de 2019 publicamos nosso primeiro relatório - Relatório de atividades e Resultados CEPMMIF 2016-2018 e em março de 2020 publicamos as análises referentes aos casos ocorridos em 2018 – Relatório Sobre Mortes Relacionadas à Gestação 2018 Minas Gerais. Todas as publicações, encontros e capacitações promovidas pelo CEPMMIF são disponibilizadas em sua página <https://www.saude.mg.gov.br/servidor/comites-estadual-regionais-municipais-e-hospitalares-de-prevencao-de-mortalidade-materna-infantil-e-fetal> com livre acesso para profissionais da saúde, gestores e sociedade civil.

Apresentamos, a seguir, os principais dados referentes aos casos de óbitos ocorridos em mulheres durante a gestação, parto ou puerpério, independente da causa básica no ano de 2019 em nosso estado. O ano de 2020, no qual a maioria dos casos foi analisada, foi um ano absolutamente atípico em todo o mundo. Após a confirmação do primeiro caso da infecção pelo SARS-CoV-2 no Brasil a quase totalidade das atividades em saúde se voltaram para o enfrentamento da pandemia e reuniões de grupo de trabalho foram canceladas, com o objetivo de evitar aglomerações e manter o distanciamento social. Em função disso, o CEPMMIF teve a sua última reunião ordinária em 05 de março de 2020, data na qual o relatório referente aos casos de 2018 foi aprovada. As reuniões ordinárias do grupo técnico do CEPMMIF – secretaria executiva – foram retomadas no final de maio de 2020, de forma virtual e buscou ampliar a participação das referências técnicas das regionais de saúde e município nas discussões de casos. Desde então, as reuniões ordinárias da secretaria executiva tem acontecido de forma remota e semanalmente, à exceção do mês de janeiro de 2021, em função de período de férias de grande parte dos componentes da mesma.

Um dos grandes objetivos do CEPMMIF no ano de 2020 foi a construção compartilhada com diversas áreas afins da SES/MG de um Plano Estadual de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil. Estamos em fase final da confecção do plano e temos a expectativa de que o mesmo possa ser finalizado ainda no primeiro semestre de 2021 e que as pactuações para as ações nele propostas possam já se tornar realidade ainda nesse ano. Independente do Plano, a Coordenação Materno Infantil vem realizando diversas ações para aprimorar a linha de cuidado materno-infantil no estado e tem tido sempre como referência as análises e recomendações emanadas nas reuniões da secretaria executiva do CEPMMIF.

1. Óbitos Maternos em Minas Gerais

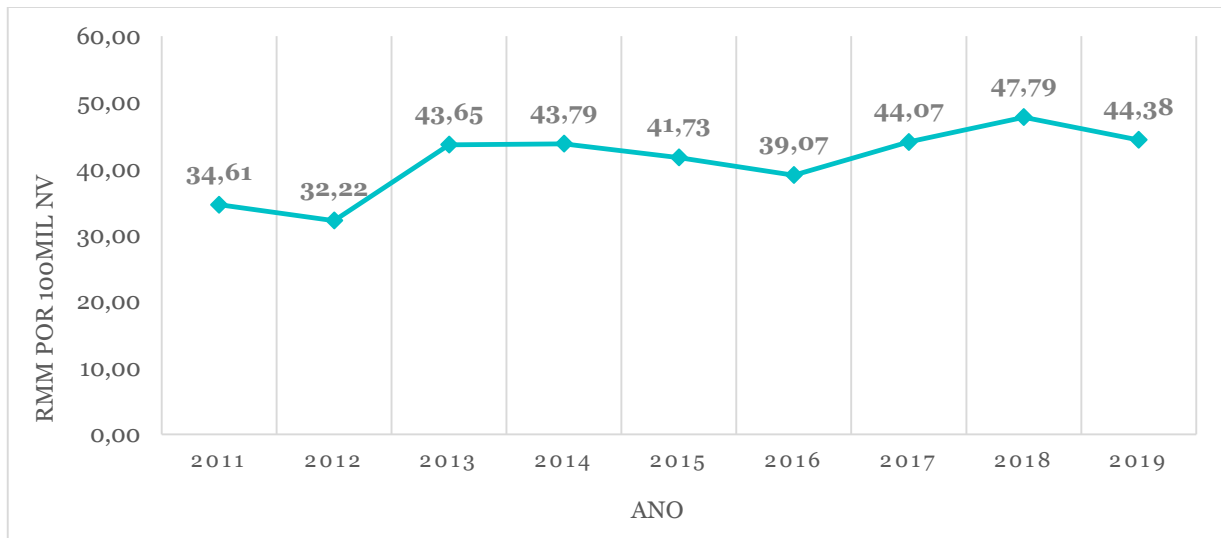
Até a data de 01 de março de 2021, o CEPMMIF havia recebido 146 casos de óbitos de mulheres entre 10 e 49 anos ocorridos durante a gravidez, parto ou até um ano após o término da gravidez, independente da causa. Destes 146 casos, 30 (trinta) foram classificados como não obstétricos e sete óbitos classificados como obstétricos tardios. Seis casos recebidos e analisados pelos membros da secretaria executiva do CEPMMIF ainda não constam no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) como óbitos obstétricos, ou seja, não estão identificados no SIM como maternos declarados, sendo que apenas um desses casos é obstétrico tardio. Os casos analisados no CEPMMIF são classificados e recodificados quanto às causas de morte, quando necessário. Posteriormente é retornado uma devolutiva à regional de saúde para que, juntamente com o município de residência, avaliem as sugestões de alteração na codificação do óbito e caso sejam aceitas, o município de digitação da DO realize as alterações no SIM. Portanto, seis casos de mortes maternas obstétricas ocorridas no ano de 2019 no estado de Minas Gerais não serão computadas pelas estatísticas oficiais no cálculo da razão da mortalidade materna.

Em consulta ao SIM Web (<http://sim.saude.gov.br>) realizada em 01 de março de 2021 constam 115 mortes maternas declaradas, sendo que destes quatro casos são maternos tardios, mas não receberam a codificação adequada para essa situação. Destes 115 casos o CEPMMIF recebeu relatórios executivos e/ou fichas de investigação de 108 casos. Todos os sete casos não recebidos ocorreram na gestação (um caso) ou no puerpério até 42 dias (seis casos), segundo as informações das fichas sínteses constantes no SIM web. Então, considerando os óbitos obstétricos declarados e ocorridos durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o término da gravidez (111 casos) somados àqueles identificados pelo CEPMMIF mas não corrigidos no SIM (cinco casos), pode-se afirmar que, no ano de 2019, o estado de Minas Gerais computou 116 casos de óbitos maternos obstétricos para o cálculo da RMM.

Para os dados apresentados a seguir foram computados todos os óbitos maternos identificados pelo CEPMMIF de Minas Gerais e não apenas os que constam no banco do DATASUS, ou seja, incluímos também aqueles óbitos maternos que por não correção no sistema ainda constam como óbitos não maternos.

No Gráfico 1 é possível observar a evolução da RMM em uma série histórica do estado de Minas Gerais a partir de 2011.

