



Projeto Mellyssa

Boas práticas no enfrentamento
à mortalidade materna e infantil

Luciano Moreira de Oliveira (Org.)

Projeto Mellyssa

Boas práticas no enfrentamento à mortalidade materna e infantil

Luciano Moreira de Oliveira (Org.)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Projeto Mellyssa [livro eletrônico] : boas práticas no enfrentamento à mortalidade materna e infantil / organização Luciano Moreira de Oliveira (MPMG). -- 1. ed. -- Brasília, DF : CONASEMS, 2023.
PDF

Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-85-63923-49-3

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Cuidados pré-natais 3. Diagnóstico pré-natal 4. Maternidade - Promoção da saúde 5. Saúde da mulher 6. Serviços de saúde infantil I. Oliveira, Luciano Moreira de.

23-181684

CDD-618.24
NLM-WQ-175

Índices para catálogo sistemático:

1. Pré-natal : Cuidados : Obstetrícia 618.24
Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

FICHA TÉCNICA

Este material foi desenvolvido pela equipe técnica do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS.
Presidente do Conasems: Hisham Mohamad Hamida

IDEALIZAÇÃO PROJETO MELLYSSA

Ministério Público de Minas gerais

ORGANIZADOR

Luciano Moreira de Oliveira (MPMG)

EDIÇÃO GERAL E REVISÃO LINGUÍSTICA

Keylla Manfili Fioravante

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Vitor Almas de Moura

COLABORAÇÃO TÉCNICA

Cristina Fátima dos Santos Crespo

Marta de Sousa Lima

Rubensmidt Ramos Riani

COMISSÃO JULGADORA PRÊMIO MELLYSSA

Ministério Público de Minas Gerais – MPMG

Associação Mineira de Medicina da Família e Comunidade (AMMFC)

Conselho Nacional da Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

COMISSÃO ORGANIZADORA PRÊMIO MELLYSSA

Nêmora Brant Drumond Cenachi

Maria Gabriela Araujo Diniz

PROJETO MELYSSA

ÍNDICE

- 12** **Prefácio**
- 14** **Apresentação**
- 19** **Artigos**
- 20** **A Saúde Materna e Infantil e o respeito pela mulher no momento do parto**
- 36** **Programa de reanimação neonatal: uma estratégia que faz a diferença em Minas Gerais**
- 54** **A governança colaborativa como substrato na criação de uma entidade reguladora no quadro do Sistema Nacional de Proteção de Crianças em perigo português – uma abordagem de política pública**
- 70** **Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais: trajetória**
- 80** **Como o Ministério Público pode contribuir para o enfrentamento à mortalidade materna e infantil?**

-
- 95** **Relatos**
- 96** **Ambulatório de planejamento reprodutivo: promoção dos direitos sexuais e reprodutivos às mulheres**
- 99** **Grupo de Gestantes – UMS Professor Aluizio Prata**
- 102** **O aplicativo de comunicação e a agenda de consultas na UBS Padre Rafael de Paulo Lopes 07, em Bambuí- MG**
- 105** **Pré-natal em domicílio: equidade e integralidade no acompanhamento às gestantes, neonatos e puérperas**
- 108** **Ampliação do acesso ao diagnóstico da Sífilis no pré-natal em Montes Claros – MG: descentralização de testes rápidos na Atenção Primária à Saúde**
- 113** **Primeira Infância em Foco**
- 115** **A importância do projeto de aleitamento materno exclusivo no SUS para promoção da amamentação e prevenção mortalidade neonatal: relato de experiência**
- 118** **Grupos de Gestante e Rede de Apoio: uma realidade para educação em saúde e fortalecimento do vínculo do trinômio mãe-pai-bebê**

-
- 123** (Re)modelando a assistência à saúde das mulheres: estratégias de atenção ao pré-natal, parto humanizado e nascimento
- 127** Programa MariAnas – programa de acolhida de mulheres de Sete Lagoas que desejam entregar sua criança recém-nascida para adoção

PREFÁCIO

A Saúde Pública é um dos grandes desafios do mundo atual. Consolidada como um importante direito social, impõe imensas dificuldades aos profissionais do setor e às estruturas administrativas do Estado, que respondem pela organização de complexos e extensos sistemas sanitários, voltados à efetivação dessa política. No Brasil, ainda que o Sistema Único de Saúde tenha se mostrado uma verdadeira escola de cidadania e de democracia participativa, são inúmeros os obstáculos de se implantar um sistema universal, integral e gratuito de saúde.

Um dos setores mais impactados por esses desafios é o da Justiça Pública, especialmente, na sua função de controle e proteção dos direitos. A falta de efetivação setorial da política de saúde tem provocado uma onda *tsunâmica* de ações judiciais, impactando severamente um Sistema de Justiça Pública que não foi originalmente concebido, nem dimensionado, para responder a demandas decorrentes de insuficiências estruturais da política sanitária, dentre elas o subfinanciamento, a falta de um modelo adequado de gestão e as inversões históricas do modelo de atenção.

A Justiça, por sua vez, se apressa em buscar caminhos que se adaptem a essa nova realidade e que possam oferecer respostas qualificadas a tais demandas. Destaca-se, nesse viés, o debate em torno da desjudicialização da saúde, a busca de vias extrajudiciais de controle que possam ser estruturantes da política de saúde, e, por isso mesmo, oferecer proteção mais célere e qualificada ao direito sanitário.

A invenção desses novos caminhos demanda, sobretudo, uma predisposição ao diálogo entre as instituições envolvidas, especialmente, no que diz respeito às relações entre controle e gestão. Aprendemos, a cada novo desafio, que não se efetiva política pública pelas ferramentas de controle. De igual modo, controle não se resume, exclusivamente, a um sistema de definições de responsabilidades e de punição. Aqui, se moldam novas formas de exercício da função de controle de modo racional e dialogado, transformando-a em uma potente ferramenta de suporte e indução da execução da política pública, justamente pelo caminho onde ela tem que se efetivar, ou seja, pela via natural da gestão. O diálogo entre controle e gestão tende a oferecer resultados mais rápidos e resolutivos para os problemas do setor.

Não por outro motivo, tais formas inovadoras e proativas do exercício da função de controle têm se multiplicado por esse Brasil afora. Um exemplo benfazejo desses novos caminhos que se descortinam é o Projeto Mellyssa, desenvolvido pelo Ministério Público de Minas Gerais. Trata-se de uma estratégia de fomento da política pública adotada pela função de controle, visando a sua efetivação no plano dos direitos individuais e, de igual modo, como direito coletivo. Um exemplo exitoso do caminho do diálogo institucional e de suas imensas potencialidades, abrindo uma importante alternativa à atuação tradicionalmente repressiva do Ministério Público na proteção de direitos.