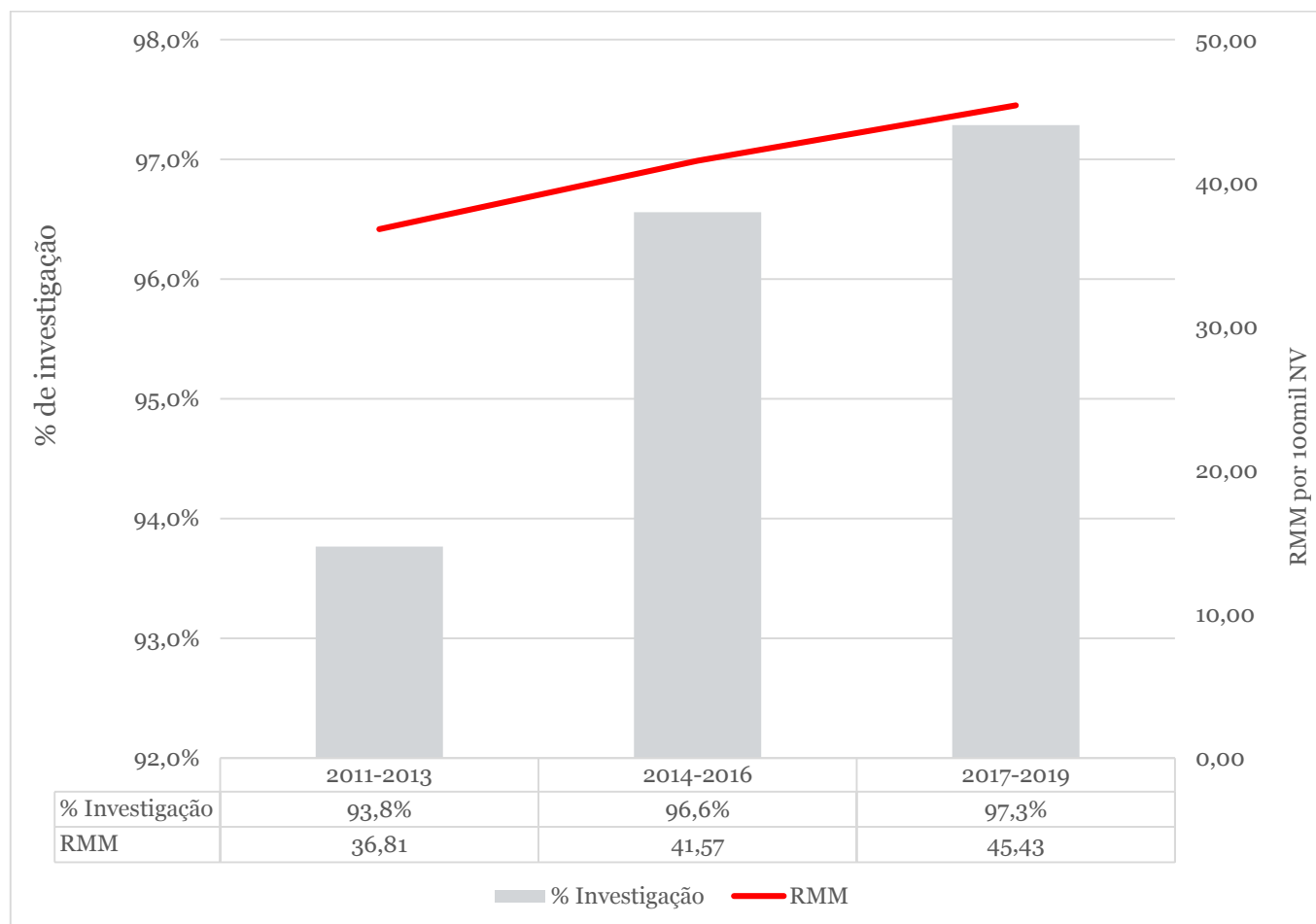
Gráfico 1- Razão de Mortalidade Materna, segundo ano do óbito. Minas Gerais, 2011-2019.



Fonte: 2011 a 2018: SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (Tabnet MG). Dados 2019: CEPMMIF.

Considerando que pequenas variações no número absoluto de óbitos podem modificar de forma substancial a RMM, a análise de períodos maiores é considerada excelente ferramenta para se ter uma ideia de tendência temporal. Sendo assim, estamos fazendo também a análise da RMM por triênios em nosso Estado, como demonstrado no gráfico 2. Neste mesmo gráfico apresentamos, também, a evolução do percentual de investigação de óbitos em mulheres em idade fértil (MIF). Percebe-se que a tendência da RMM por triênios é de aumento da mesma, sinalizando para a necessidade de construção de ações compartilhadas entre os diferentes níveis de atenção em saúde com o objetivo de redução dessas taxas. Esse aumento pode ser explicado pela ocorrência de casos mas, também, pela qualidade da informação. A melhoria no percentual de investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, possivelmente, está interferindo no aumento da RMM, pois, a investigação dos óbitos dessa faixa etária permite a identificação dos casos subnotificados. Ou seja, alguns casos lançados no SIM como morte de mulheres em idade fértil após o processo de investigação epidemiológica e análise são recodificados dentro das categorias da CID-10 que representam os óbitos maternos.

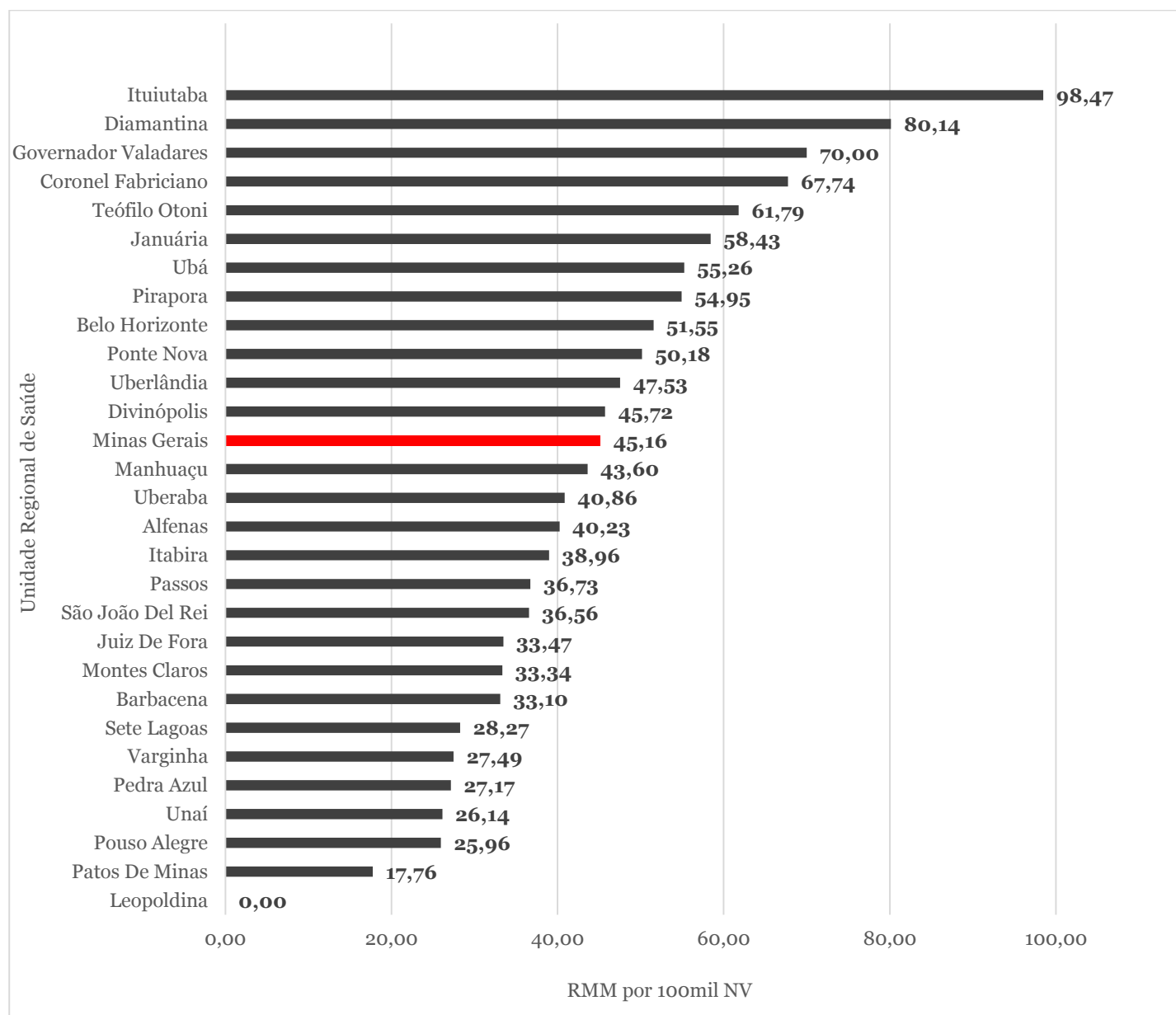
GRÁFICO 2 - Razão de Mortalidade Materna e percentual de investigação MIF, por Triênio. Minas Gerais, 2011 a 2019