Ademais, o projeto cresce em importância quando se destaca o tema tratado, sensível e estratégico para a Saúde Pública no Brasil. O enfrentamento à mortalidade materna e infantil ainda é pauta em aberto na cena sanitária nacional, sobretudo, em face do predomínio de mortes por causas evitáveis. A incapacidade do Sistema de Saúde em dar respostas mais contundentes para esse desafio se traduz, ao fim e ao cabo, em graves violações de direitos humanos. O país precisa investir mais na promoção e na prevenção em saúde. A Atenção Primária à Saúde se mostra imprescindível para a redução da mortalidade materna e infantil, em especial, por ser responsável pelo acompanhamento pré-natal das gestantes em gravidez de risco habitual, visto que as mortes por causas sensíveis à atenção pré-natal ainda são muito numerosas.

Por todas essas razões – e, certamente, por outras mais lúcidas –, os organizadores da obra merecem os mais sinceros parabéns. Com importante apoio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), composto por artigos de fôlego, e por uma notável coleção de boas práticas, o livro coroa a experiência exitosa do Projeto Mellyssa, conduzido pelo Centro de Apoio Operacional da Saúde do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, sob a Coordenação do Promotor de Justiça Luciano Moreira de Oliveira.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO
JAYME MARTINS DE OLIVEIRA NETO,
SETEMBRO DE 2023.

APRESENTAÇÃO

PROJETO MELLYSSA – BOAS PRÁTICAS NO ENFRENTAMENTO À MORTALIDADE MATERNO E INFANTIL

*Luciano Moreira de Oliveira*¹

MPMG

O Projeto Mellyssa, cujo nome é uma homenagem a uma criança que faleceu prematuramente, teve início, no ano de 2021, na sequência da adesão do Ministério Público de Minas Gerais (MPMG) ao acordo de cooperação técnica firmado entre o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) e o Ministério da Saúde (MS). Naquele ano, o MPMG, em seu Plano Geral de Atuação, fomentou ações dos membros da instituição voltadas para a efetividade da Estratégia Saúde da Família (ESF), com ênfase na verificação da completude das equipes multiprofissionais, conforme os parâmetros do Ministério da Saúde, e da efetiva disponibilidade dos profissionais de saúde para atendimento da população.

Nesse contexto, a adesão ao acordo de cooperação técnica teve por objetivo conjugar esforços para contribuir para a resolutividade da Atenção Primária à Saúde, especialmente, da ESF, que é definida como estratégia prioritária para a reorganização e a consolidação dos cuidados primários no Brasil.²

Após aderir ao Acordo de Cooperação Técnica, o MPMG propôs ao Ministério da Saúde que o trabalho conjunto tivesse por tema a atenção à saúde materna e infantil e, mais especificamente, o desenvolvimento de ações para o enfrentamento da mortalidade por causas evitáveis. Isso ocorreu porque os números são surpreendentes e alarmantes: 64% das mortes infantis e 94% das mortes maternas em Minas Gerais, no ano de 2020, ocorreram por causas evitáveis, isto é, poderiam ter sido prevenidas e não aconteceriam se as pessoas tivessem obtido acesso ao Serviço de Saúde no tempo certo e com a devida qualidade. Portanto, não são fatalidades, são episódios em que ocorreram graves violações de direitos fundamentais.

1. Dr. Luciano Moreira de Oliveira

Promotor de Justiça

Coordenador do Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde do Ministério Público de Minas Gerais

Doutor em Direito Público pela Universidade de Coimbra, Portugal

Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais

Especialista em Direito Sanitário Pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

Grande parte das mortes evitáveis de crianças com menos de 1 ano e de gestantes são sensíveis aos cuidados durante a gravidez. Trata-se, portanto, do acesso à atenção pré-natal de qualidade que, para as gestantes com gravidez de risco habitual, é realizado pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Percebe-se, assim, a perfeita integração entre as ações voltadas para o fortalecimento da ESF e o enfrentamento à mortalidade materna e infantil, que veio a ser ajustado e sistematizado no âmbito do Projeto Mellyssa. Com efeito, a realização do pré-natal com qualidade passa, antes, pela disponibilidade de equipes de ESF completas e que estejam efetivamente presentes no território, cumprindo com suas atividades e contribuindo para a melhoria da saúde da população adscrita.

O Projeto Mellyssa iniciou suas atividades nas regiões que, na época, contavam com os piores resultados de mortalidade materna (Razão de Morte Materna – RMM³) e infantil (Taxa de Mortalidade Infantil – TMI⁴), quais sejam, as macrorregiões nordeste e leste de Minas Gerais. Foram promovidos esforços para a sensibilização dos membros do MPMG para que fiscalizassem a ESF e para que, ademais, cobrassem dos municípios seu empenho para que as mulheres grávidas do seu território realizassem, ao menos, 6 consultas pré-natais, sendo a primeira delas até a 12^a semana de gestação.

Antecipando o que o Supremo Tribunal Federal (STF) veio a decidir no Tema 698, sugeriu-se aos membros do MPMG que se reunissem com os gestores locais e representantes da sociedade civil para discutirem os indicadores de cada município – TMI, RMM, percentual de gestantes que realizam 6 consultas pré-natais, sendo a primeira delas até a 12^a semana de gestação –, assim como para solicitarem um plano de ação para a melhoria do acesso à atenção pré-natal.

Desde então, as instituições parceiras promoveram reuniões com os membros do Ministério Público e gestores, visitas aos territórios das duas macrorregiões e oficinas com trabalhadores da saúde, que foram coordenadas, conjuntamente, pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde.

2. O nível primário deve ser a porta de entrada preferencial dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS) e ofertar cuidados abrangentes, da promoção à recuperação, individuais, familiares e coletivos, para as condições de saúde mais comuns, ao longo das vidas das pessoas. A Atenção Primária deve ser coordenadora dos cuidados. Agindo de forma efetiva e com resolutividade, a Atenção Primária é racionalizadora do acesso aos níveis de atenção mais especializados e, assim, contribui, também, para a redução dos custos globais do Sistema de Saúde.

3. Esse indicador representa o resultado da divisão do número de mortes maternas obstétricas pelo número de nascidos vivos, expresso por 100.000 nascidos vivos, em determinado período.

4. A TMI reflete o número de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade por 1.000 nascidos vivos.

As ricas experiências colhidas durante os dois primeiros anos do trabalho serviram para mostrar, também, que boas iniciativas são realizadas por muitos trabalhadores da saúde vocacionados, independentemente do porte do município onde se encontram e dos recursos de que dispõem. Essa constatação apontou para a importância de se reconhecer, valorizar e difundir boas práticas presentes no SUS.

Assim, no ano de 2023, em que se propôs a "estadualização" do Projeto Mellyssa, a criação de um prêmio aberto a todos os servidores do SUS, com atuação na Atenção Primária, tem a missão de consolidar o Projeto Mellyssa, lançar mais luzes sobre as políticas de saúde materna e infantil e mobilizar toda a sociedade para o enfrentamento às causas da mortalidade materna e infantil, especialmente, aquelas evitáveis.