Fonte: 2011 a 2018 SIM/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG (Tabnet MG); Dados 2019: CEPMMIF; DATASUS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (Investigação de óbitos MIF).

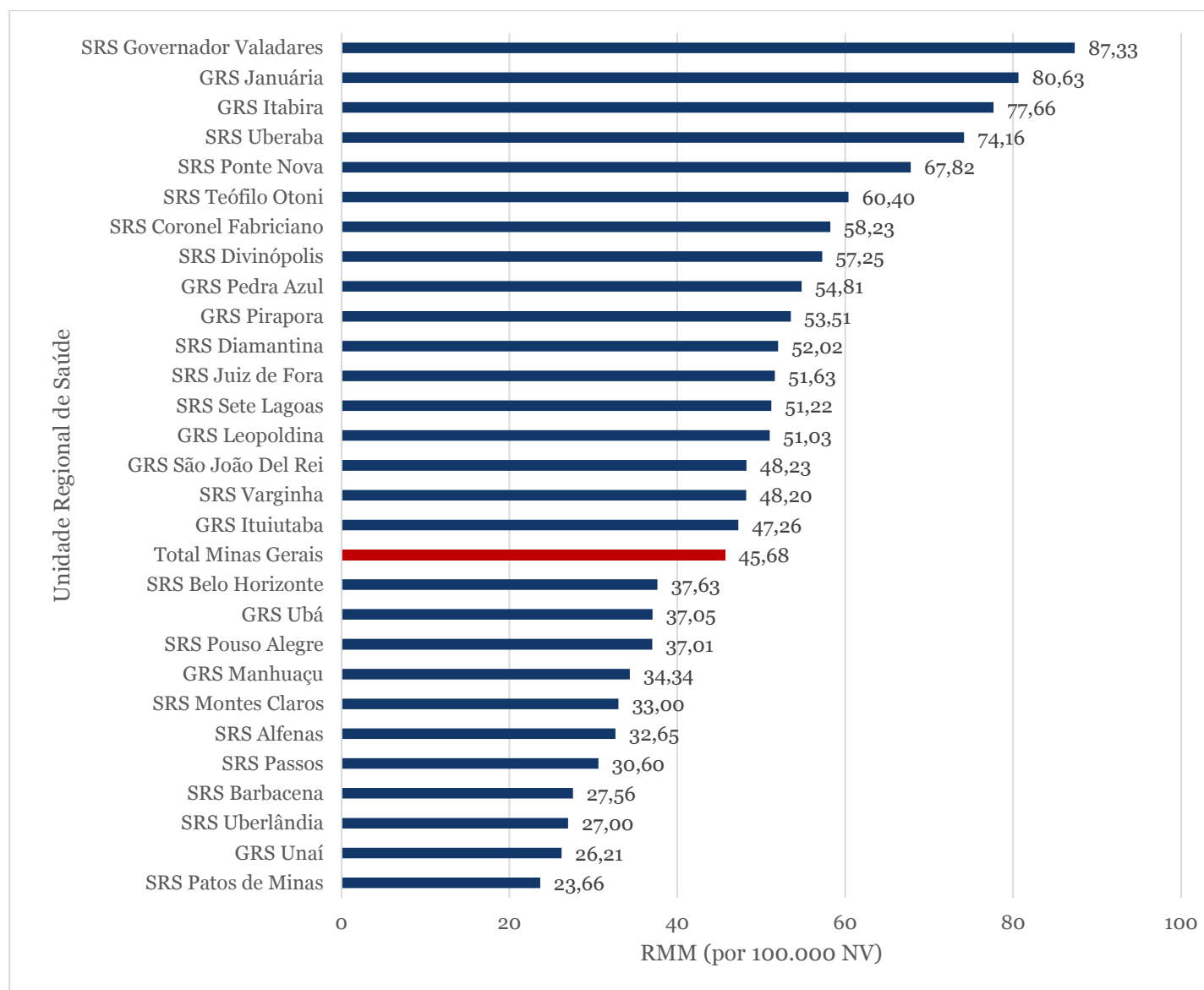
Como já demonstrado nos relatórios anteriores, existe uma grande desigualdade na RMM entre as regiões de saúde do Estado. No gráfico 3 apresentamos a RMM para o ano de 2019 por Unidade Regional de Saúde e no gráfico 4 a RMM no último triênio, já que essa análise é mais demonstrativa da realidade local.

Gráfico 3 - Razão de Mortalidade Materna por Unidade Regional de Saúde, Minas Gerais, 2019.



Fonte: CEPMMIF (óbitos); SINASC/SESMG (Tabnet MG).
 Elaboração: Coordenação de Vigilância de Óbitos/DIE/SVE/SESMG

Gráfico 4 - Razão de Mortalidade Materna, por triênio, por Unidade Regional de Saúde, Minas Gerais, 2017 a 2019



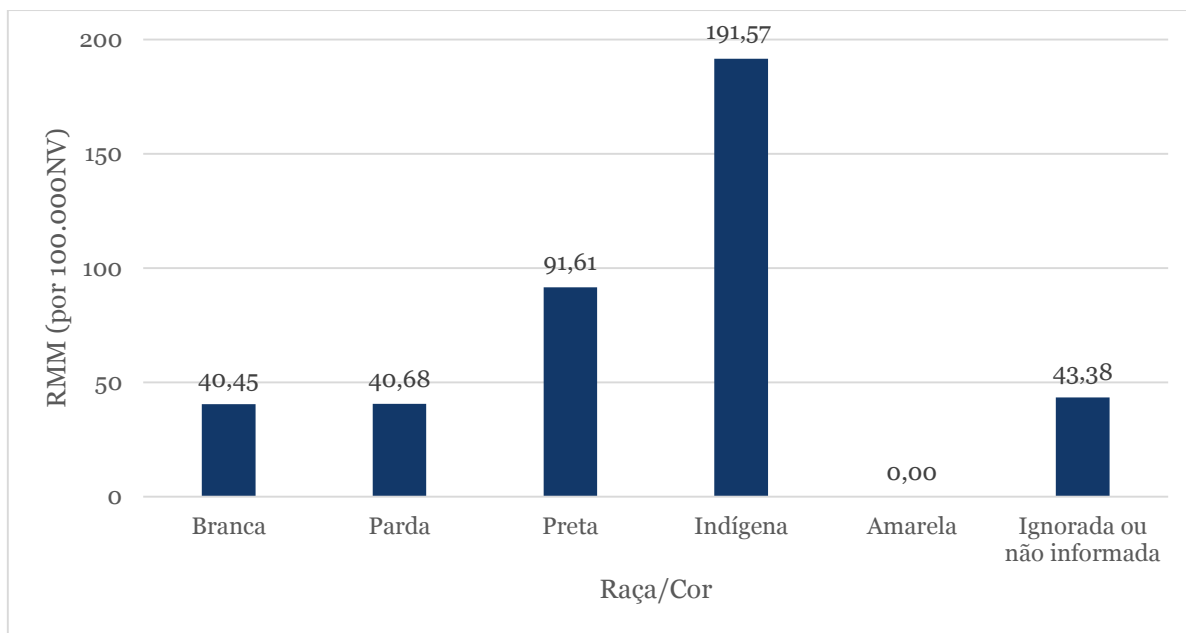
Fonte: 2017 e 2018 - SIM/SESMG Tabnet MG* 2019 - Dados CEPMMIF

*Dados de 2018 a 2021 atualizados em 1 de março de 2021, portanto sujeitos a alterações.

Elaboração: Coordenação de Vigilância de Óbitos/DIE/SVE/SESMG

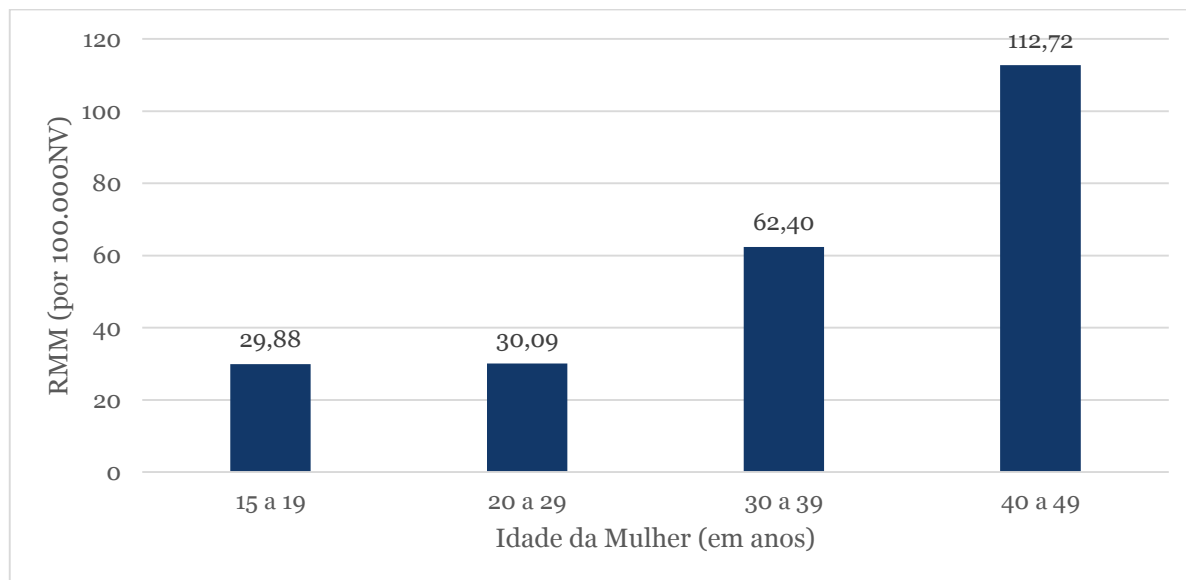
Os gráficos 5 e 6, apresentados a seguir, mostram a RMM específica considerando a raça/cor e idade das mulheres que evoluíram para óbito no ano de 2019. Percebe-se, como já identificado nos anos anteriores, que a RMM entre mulheres da raça/cor preta e mulheres indígenas é substancialmente maior que a média do estado e quando comparadas com a raça/cor branca é 2,2 e 4,7 vezes mais elevada, respectivamente. Identifica-se também uma relação direta entre o risco de morte e faixa etária da mulher, com a maior taxa encontrada no grupo com 40 anos ou mais.

Gráfico 5 - Razão de Mortalidade Materna por Raça/Cor, Minas Gerais, 2019



Fonte: CEPMMIF (óbitos); SINASC/SESMG (Tabnet MG)

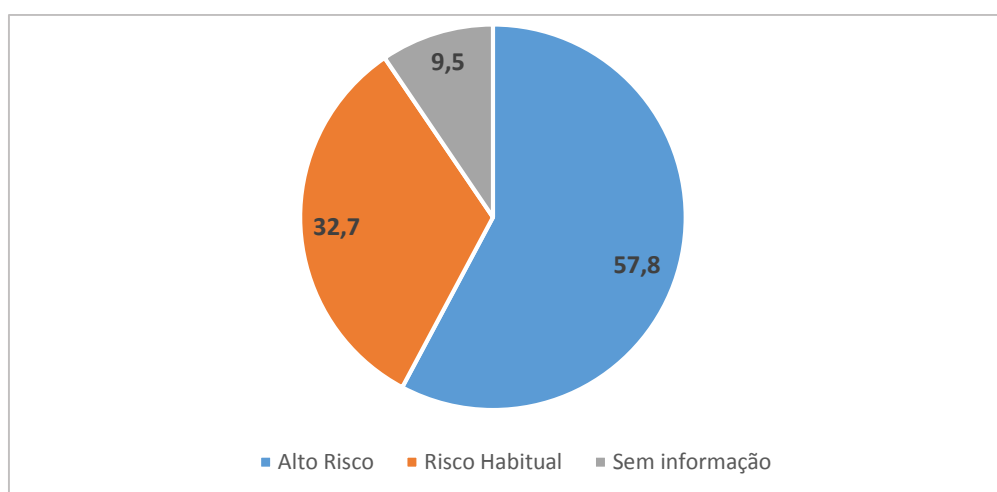
Gráfico 6 - Razão da Mortalidade Materna por Faixa Etária, Minas Gerais, 2019



Fonte: CEPMMIF (óbitos); SINASC/SESMG (Tabnet MG)

A avaliação do risco gestacional é um dado relevante na caracterização dos óbitos maternos. O Gráfico 7 mostra que cerca de 58% dos óbitos obstétricos no ano de 2019 ocorreram em mulheres com gestação estratificada como de alto risco. Esses dados sinalizam para a necessidade de investimentos no planejamento reprodutivo de mulheres com comorbidades, favorecendo a ocorrência de gravidezes desejadas e/ou planejadas no momento oportuno, bem como nos serviços especializados no atendimento desse grupo específico de forma a garantir acesso em tempo hábil e acompanhamento qualificado para as complicações clínicas e obstétricas.