Após a divulgação do edital, 73 boas práticas foram inscritas no Prêmio Mellyssa. Esses trabalhos foram avaliados por comissões tripartites formadas por 1 membro do MPMG, 1 profissional indicado pela Associação Mineira de Medicina da Família e Comunidade (AMMFC) e 1 profissional indicado pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Ao final, 10 boas práticas foram selecionadas e constam neste livro, na ordem em que foram inscritas.

São apresentados, também, 5 artigos da área jurídica e da saúde, que discutem os temas desta publicação. São trabalhos de autoria de André Dias Pereira e Vânia Simões (Universidade de Coimbra, Portugal); Flávia Cristina de Carvalho Mrad, Marcela Damásio Ribeiro de Castro e Márcia Gomes Penido Machado (Sociedade Mineira de Pediatria); João José Nogueira de Almeida, Ireneu de Oliveira Mendes (Universidade de Coimbra, Portugal) e Hélio Bento Ferreira (Centro Distrital da Segurança Social, Aveiro, Portugal); Regina Amélia Aguiar de Castro, Nayara Clara Lopes Moreira, Lívia Maria Gomes Lopes e Camila da Silveira Santos, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; e meu, Luciano Moreira de Oliveira, do Ministério Público de Minas Gerais.

Este livro, portanto, tem o propósito de divulgar projetos voltados para a promoção da saúde materna e infantil, difundir ideias e conceitos das áreas do direito e da saúde pública e, sobretudo, contribuir para a mobilização de gestores públicos, profissionais da saúde e do direito e de pessoas da sociedade em geral para o enfrentamento à mortalidade materna e infantil.

Ao tempo em que parabenizo os autores das boas práticas selecionadas pelo Projeto Mellyssa, convido o leitor a conhecer e a se juntar a nós nessa corrente de mobilização, acessando o site projetomellyssa.mpmg.mp.br e o Instagram @projetomellyssa.

Uma ótima leitura!

LUCIANO MOREIRA DE OLIVEIRA
PROMOTOR DE JUSTIÇA





ARTIGOS

A SAÚDE MATERNA E INFANTIL E O RESPEITO PELA MULHER NO MOMENTO DO PARTO

Vânia Simões ¹

André Dias Pereira ²

1. Noção de Violência Obstétrica

Um conceito de violência obstétrica amplamente difundido é o da legislação venezuelana, que nos refere que a violência obstétrica consiste na

apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, que se expressa num tratamento desumanizado, abuso de medicalização quanto a processos naturais, levando à perda de autonomia e capacidade decisória das mulheres sobre os seus corpos e sexualidade, com impacto negativo na qualidade de vida das mulheres (tradução nossa) (Venezuela, 2007, p?).

A utilização do termo "violência obstétrica" é controversa e tem sido contestada, nomeadamente, por profissionais de saúde. Em maio de 2019, o Ministério da Saúde brasileiro emitiu um despacho em que refere não reconhecer o termo e que, para além de desadequado e impróprio, a sua utilização dificulta o combate à violência obstétrica (Brasil, 2019). Dias depois desse despacho emitido pelo Ministério da Saúde brasileiro, a Ordem dos Advogados do Brasil emitiu uma nota de repúdio quanto ao mesmo, em que salienta que a violência obstétrica é uma forma de violência contra as mulheres, atentatória dos seus direitos fundamentais, consistindo o aludido despacho, um retrocesso na tutela dos direitos das mulheres (Ordem dos Advogados do Brasil, 2019).

Enquanto forma de violência, afeta as mulheres na qualidade de progenitora (ou

1. Assistente Convidada da Nova School of Law e da Universidade Autónoma de Lisboa. Investigadora CEDIS- Nova e do Nascer.pt – Laboratório de estudos sociais sobre o nascimento. Membro da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto e da Associação Portuguesa de Mulheres Juristas. E-mail adv.vaniasimoes@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-1440-6522>; <https://www.ciencia>

2. Professor Associado da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Vice-Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida; Presidente da Direção do Centro de Direito Biomédico; Presidente da Comissão de Ética da AIBILI; Membro da Comissão de Ética do Instituto Nacional de Medicina legal e Ciências Forenses. Associado Internacional do Instituto Brasileiro de Estudos de Responsabilidade Civil (IBERC); Fellow do ECTIL (European Centre on Tort and Insurance Law - Vienna, Austria), Chair do Comité de Educação da Associação Mundial de Direito Médico.

E-mail: andreper@fd.uc.pt; <http://orcid.org/0000-0001-9871-5298>; <https://www.cienciavita.pt/portal/en/951E-7E45-3E7F>

potencial progenitora), designando, assim, uma forma de violência institucional, que pode ocorrer na gravidez, parto e/ou puerpério (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2015). Pode, inclusivamente, ocorrer no atendimento ao abortamento. Segundo a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, a violência obstétrica em situações de abortamento pode passar pela negação ou atendimento demorado da mulher, pelo questionamento da mulher quanto ao motivo do abortamento, pela realização de procedimentos invasivos, sem explicação, consentimento e, frequentemente, sem anestesia, com ameaças, acusações, culpabilização da mulher ou coação com finalidade de confissão e denúncia à polícia da mulher que se encontra a abortar.³

Em 2015, a Organização Mundial da Saúde abordou na Declaração sobre prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde:

abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto (...) violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos, falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, (...) recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto (...). (OMS, 2015, p.1)

sem aludir concretamente ao termo "violência obstétrica".

Para além do Relatório especial da Organização das Nações Unidas sobre direitos humanos e violência contra a mulher nos Serviços de Saúde reprodutiva, com enfoque no parto e violência obstétrica, de 11 de julho de 2019 (Simonovic, 2019), a Organização das Nações Unidas, por meio do seu Comité especializado, já censurou o Estado espanhol pela prática de violência obstétrica no parto.⁴

2. Uma abordagem a partir do Direito Internacional dos Direitos Humanos

Em 2011, a White Ribbon Alliance elaborou a Declaração Universal dos Direitos da Mulher no Parto, um relevante instrumento de soft law nessa matéria, em que os direitos das utentes/pacientes são apresentados como direitos humanos das mulheres e aos quais são contrapostas as respetivas categorias de desrespeito ou abuso (White Ribbon Alliance, 2011), conforme podemos conferir na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 - Direitos Humanos das mulheres na assistência obstétrica.

Direito da mulher e previsão nos tratados internacionais de Direitos Humanos	Categoria de desrespeito ou abuso
Direito a estar livre de danos e maus tratos: artigo 1º da Declaração para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres; artigo 7º do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos; artigo 4º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, artigo 12º da Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos.	Abuso físico.
Direito a ser informada, a dar o seu consentimento livre, expresso e informado, e direito ao dissentimento informado e respeito pelas escolhas/preferências: artigo 7º e 19º do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos; artigo 6º da Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos; artigo 6º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; Relatório das Nações Unidas para a prevenção da mortalidade e morbidade materna (2010).	Cuidados não consentidos.
Direito a cuidados privados e confidenciais – artigo 17º do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos; artigo 4º da Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos; artigo 9º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.	Prestação de cuidados não confidenciais e com falta de privacidade.
Direito a ser tratada com dignidade e respeito – artigo 2º do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, Relatório das Nações Unidas para a prevenção da mortalidade e morbidade materna (2010); artigo 8º, 10º e 11º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.	Prestação de cuidados não dignificantes, incluindo abuso verbal.

<p>Direito à igualdade e não discriminação e a cuidados equitativos – artigo 1º da Convenção CEDAW; artigo 2º do Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais; artigo 26º do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos; artigo 3º da Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos; Relatório das Nações Unidas para a prevenção da mortalidade e morbidade materna (2010); artigo 10º e 11º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.</p>	<p>Discriminação baseada em atributos pessoais.</p>
<p>Direito aos melhores cuidados de saúde e em tempo oportuno - Artigo 4º e 6º Declaração de Alma Ata; artigo 9º da Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos; Relatório das Nações Unidas para a prevenção da mortalidade e morbidade materna (2010); artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos; artigo 14º nº2 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.</p>	<p>Abandono ou recusa de cuidados.</p>
<p>Direito à liberdade, autonomia, autodeterminação e não coação – artigo 1º da Declaração para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres; artigo 1º do Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais; artigo 2º da Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos; artigo 9º/1 e 18º/2 do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos; artigo 5º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.</p>	<p>Detenção na instituição.</p>

Fonte: White Ribbon Alliance, 2011 (Traduzido e adaptado).

Esses direitos foram incorporados, em Portugal, na Lei nº110/2019, de 9 de setembro, sob a forma de princípios no artigo 15º-A do mencionado diploma.

A mencionada Declaração debruça-se, ainda, sobre as formas de desrespeito dos direitos das mulheres na assistência ao parto, a designada violência obstétrica. A violência obstétrica comporta causas e características específicas, que a autonomizam enquanto forma de violência, resultando da interseção da violência de gênero com a violência nos cuidados de saúde.

Também o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos já se pronunciou em três decisões sobre a violação de direitos das mulheres na gravidez e parto, nos casos Ternovszky versus Hungria, Dubska e Krejova versus República Checa e Konovalova versus Rússia, não tendo, contudo, recorrido ao termo na análise dos casos⁵.

Por instâncias do Comitê CEDAW, foi analisado o caso da cidadã brasileira Alyne Pimentel, em que o Estado Brasileiro foi alvo de uma declaração de violação de direitos humanos, na sequência de comunicação pelo Comitê, utente que esperou horas para que cuidados de saúde lhe fossem prestados, tendo acabado por falecer, óbito esse que poderia ter sido evitado se Alyne tivesse acesso a cuidados de saúde. O Comitê recomendou ao Brasil a adoção de medidas para garantir os direitos reprodutivos das mulheres, reconhecendo a importância de se assegurar o acesso a serviços médicos de qualidade às parturientes, recomendação essa alinhavada com a Recomendação Geral nº 24 da Convenção CEDAW e com o artigo 12º da Convenção CEDAW, o direito à saúde das mulheres, que inclui o direito a cuidados de saúde reprodutiva.

3. Violência obstétrica: cenário europeu e em especial o português

Em 2019, o Conselho da Europa, por meio da Resolução de 3 de outubro, reconheceu a violência ginecológica e obstétrica enquanto forma de violência de gênero perpetrada no âmbito dos cuidados de saúde.

Contudo, o termo "violência obstétrica" não se encontra presente em nenhuma decisão do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, apesar de já existirem decisões condenatórias contra Estados proferidas por esse último, advindas da violação de direitos fundamentais das mulheres enquanto utentes na assistência ao parto⁶.

Na Europa, apenas as Regiões Autônomas espanholas da Catalunha⁷ e Valência⁸ reconhecem a terminologia em diplomas de âmbito regional.

A discussão em torno do reconhecimento jurídico da violência obstétrica começou na Itália (2016)⁹, sendo circunscrita aos países da Europa Ocidental, França (2020)¹⁰, Espanha (2021)¹¹ e Portugal (2019).¹²

Com mais de cento e setenta mil (170.000) assinaturas, foi apresentada uma petição pelo coletivo francês STOP VGO junto do Parlamento Europeu, a solicitar a incorporação do termo na Convenção de Istambul¹³, instrumento europeu em matéria de erradicação da violência contra as mulheres.

Atualmente, a violência obstétrica é um problema de Saúde Pública sem previsão legal que a reconheça, especificamente, no ordenamento jurídico português, apesar de existir um diploma que consagra direitos específicos às mulheres nas diversas etapas da sua vida reprodutiva – a Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro. O facto do diploma não consagrar o termo "violência obstétrica" no seu seio, faz com que os casos de violência obstétrica continuem a serem enquadrados e julgados como se casos de negligência médica se tratassem, situação que se verifica nos restantes países europeus, advinda da falta de reconhecimento legal da violência obstétrica nos respetivos ordenamentos jurídicos.

Aprovada em 2019, a Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro, que estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconização, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, tem na sua génese a prevenção e erradicação da violência obstétrica em Portugal, mediante, por exemplo, a promoção da literacia da mulher na saúde (artigo 15.º C n.º 6 da Lei 15/2014, de 21 de março), por forma a promover a participação ativa da mulher no seu parto, bem como ao proceder à proteção legal do plano de parto (artigo 15.º D n.º 3 e artigo 15.º E, ambos da Lei 15/2014, de 21 de março). O diploma menciona, contudo, no artigo 15.º A n.º 1, e), que as mulheres têm direito a estar livres de violência no âmbito dos cuidados de saúde reprodutiva que lhe são prestados, sem adotar, contudo, o termo violência obstétrica.

A mencionada Lei, apesar da tutela específica que preconiza, não prevê sanções jurídicas específicas para a violação dos direitos das mulheres enquanto utentes/pacientes que garante, sendo eles, o direito de acesso a cuidados de saúde seguros, de qualidade e baseados em evidências – artigo 15.º A n.º 1, f) e artigo 15.º F n.º 2 e 6 do mencionado diploma; o direito à informação, ao consentimento ou dissentimento informado – artigo 15.º A n.º 1, a); o direito à autonomia – artigo 15.º A n.º 1, g); o direito à escolha e ao respeito pelas preferências efetuadas - artigo 15.º A n.º 1, a); o direito à igualdade e não discriminação - artigo 15.º A n.º 1, e); o direito a

um tratamento digno e respeitoso – artigo 15º A nº1, c); o direito à privacidade e à confidencialidade – artigo 15º A nº1, b); o direito a estar livre de qualquer forma de violência – artigo 15º A nº 1, d); o direito à liberdade – artigo 15º A nº 1, g); o direito ao acompanhamento – artigo 12º a 17º; o direito à mínima interferência – artigo 15º F nº 2 e 6º; o direito à amamentação – artigo 15º H; o direito a um intérprete, caso necessário – artigo 15º C nº3; o direito ao alívio da dor – artigo 15º F nº4 e o direito à vigilância/assistência contínua – artigo 15º G e artigo 18º nº 2, ambos do mencionado diploma.