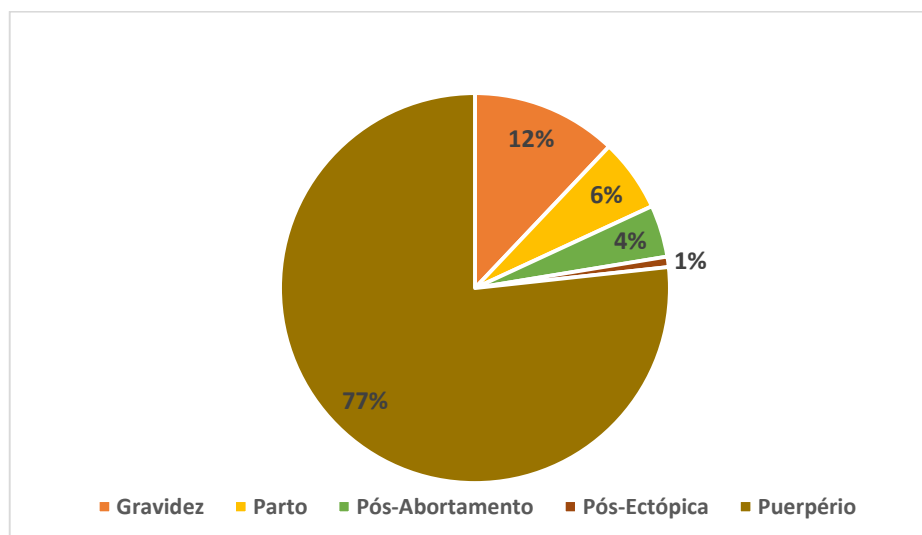
Gráfico 7 - Estratificação do Risco Gestacional, Minas Gerais, 2019



Fonte: CEPMMIF

Uma análise interessante na mortalidade é a verificação do momento do ciclo gravídico-puerperal no qual o óbito ocorreu. Esses dados são apresentados no gráfico 8. Nota-se que a grande maioria dos óbitos ocorrem no período puerperal, sendo que este achado sofre influência de dois fatos relevantes a saber as interrupções da gravidez em mulheres em situação crítica e as complicações desse período com destaque para a ocorrência de tromboembolismo pulmonar e complicações infecciosas. Apesar de não responder por uma parcela comparativamente grande de óbitos chama a atenção que 4% dos casos de morte materna no ano de 2019 foram decorrentes de complicações do abortamento, em geral, associadas aos abortamentos inseguros.

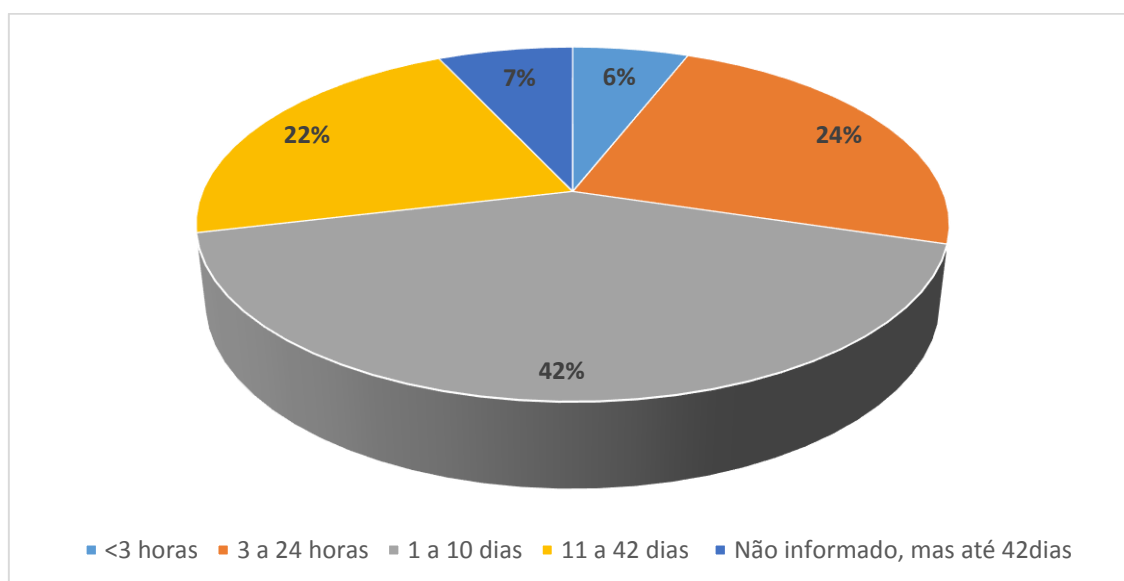
Gráfico 8 - Momento do Óbito Materno. Minas Gerais, 2019



Fonte: CEPMMIF

Em relação aos óbitos que ocorrem no puerpério no ano de 2019, o gráfico 9 mostra que 30% deles ocorreram no primeiro dia após o parto, sinalizando para a necessidade de melhorias nos cuidados imediatos à esse período, em especial, o diagnóstico e tratamento oportuno das complicações hemorrágicas no pós-parto. Além disso, 42% dos casos ocorreram entre 1 e 10 dias após o parto reforçando a importância do monitoramento do puerpério precoce.

Gráfico 9 - Tempo de Puerpério dos Óbitos Maternos ocorridos até 42 dias após o parto. Minas Gerais, 2019.

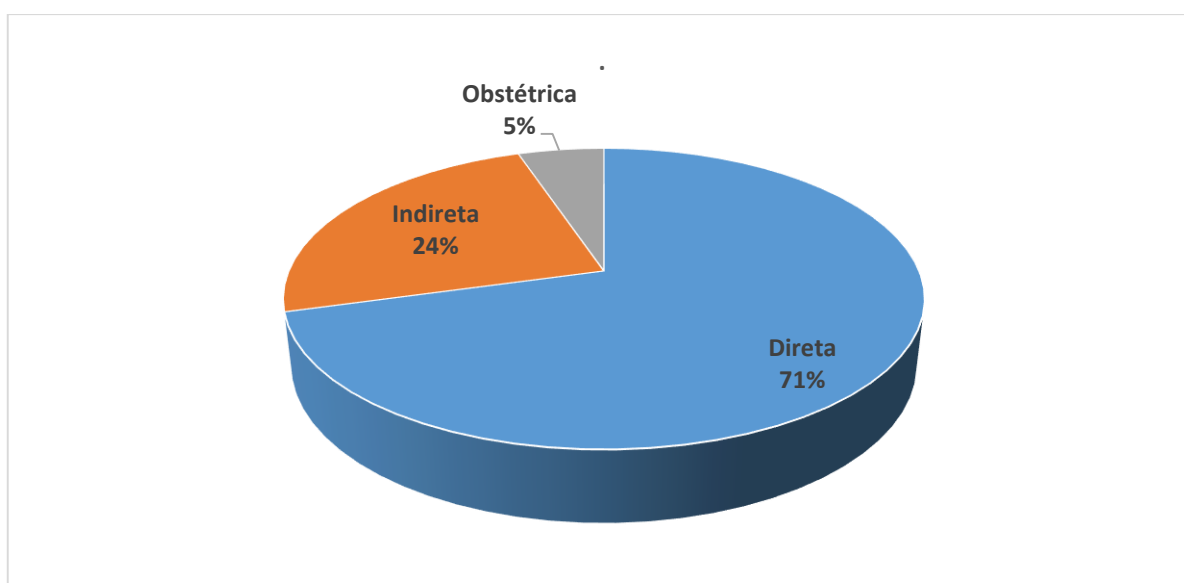


Fonte: CEPMMIF

Em relação à classificação dos óbitos obstétricos, os gráficos 10 a 13 apresentam o tipo de óbito obstétrico e a evitabilidade identificada por meio das discussões dos casos.

As causas diretas, que representam as causas com maior potencial de evitabilidade responderam por 2/3 de todos os óbitos obstétricos ocorridos até 42 dias após o término da gestação. Pré-natal de qualidade, acesso ao parto seguro e seguimento puerperal adequado são os pilares para a redução da ocorrência desses óbitos. No que se refere às causas indiretas, como já comentado acima, o planejamento reprodutivo e garantia de serviços de atenção secundária são necessários para impactar na redução desses óbitos. Seis casos foram classificados como morte obstétrica não especificada.

Gráfico 10 - Mortalidade Materna por Causas. Minas Gerais, 2019.

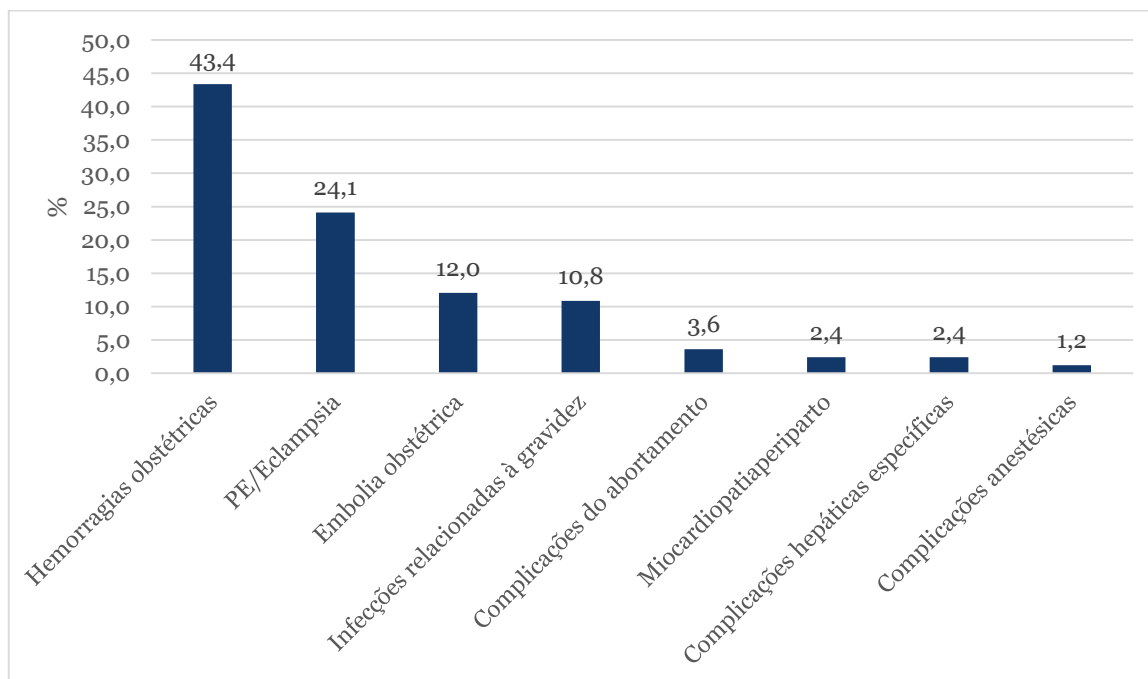


Fonte: CEPMMIF

Entre as causas diretas de morte materna destacam-se as hemorragias obstétricas que respondem por 43,4% desses óbitos. Entre os 36 casos de hemorragia obstétrica identificados pelo CEPMMIF, dois foram por gravidez ectópica e, os 34 secundários a hemorragias da segunda metade da gravidez, com destaque para 16 casos de hemorragia pós-parto, sete casos de descolamento prematuro da placenta, cinco casos de acretismo placentário e dois casos de placenta prévia sem acretismo. Ruptura uterina, inversão uterina pós-parto, ruptura hepática espontânea não relacionada à pré-eclampsia, hemorragia anteparto não especificada responderam a um caso cada. As complicações da pré-eclampsia/eclampsia responderam por 24,1% das causas diretas. Entre as embolias obstétricas, dois casos foram de embolia amniótica e os outros oito casos secundários a tromboembolismo venoso. Entre as infecções relacionadas à gravidez, sete casos foram por infecção puerperal, um caso de corioamnionite e um de pielonefrite. Das complicações do abortamento, dois casos foram complicados

por infecção e um por hemorragia. Ocorreram dois casos de esteatose hepática aguda da gravidez em 2019.

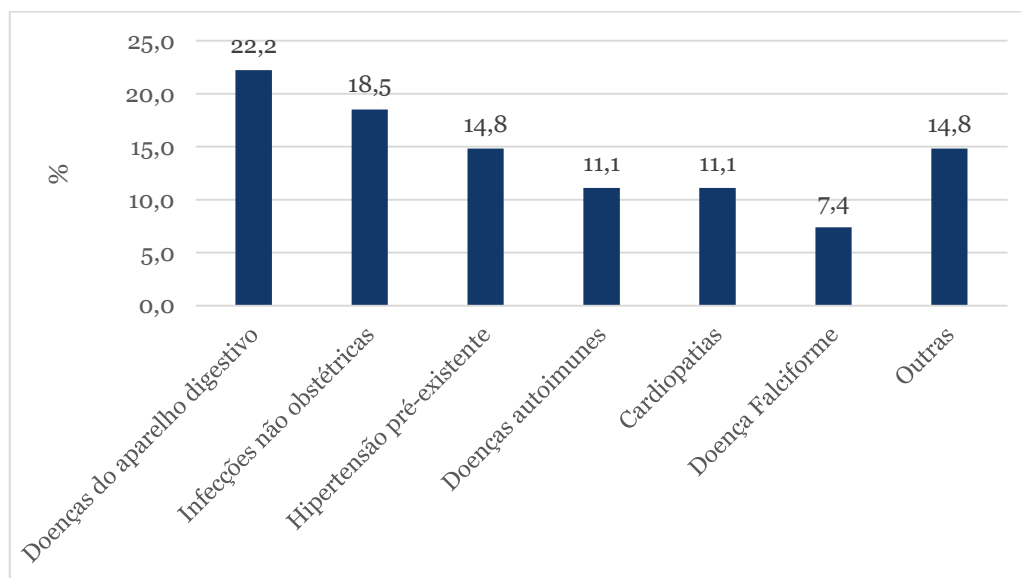
Gráfico 11 – Óbitos Maternos Obstétricos – Causas Diretas. Minas Gerais, 2019.



Fonte: CEPMMIF

Entre as causas indiretas, no ano de 2019, as doenças do aparelho digestivo responderam por seis casos, dos quais três foram relacionados à doença hepática prévia, dois ocorreram em mulheres com cirurgia bariátrica prévia e um caso de pancreatite. As infecções não obstétricas foram dois óbitos por dengue, e pneumonia bacteriana, influenza, tuberculose pulmonar um caso cada.