Contudo, esse diploma vem afirmar a responsabilidade civil médica decorrente de atos de violência obstétrica nas instituições públicas, privadas e do setor social, dado que também não configura a prática de nenhum crime especificamente previsto no Código Penal português, à semelhança do que sucede nos restantes ordenamentos jurídicos europeus, que ainda se debatem com o reconhecimento do termo nos diplomas de direitos dos utentes, códigos de saúde públicos ou diplomas para a erradicação da violência contra a mulher.

4. Direito brasileiro

Uma em cada quatro mulheres brasileiras alega ter sofrido de violência obstétrica (Fundação Perseu Abramo & SESC, 2010).

No Brasil, a prestação de cuidados de saúde pode ocorrer no SUS ou junto de instituições privadas de saúde/profissionais liberais, as quais até podem ser objeto de contratualização para prestarem cuidados de saúde a utentes do SUS (Barbosa, 2005, p.76).

A responsabilidade jurídica advinda de atos médicos encontra-se prevista no Código Civil, tanto no que respeita às unidades públicas de saúde, como no que respeita às unidades privadas de saúde. A responsabilidade médica advinda de instituições públicas é extracontratual e objetiva. A responsabilidade médica advinda de instituições privadas ou de profissionais liberais, de medicina privada, pode ser contratual ou extracontratual, quando respeite a conteúdo contratualmente acordado e incumprido ou caso resulte da violação de outros deveres do profissional de saúde (Barbosa, 2005, p.82).

No que à violência obstétrica concretamente diz respeito, diversos Estados brasileiros têm leis dedicadas à responsabilidade médica advinda da sua prática.¹⁵

Vale, desde logo, ressaltar, que a violência obstétrica não configura um tipo autônomo de crime no ordenamento jurídico brasileiro, uma vez que a penalização da violência obstétrica teria de passar pelo crivo da União, pelo que os diplomas existentes apenas determinam a responsabilidade civil das instituições e/ou profissionais de saúde envolvidos na prática da violência obstétrica nos respectivos Estados. Esses diplomas não dispensam a aplicação das normas gerais de responsabilidade civil, existindo uma relação de complementaridade entre esses supra mencionados diplomas com os regimes gerais da responsabilidade civil.

No entanto, em 2022, surgiu o projeto-lei n.º 2082/22, que altera o Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção, com vista à alteração do Código Penal, aditando o artigo 285.º A ao Código Penal.¹⁶

De vigência transversal a todos os Estados e aplicável a todas as instituições que prestam cuidados obstétricos, assinalamos a Portaria MS/GM, de 1 de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal no âmbito do SUS, em que se estabelecem diversos direitos das utentes como o direito ao atendimento digno e de qualidade, o direito a um acompanhante no pré-natal, o direito a um parto humanizado e seguro, entre outros direitos. Em 2005, por meio da Portaria n.º 1.067, estabeleceu-se que os Serviços de Saúde devem respeitar a autonomia e dignidade da grávida/parturiente, bem como o consentimento livre e esclarecido da mulher para os atos médicos a praticar.

A Portaria determina, ainda, que os serviços se devem abster da prática de procedimentos desnecessários e que devem tratar a parturiente e o recém-nascido como sujeitos de direito (Viana e Berlimi, 2019, p.83). Importante, ainda, nesta matéria, temos a Resolução n.º 36 da ANVISA, de 3 de junho de 2008, que estabelece outros direitos às mulheres, como o direito ao alívio da dor no parto, seja por meio de métodos farmacológicos, seja por métodos não-farmacológicos, o direito à escolha da posição de parto, o direito ao apoio na amamentação, o direito à privacidade ou ao alojamento conjunto de puérpera e recém-nascido, entre outros direitos.

O Estado de Santa Catarina foi um dos estados pioneiros quanto à regulamentação da violência obstétrica, por meio da Lei n.º 17.097, de 17 de janeiro de 2017, que dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina, consolidada pela Lei n.º 18.322, de 5/01/2022.

No artigo 34º do supra citado diploma, a violência obstétrica é definida como "todo o ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofende, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério". O diploma em análise integra no seu elenco de agentes, para além dos profissionais de saúde, familiares ou acompanhantes, em que podemos incluir a doula da parturiente ou qualquer outra pessoa da escolha da parturiente.

No artigo 35º do diploma procede-se à enumeração de situações que são consideradas violência obstétrica para efeitos de aplicação desse, recorrendo-se a um elenco exaustivo de situações como tratar a mulher de forma rude, não empática e/ou humilhando-a, repreender a mulher por algum tipo de comportamento que tenha, ridicularizar a mulher, infantilizá-la, tratá-la como uma incapaz, manipular informação para que a mulher "consinta" determinado procedimento, recusa de atendimento, ignorar pedidos, realizar procedimentos sem consentimento informado, impedir que a mulher seja acompanhada e/ou que a mesma se comunique com o exterior, separar a puérpera do recém-nascido sem justificação para o efeito, entre outros exemplos.

Em termos de responsabilidade penal, a violência obstétrica não é penalizada no Brasil enquanto tipo legal autónomo, tendo que recorrer-se a tipos legais existentes para a responsabilização dos profissionais de saúde como o crime de lesões corporais – previsto e punido pelo artigoº 129, o crime de constrangimento ilegal – previsto e punido pelo artigoº 146, o crime de sequestro ou cárcere privado – previsto e punido pelo artigoº 148, o crime de omissão de socorro – previsto e punido pelo artigoº 134º, o crime de injúria – previsto e punido pelo artigoº 140, todos do Código Penal (Nogueira, 2019, p. 25-7).

O Código Penal contempla e qualifica como grave a ofensa à integridade física da qual resulte a aceleração do trabalho de parto da mulher, sem prever a associação desta ofensa à violência obstétrica, no inciso IV, do parágrafo I, do artigo 129º.

Em matéria de responsabilidade civil médica, é de assinalar a dicotomia existente entre a responsabilidade civil decorrente de atos de violência obstétrica em hospitais públicos (SUS) e a decorrente de hospitais privados.

No que toca à responsabilidade médica advinda de instituições públicas de saúde, a Constituição Brasileira, no artigo 37º, § 6º, refere que "*as pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos atos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros*", consagran-

do a responsabilidade objetiva da Administração Pública alicerçada na teoria do risco, risco esse decorrente do exercício da própria atividade administrativa, sendo suficiente que se comprove o nexo de causalidade entre o dano e o ato da Administração Pública, para que se afirme a obrigação de indenizar, dispensando-se a demonstração da culpa, sem prejuízo do direito de regresso que possa existir nos termos do artigo 933º do Código Civil, provada a culpa do profissional de saúde¹⁸ (Cordini, 2015, p. 49-50).