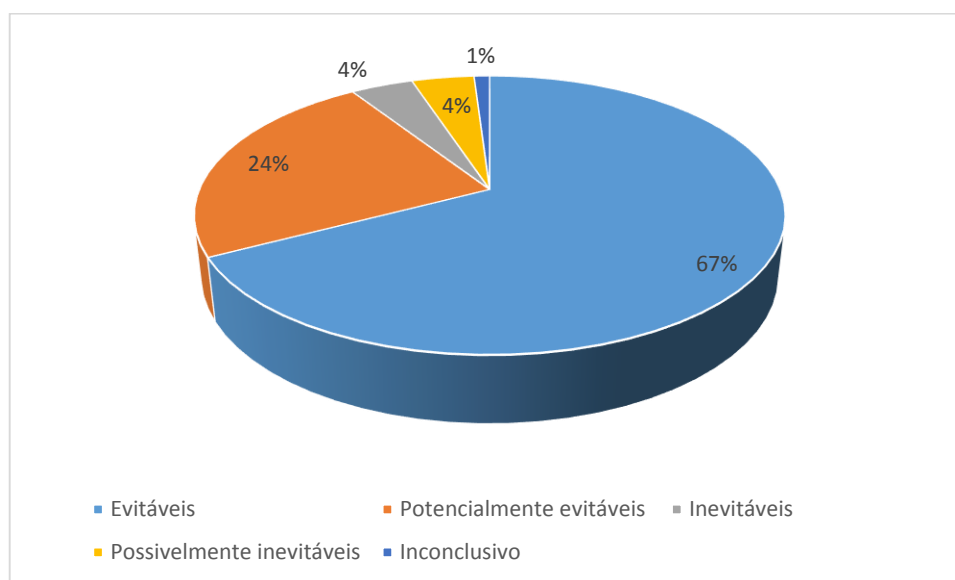
Gráfico 12 – Óbitos Maternos Obstétricos – Causas Indiretas. Minas Gerais, 2019.



Fonte: CEPMMIF

A grande maioria das mortes obstétricas é evitável, mesmo considerando apenas os recursos disponíveis no sistema público de saúde. A organização da linha de cuidado materno-infantil já se mostrou em diversos momentos e locais o caminho seguro para que as mortes evitáveis não ocorram. No gráfico 10 apresentamos a análise de evitabilidade dos casos recebidos pelo CEPMMIF e ocorridos em 2019. A análise de evitabilidade que é uma das atividades mais importantes dos comitês é o ponto de partida para a construção de recomendações de ações a serem modificadas, implantadas ou reorganizadas nos territórios para que situações semelhantes não se repitam. Noventa e um por cento dos casos ocorridos em 2019 foram considerados evitáveis, sendo que 67% foram classificados como claramente evitáveis e 24% como potencialmente evitáveis. Ressalta-se que apenas 4% dos casos foram classificados como inevitáveis.

Gráfico 13- Óbitos Maternos e Evitabilidade. Minas Gerais, 2019.



Fonte: CEPMMIF (óbitos); SINASC/SESMG (Tabnet MG)

Embora as mortes não obstétricas e aquelas denominadas obstétricas tardias não sejam utilizadas no cálculo da RMM, sua investigação epidemiológica e análise dos casos pelos Comitês merecem a mesma atenção dedicada aos casos que compõem o indicador da RMM. No ano de 2019, o CEPMMIF recebeu sete casos de mortes maternas obstétricas tardias, ou seja, aquelas ocorridas mais de 42 dias, mas menos de 1 ano após o parto, sendo quatro casos classificados como diretos tardios e três como indiretos tardios. Destas cinco não receberam na DO a codificação correta que sinaliza essa situação, o código O96 gerando a possibilidade de erro, quando da consulta no sistema de mortalidade, para o cálculo da RMM. Os comitês de prevenção/estudo da mortalidade materna devem estar atentos à essas situações e colaborar com os representantes da vigilância do óbito no sentido de promover a correta codificação final de todos os casos após análise.

Analizamos também 30 casos classificados como não obstétricos, dos quais 14 casos foram por causas externas, incluindo quatro casos de homicídios, cinco casos por *overdose* sinalizando a importância do envolvimento de outros setores na prevenção das mortes relacionadas à gravidez e da discussão da violência urbana e das vulnerabilidades sociais para esse grupo de pessoas. Os 16 casos não obstétricos por outras causas reforçam a necessidade do seguimento das mulheres no período puerperal, com ênfase no planejamento reprodutivo entre as mulheres com doenças crônicas.

2. Qualidade do preenchimento das Declarações de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil, com ênfase nos óbitos maternos

O processo de análise dos casos de mortalidade materna só é possível após um longo caminho percorrido e executado pela Vigilância Epidemiológica. A partir das declarações de óbitos (DO), a denominada “investigação epidemiológica” é desencadeada por meio da utilização de fichas padronizadas pelo Ministério da Saúde para obtenção de informações sobre os atendimentos ambulatoriais, hospitalares e domiciliares da mulher. Em função da subnotificação dos óbitos maternos – situação na qual uma causa obstétrica não é informada na Parte 1 ou Parte 2 da DO – a investigação deve ser desencadeada em todos os óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos). O preenchimento das DOs, em nosso meio, ainda carece de qualidade necessária para gerar a devida segurança dos dados epidemiológicos e, em função disso, a investigação dos óbitos é essencial. Na DO existe também um campo específico para auxiliar a identificação de possíveis óbitos maternos – Campo 37 – que prevê a informação de ter ocorrido o óbito “na gravidez”, “no abortamento”, “no parto”, “até 42 dias após o término da gestação”, “de 43 dias a 1 ano após o término da gestação”, “não ocorreu nestes períodos” e “ignorado”. Com o objetivo de contribuir com as escolas médicas, os conselhos de medicina e mesmo com os gestores da saúde apresentamos, a seguir, uma síntese da análise da qualidade do preenchimento das DOs nos casos avaliados pelo CEPMMIF e ocorridos em 2019. A análise mostra que é de extrema importância que as escolas médicas, os programas de residência médica, os órgãos de classe e os gestores valorizem a capacitação do profissional médico para o adequado e correto preenchimento da DO.

Fonte: 146 casos de mortes relacionadas à gravidez enviados ao CEPMMIF

Caracterização da amostra:

- 78 casos de mortes obstétricas diretas
- 25 casos de mortes obstétricas indiretas
- 6 casos de mortes obstétricas não especificadas

- 4 casos de mortes obstétricas diretas tardias
- 3 casos de mortes obstétricas indiretas tardias
- 30 casos de mortes não obstétricas

Dos 116 casos de mortes obstétricas, recebemos cópia de 106 declarações de óbito originais (91,4%), sendo:

- 74 casos (69,8%) com campo 37 preenchido, mas em 13 o preenchimento informava momento do óbito errado;
- 32 casos (30,2%) com campo 37 em branco;
- 67 casos (63,2%) continham na Parte 1 ou 2 da declaração de óbito referência ao estado gravídico-puerperal, caracterizando a morte como materna declarada, sendo que em 1ª causa informada estava errada;
- 39 casos (36,8%) não havia nenhuma informação de diagnóstico ou doença relacionada à gravidez como causa da morte e, destes, 10 também tinham o campo 37 em branco não permitindo, de forma nenhuma, que o codificador pudesse vincular o óbito ao ciclo gravídico-puerperal.