No que ao Direito Civil concerne, o artigo 927º do Código Civil determina a obrigação de reparar "quando por ato ilícito o sujeito cause dano a alguém", estando em causa uma responsabilidade de cunho subjetivo (Viana e Berlini, 2019, p.86), diversamente da responsabilidade que resulta no âmbito do Direito Público, de cariz objetivo.

O artigo 951º do Código Civil estabelece como critérios de aferição da culpa a imprudência, a negligência e a imperícia¹⁹. Quanto ao nexo causal, o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8078/90, de 11 de setembro de 1990) possibilita a inversão do ônus da prova no artigo 6º inciso VIII, atenta a vulnerabilidade do consumidor, inversão do ônus tida em conta pela doutrina nestes casos, sendo ainda aplicável nestes casos, o artigo 14º do mesmo Código.^{20 21} O Código Civil poderá ser, contudo, aplicado conjuntamente com diplomas estaduais, caso existam.

Já existem algumas centenas de decisões judiciais sobre violência obstétrica no Brasil. Uma das primeiras condenações data de 2017, da 5ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP 00013140720158260082 SP 0001314-07.2015.8.26.0082, Relator Fábio Podestá, de 11/10/2017, 5ª Câmara de Direito Privado.²²

5. Conclusão

Apesar de ser uma controversa forma de violência contra a mulher, nem por isso a violência obstétrica deixa de ter relevância jurídica, com cada vez mais ordenamentos jurídicos a legislarem sobre tal forma de violência.

O Direito Internacional dos Direitos Humanos tem desempenhado um papel importante para o reconhecimento dos direitos humanos das grávidas, parturientes e puérperas e, conseqüentemente, para o reconhecimento da violência obstétrica.

6. Notas

3. A Fundação Perseu Abramo realizou um estudo, em 2010, que envolvia mulheres que procuraram assistência médica no aborto, sendo que cerca de metade delas afirmou ter sofrido algum tipo de violência institucional: 34% (trinta e quatro por cento) foram questionadas sobre a causa do aborto, sendo tratadas como suspeitas; 22% (vinte e dois por cento) não foram informadas sobre os procedimentos que iriam ser realizados; 17% (dezassete por cento) foram acusadas de terem cometido um crime e ameaçadas com denúncias à polícia; 16% (dezasseis por cento) esperaram várias horas sem saber se seriam internadas ou não; 14% (catorze por cento) foram internadas sem explicação; e, 5% (cinco por cento) delas foram expostas aos restos mortais do feto, sendo recriminadas com frases como: "olha o que você fez".

4. CEDAW/C/82/D/149/2019 e CEDAW/C/84/D/154/2020.

5. Pronunciamento do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos em três decisões sobre a violação de direitos das mulheres na gravidez e parto:

Ternovszky versus Hungria

No caso *Ternovszky versus Hungria*, discutiu-se se a lei húngara, que sanciona as parteiras por assistirem partos em casa, vedava as mulheres de terem partos em casa. Na Hungria não existe regulamentação sobre parto domiciliar, existindo, contudo, sanções para as parteiras que o assistem, o que faz com que as mulheres tenham de parir em casa, sem qualquer assistência, pelo facto de nenhuma parteira se querer sujeitar a sanções. O Tribunal Europeu dos Direitos Humanos concluiu que existia uma lacuna no ordenamento jurídico húngaro, na medida em que o parto em casa não era regulamentado. A Hungria foi condenada pela violação do artigo 8º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos, por intromissão na vida privada e familiar da queixosa devido à afetação do seu direito à escolha do local de parto. Decisão disponível em: <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22002-682%22%5D%7D>. Acesso em: 13 set. 2023.

Dubska e Krejova versus República Checa

No caso *Dubska e Krejova versus República Checa*, ambas as requerentes planeavam um parto em casa, dos seus 2º e 3º filhos, respetivamente. Porém, na República Checa existia uma lei que determinava que os partos têm de acontecer em lugares equipados com determinados equipamentos médicos, que não existem nos domicílios das pessoas, nem os profissionais os conseguem transportar consigo, fazendo com que os partos domiciliários não sejam viáveis do ponto de vista legal, apesar de não existir uma proibição específica que obste a que as mulheres tenham partos domiciliários. *Dubska* daria à luz o seu filho sozinha em casa. *Krejova* deu à luz num hospital a 140 km da sua casa. Nesse caso, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos não considerou estar em causa a violação do art. 8º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos, por entender que estava em causa a salvaguarda da integridade de mães e bebés com a legislação existente naquele país, não tendo condenado a República Checa. Decisão disponível em: <https://hudoc.echr.coe.int/sites/fre/pages/search.aspx?i=001-148632>. Acesso em: 13 set. 2023.

Konovalova versus Rússia

Após as primeiras contrações, *Konovalova* foi levada para o Hospital Militar russo S. M. Kirov. Depois de admitida, *Konovalova* foi informada que todos os pacientes atendidos naquela unidade poderiam ser expostos a procedimentos para efeitos de ensino universitário. Assim que *Konovalova* foi atendida pelo obstetra do hospital, o mesmo medicou-a para atrasar o parto, alegando que as suas contrações eram "prematuros" e que a mesma estaria muito cansada, tendo-lhe dado medicação para dormir também. Ainda nesse dia, quando acordou, *Konovalova* foi informada de que estudantes assistiriam ao seu parto no dia seguinte, tendo sido novamente medicada para conter as contrações e para dormir até ao dia seguinte. No dia seguinte, pelas 8h, os médicos verificaram que havia mecônio no líquido amniótico, momento em que avançaram com o parto de *Konovalova*, tendo, entretanto, chegado a turma de internos à sala e *Konovalova* afirmou que não queria os internos na sala, pedido ignorado pelos médicos. O parto decorreu na presença dos internos ainda que *Konovalova* se tivesse oposto a tal facto, como se de uma aula teórico-prática se tratasse, embora nenhum dos internos tivesse praticado qualquer intervenção a *Konovalova*. Em consequência do atraso medicamentoso do trabalho de parto, o filho de *Konovalova* nasceu com asfixia. Após o nascimento, o filho de *Konovalova* esteve internado nos cuidados intensivos durante várias semanas. *Konovalova* reclamou de tal situação junto da administração do Hospital, sem sucesso, tendo o Hospital referido que a paciente já sabia que tal cenário podia ocorrer e, ainda assim, anuiu a tal assistência. Recorreu ainda aos Tribunais Russos, com vista ao ressarcimento dos danos causados a si (advindo do sofrimento prolongado provocado pelo atraso do parto) e ao seu filho no parto (nascimento com asfixia), igualmente sem sucesso. Os tribunais russos entenderam que a mera observação do parto pelos internos não era suscetível a provocar os danos que *Konovalova* afirmava existirem em juízo, e que a mesma não havia conseguido fazer prova do atraso medicamentoso do seu parto ou de qualquer outro procedimento médico inadequado ocorrido no seu parto. Após esgotar todos os meios de reação judiciais na Rússia, com vista a obter ressarcimento dos danos provocados, sem sucesso, *Konovalova* recorreu ao Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, instância junto da qual obteve a sua pretensão indemnizatória atendida em parte, alegando a violação do art. 3º e do art. 8º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos. O Tribunal Europeu dos Direitos Humanos considerou que a dignidade humana de *Konovalova* não