Considerando apenas os casos de morte materna obstétrica que compõem a Razão de Mortalidade Materna (RMM) – 99 casos com cópia das DOs originais disponíveis para análise identificamos:

- Em 65 casos (65,7%) constava nas Partes 1 ou 2 referência ao estado gravídico-puerperal, caracterizando como morte materna declarada, apesar de em 1 caso a causa informada estava incorreta;
- Em 34 casos (34,3%) não havia nenhuma informação de diagnóstico ou doença relacionada à gravidez, o que, por sua vez, induz a codificação da causa de morte como “morte de mulher em idade fértil”, determinando um erro substancial no cálculo da RMM. Destes 34 casos, em 8 o campo 37 estava também em branco;
- Em relação ao preenchimento do campo 37 nesse grupamento, o mesmo estava preenchido em 71 casos (71,7%), mas em 13 deles o momento do óbito estava informado incorretamente. Em 28 casos (28,3%) o campo 37 estava em branco.

Dos 30 casos de mortes classificadas como não obstétricas, 29 cópias das DOs originais estavam disponíveis para análise e as características da qualidade do preenchimento do campo 37 foram:

- 16 casos com campo 37 preenchido, sendo que em 1 o momento do óbito estava preenchido incorretamente;

- 13 casos com campo 37 em branco, sendo que destes 8 foram classificados como causas externas, das quais 3 casos preenchem os critérios de violência contra a gestante/puérpera.

3. Principais recomendações para redução das mortes maternas evitáveis

Como já mencionado no início desse relatório, uma das principais metas do CEPMMIF de Minas Gerais é finalizar o Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal para subsidiar as ações na saúde materno-infantil do Estado. Dentro desse contexto apresentamos, a seguir, uma síntese das intervenções a serem priorizadas no que se refere à evitabilidade dos óbitos maternos. Vale ressaltar que todas as ações que impactam no risco de morte materna tem, também, relação direta com o risco de morte infantil, em especial do componente neonatal.

3.1. Favorecer a ocorrência de gravidezes desejadas e planejadas:

- Para todas as mulheres em idade fértil: oferta de métodos contraceptivos eficazes, orientação pré-concepcional em todo contato com a unidade de saúde, em especial, atualização de calendário vacinal, uso periconcepcional de ácido fólico, estímulo a hábitos saudáveis de vida;
- Para mulheres em idade reprodutiva com doenças crônicas: controle clínico da doença de base antes da gestação, contracepção eficaz, aconselhamento pré-concepcional individualizado;
- Ofertar teste rápido de gravidez sob demanda da mulher e,
 - Se positivo, garantir 1ª consulta de pré-natal agendada em até sete dias,
 - Se negativo, garantia de oferta de todos os métodos contraceptivos, respeitando as particularidades /singularidades de cada mulher.

3.2. Garantir Pré-Natal de qualidade

- Captação precoce (1ª consulta no 1º trimestre);
- Consultas intercaladas (médico/enfermeiro na APS);
- Estratificação do risco gestacional em todas as consultas;
- Valorização das vulnerabilidades e das circunstâncias que levam a sofrimento mental no cuidado individualizado;
- Oferta de exames complementares previstos nos protocolos oficiais com acesso aos resultados em tempo hábil;
- Acesso a medicamentos essenciais para o cuidado obstétrico de qualidade, em especial, sulfato ferroso, ácido fólico, penicilina benzatina, antimicrobianos, medicamentos para tratamento de corrimentos vaginais e ISTs;

- Grupo de gestantes/Rodas de conversas/Práticas educativas com discussão de termos de interesse para a saúde da mulher e da criança, em especial, alimentação e hábitos de vida saudáveis, estímulo ao parto normal, salvo quando contraindicado, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, sexualidade na gestação, contracepção pós-parto, calendário de vacinação da gestante e criança;
- Garantia de vacinação conforme protocolo de vacinação da gestante;
- Informação dos dados do exame clínico-obstétrico em prontuário institucional e na caderneta da gestante;
- Referenciamento à maternidade de acordo com risco gestacional;
- 1º atendimento das intercorrências clínico-obstétricas da gestação, incluindo, urgências obstétricas no primeiro ponto de atenção que a mulher buscar;
- Encaminhamento oportuno para atenção especializada nos casos de gestação de alto risco;
- Monitoramento e acompanhamento pela APS do plano de cuidados nos casos de gestação de alto risco;
- Garantia de consulta odontológica e seguimento de plano de cuidados específicos da saúde bucal;
- Mapeamento dos pontos de atenção especializada, garantindo acesso a exames e interconsultas nos casos de intercorrências clínicas na gestação;
- Transporte responsável para unidade hospitalar em caso de intercorrências clínico-obstétricas na gestação ou trabalho de parto;
- Acesso ao acompanhamentos especializado, nos casos de gestação de alto risco, incluindo as situações de maior complexidade que demandam fluxos especiais (isoimunização materna pelo fator Rh, malformações congênitas, complicações da gestação monócoriônica, entre outras).

3.3. Tratamento adequado e oportuno das intercorrências clínico-obstétricas que exigem internação hospitalar, Parto e Nascimento seguros

- Adequação da grade de vinculação para internações obstétricas, parto e nascimento de forma a atender as especificidades do território;
- Equipe multidisciplinar para assistência ao trabalho de parto, parto, cuidados com o recém-nascido e intercorrências clínicas;
- Oferta universal de métodos não farmacológicos para controle da dor durante o trabalho de parto e parto vaginal;
- Acesso de analgesia farmacológica sob demanda da parturiente;
- Assistência ao parto baseado nas melhores evidências científicas;
- Garantia de alojamento conjunto para 100% das puéperas e RNs saudáveis;

- Garantia de 1º atendimento nas intercorrências clínico-obstétricas na gestação, com estabilização da gestante e transporte responsável, quando necessário;
- Garantia de exames necessários para diagnóstico, acompanhamento das intercorrências clínico-obstétricas;
- Garantia de transferência para unidades de internação de maior complexidade, quando necessário (regulação de leitos);
- Garantia de acolhimento e tratamento humanizado dos abortamentos, com estímulo à utilização de AMIU;
- Garantia de oferta de inserção de DIU pós-parto e pós-abortamento para mulheres que desejarem;
- Alta responsável, com sumário de alta completamente preenchido com letra legível;
- Comitê hospitalar de estudo/prevenção do óbito materno, fetal e infantil;
- Monitoramento das taxas de cesarianas, preferencialmente, por meio de utilização da classificação de Robson;
- Monitoramento das taxas de Apgar.

3.4. Monitoramento do período puerperal

- Consulta puerperal na primeira semana pós-parto com garantia de avaliação das condições clínicas da gestante (sinais de anemia, sangramento, febre, corrimentos genitais anormais), atualização de calendário vacinal da mulher e da criança, avaliação do aleitamento, avaliação/programação de contracepção;
- Consulta puerperal tardia (40-42 dias pós-parto) com avaliação clínico-ginecológica completa, incluindo prevenção do câncer do colo uterino, garantia de contracepção respeitando as particularidades e singularidades de cada mulher.
- Inclusão de avaliação sistemática do risco de transtornos psiquiátricos em todas as consultas puerperais.

3.5. Fortalecimento dos Comitês Regionais e Municipais

- Apoio da gestão para implantação e efetivo funcionamento dos comitês de prevenção à mortalidade materna, infantil e fetal.

3.6. Capacitações e Educação Continuada

- Capacitações e educação continuada para os profissionais de saúde da atenção primária, especializada e hospitalar sobre as boas práticas de assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal;

- Capacitação dos gestores para adequada utilização dos indicadores disponíveis nos sistemas de informação como ferramenta de organização de serviços.