fora afrontada pelo facto dos estudantes terem apenas assistido ao seu parto, até porque a paciente não conseguiu provar que o seu parto tinha sido propositadamente atrasado por meio de medicação ou que a mesma tivesse sido alvo de algum procedimento médico inadequado. Como Konovalova não conseguiu provar que o hospital tinha atrasado propositadamente o parto para a aula do dia seguinte, a Rússia não foi condenada pela violação do art. 3º da CEDH (proibição de tortura). Contudo, o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos entendeu que estava em causa o direito à privacidade de Konovalova (art. 8º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos), o qual tinha sido violado pelo facto dos estudantes terem assistido ao seu parto e pelo facto dos internos terem acesso à informação médica confidencial de Konovalova. Disponível em: <https://hudoc.echr.coe.int/ukr#%7B%22itemid%22:%5B%22001-146773%22%5D%7D>. Acesso em: 14 set. 2023.

6. Os já mencionados casos *Ternovszky versus Hungria*, *Dubská e Krejová versus República Checa* e *Konovalova versus Rússia*.

7. Artigo 4º, alínea d) da Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista.

8. Código de Salud Pública, aprovado pela Ley de 30 de diciembre de 2021.

9. Projeto de lei n.º 3670/2016 (entretanto, caducado).

10. Proposta de Resolução n.º 3305/2020, que insta o Executivo francês a regulamentar a violência obstétrica no Código de Saúde Pública Francês.

11. Em 2021, foi discutido um projeto-lei por forma a incluir a terminologia "violência ginecológica e obstétrica" no diploma sobre direitos sexuais e reprodutivos daquele país, projeto contestado pelos profissionais de saúde.

12. Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro.

13. Disponível em: <https://www.change.org/p/l-europe-doit-reconna%C3%A9tre-les-violences-obst%C3%A9triques-et-gyn%C3%A9cologiques>. Acesso em: 14 set. 2023.

14. A Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica foi adotada em Istambul, a 11 de maio de 2011; aprovada pelo Governo português a 16 de novembro de 2012; ratificada pela Assembleia da República a 21 de janeiro de 2013; entrou em vigor em Portugal a 1 de agosto de 2014.

15. Estados brasileiros que possuem leis dedicadas à responsabilidade médica advinda da violência obstétrica:

Acre – com a Lei n.º 2.324, de 7 de agosto de 2019, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Município de Rio Branco e estabelece outras providências;

Amazonas – com a Lei n.º 4.848, de 12 de julho de 2019, dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência obstétrica nas redes pública e particular de saúde do Estado do Amazonas;

Bahia – com a Lei n.º 2.228, de 4 de junho de 2018, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à saúde e parturiente contra a violência obstétrica no município de Vitória da Conquista;

Ceará – com a Lei n.º 10.506, de 21 de junho de 2016, que dispõe sobre a orientação em saúde e atendimento social a gestantes e a informações sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal no município do Fortaleza, bem como dá outras providências e Lei n.º 16.837 de 17 de janeiro 2019, que institui o estatuto do parto humanizado no Ceará;

Distrito Federal – com a Lei Distrital n.º 6.144, de 07 de junho de 2018, que se destina à atenção e ao combate à violência obstétrica no Distrito Federal; Goiás – com a Lei n.º 19.790, de 24 de julho de 2017, que Institui a Política Estadual de Prevenção à Violência Obstétrica no Estado de Goiás;

Mato Grosso do Sul – com a Lei n.º 5.217, de 26 de junho de 2018, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências;

Minas Gerais – com a Lei n.º 23.175 de 21 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado;

Pará – com a Lei n.º 5.061, de 29 de dezembro de 2021, que dispõe sobre as situações que envolvam violência obstétrica no município de Parauapebas e dá outras providências;

Paraíba – com a Lei n.º 11.329, de 16 de maio de 2019, que dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento no Estado da Paraíba; o Paraná – com a Lei n.º 19.701, 20 de novembro de 2018, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica, diploma que está para ser alterado pelo projeto-lei n.º 457/2021;

Pernambuco – com a Lei n.º 17.226, de 22 de abril de 2021, que estabelece medidas de proteção à gestante, parturiente e puérpera contra a violência obstétrica no âmbito do Estado do Pernambuco, assume como objetivo a adoção de medidas de proteção contra a violência obstétrica e a divulgação de boas práticas para a atenção na gravidez, parto, puerpério e aborto em sentido amplo;

Rio de Janeiro – com a Lei n.º 6.898, de 18 de maio de 2021, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando à proteção destas contra a violência

obstétrica no Município e dá outras providências, alterada pela Lei 9238/21, e a Lei nº 9.238 de 08 de abril de 2021, que dispõe sobre o direito ao parto humanizado na rede pública e privada de saúde no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências; Rio Grande do Norte – com a Lei nº 4.173, de 09 de novembro de 2017, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Rondônia e Lei nº 2.671/2019 de 4/11/2019, dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Município de Porto Velho, e dá outras providências;

Santa Catarina – com a Lei nº 17.097 de 17 de janeiro de 2017, que dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina, consolidada pela Lei nº 18.322, de 5 de janeiro de 2022;

São Paulo – com a Lei nº 17.907, de 11 de janeiro de 2023, que dispõe sobre a realização da semana de conscientização sobre a violência obstétrica no Município de São Paulo, e dá outras providências; Lei nº 4.850, de 06 de junho de 2022, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Município da Estância de Atibaia e Lei Ordinária nº 3363/2013 de 01 de outubro de 2013, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Diadema;

Tocantins – Lei nº 3.674, de 26 de maio de 2020, que altera a Lei nº 3.385, de 27 de julho de 2018, que dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Tocantins.¹⁶ O preceito a aditar ao Código Penal assim está previsto: "Violência Obstétrica Artigo 285º-A: Constitui violência obstétrica qualquer conduta direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticada sem o seu consentimento ou em desrespeito pela sua autonomia ou, ainda, em desacordo a procedimentos estabelecidos no âmbito do Ministério da Saúde, constituindo, assim, uma clara limitação do poder de escolha e de decisão da mulher. Pena - detenção, de três meses a um ano. Parágrafo único. Caso a mulher vítima de violência seja menor de 18 anos ou maior de 40 anos Pena - detenção, de seis meses a dois anos."

17. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13493.html>. Acesso em: 14 set. 2023.

18. O artigo 932 inciso III refere, ainda, que respondem civilmente o empregador ou comitente, por seus empregados, serviços e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele.

19. Refere o Artigo 951º que "O disposto nos arts. 948º, 949º e 950º aplica-se, ainda, no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho".

20. Segundo Viana e Berliini (2019, p. 86), aplica-se nesse caso o Código de Defesa do Consumidor. O artigo 14º n.º 1º refere que "O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos."

21. Viana e Berliini (2019) defendem, a propósito da responsabilidade civil médica decorrente de situações de violência obstétrica no âmbito do Direito Civil, a aplicação do instituto do abuso de direito previsto no artigo 187º do Código Civil, uma vez que no âmbito das relações de medicina privada a grávida estabelece uma relação de confiança com os profissionais de saúde, extravasando assim o profissional de saúde a confiança que lhe foi cometida pela mulher, referindo as autoras que "o assédio moral e sexual, a humilhação no momento do parto, o comprometimento da confiança, do dever de informar, a quebra do sigilo, podem caracterizar o abuso de direito." (Viana e Berliini, 2019, p. 89).

22. No caso analisado pelo tribunal, a parturiente tinha sido alvo de maus-tratos verbais, tendo-lhe sido negado acompanhante, bem como, alívio da dor e cadeira de rodas para poder estar no Hospital, pois a mesma havia sido sujeita a uma cesariana na sequência de parto vaginal frustrado, onde se havia tentado a Manobra de Kristeller e repreendido a mulher por "não fazer força corretamente". Assim que o nasceu o filho da autora, o mesmo foi levado para os cuidados intensivos, tendo havido separação da autora e do seu filho por um longo período de tempo, sem que pudesse visitá-lo. Decidiu a 5ª Câmara que estava em causa uma situação de violência obstétrica, referindo ainda que as mulheres têm direito ao parto humanizado e que tal direito é um direito fundamental de todas as mulheres. O hospital réu foi condenado a pagar uma indenização por danos morais no valor de cinquenta mil reais advinda da falta de assistência digna e respeitosa, privação de acompanhante, ofensas verbais, separação puérpera/recém-nascido e negação dolosa do alívio da dor. O tribunal valorou o depoimento da mulher para efeitos probatórios.

7. Referências

BARBOSA, H. **Responsabilidade civil médica no Brasil**. In: AAVV, Responsabilidade civil dos médicos, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, p.73-93.

CORDINI, S. **A responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica praticada na rede pública de saúde**. Santa Catarina. Universidade do Sul de Santa Catarina, 2015.

NOGUEIRA, Y. F. **A tutela penal da violência obstétrica**. Lisboa, Universidade de Lisboa, Faculdade de Direito, 2019.

SIMONOVIC, D. **Relatório especial sobre direitos humanos e violência contra a mulher nos serviços de saúde reprodutiva com enfoque no parto e violência obstétrica**, 2019. [s.l], [s.n.]. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en> . Acesso em: 14 set. 2023.

VIANA, Ana Jéssica Soares & BERLINI, Luciana Fernandes, Responsabilidade Civil do Médico em casos de violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro, **CADERNOS DA LEX MEDICINAE**, Coimbra, 2019, n.º 4 - Vol. I, p.79-90.

Outros materiais:

BRASIL. Ministério da Saúde (2019). **Despacho/Ofício nº 017/19** – JUR/SEC, de 03 de maio de 2019, 2019. Disponível em: <https://www.sogirgs.org.br/pdfs/SEIMS-9087621-Despacho.pdf>. Acesso em: 26 set. 2023.

_____. **Projeto-lei n.º 2082/22**: que altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção, com vista à alteração do Código Penal, aditando o artigo 285.º A ao Código Penal, 2022

CONSELHO DA EUROPA. **Resolução de 3 de outubro de 2019**. Disponível em: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236>. Acesso em:

26 set. 2023.

LEGISWEB. **Lei nº 17.097 de 17 de janeiro de 2017**: que dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina, consolidada pela Lei nº 18.322, de 5/01/2022. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=425990>. Acesso em: 14 set. 2023.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO E CESC. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**, 2010. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_org_br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf. Acesso em: 14 set. 2023.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. **Nota de repúdio – violência obstétrica**, 2019. Disponível em: <http://www.oabsp.org.br/noticias/2019/05/nota-de-repudio-2013-violencia-obstetrica.12972>. Acesso em: 14 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração sobre prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde**, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=9DCC1AC41FFF130231E12D7A58F73541?sequence=3. Acesso em: 14 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, adotada em dezembro de 1979**, 1979. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/1980/07/17100/18701882.pdf>. Acesso em 14 set. 2023.

PORTUGAL, **Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro**. Diário da República n.º 172/2019, Série I de 2019-09-09, pp. 94-101. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/110-2019-124539905>. Acesso em: 14 set. 2023.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DA VENEZUELA. **Lei Orgânica sobre o Direito Sobre o**

Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, 2007. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 14 set. 2023.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO - 5ª Câmara de Direito Privado **TJ-SP 00013140720158260082 SP 0001314-07.2015.8.26.0082**, Relator Fábio Podestá, de 11/10/2017, 2017.

TRIBUNAL EUROPEU DOS DIREITOS HUMANOS. **Ternovszky v. Hungria**, queixa nº 67545/09, Acórdão de 14/03/2011; **Konovalova v. Rússia**, queixa n.º 37873/04, Acórdão de 16/02/2015; **Dubská e Krejková v. República Checa**, queixas nº 28859/11 e 28473/12, Acórdão de 15/11/2016, 2016.

WHITE RIBBON ALLIANCE. **Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women**, 2011. Disponível em: https://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2022/05/WRA_RMC_Charter_FINAL.pdf. Acesso em: 14 set. 2023.

PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL: UMA ESTRATÉGIA QUE FAZ A DIFERENÇA EM MINAS GERAIS

Flávia Cristina de Carvalho Mrad ¹

Marcela Damásio Ribeiro de Castro ²

Márcia Gomes Penido Machado ³

1. Introdução

Apesar de todos os avanços nas últimas duas décadas, no ano de 2018, cerca de 6,2 milhões de crianças e adolescentes menores de 15 anos morreram no mundo, principalmente, por causas evitáveis. Os recém-nascidos correspondem a 2,5 milhões dessas mortes. Em 2018, a taxa de mortalidade neonatal foi estimada em 18 mortes por 1.000 nascidos vivos (UNICEF, 2019), com marcantes diferenças entre os países.

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil foi de 13,3 óbitos por 1000 nascidos vivos, em 2019. Estima-se que, naquele ano, ocorreram 38.619 óbitos infantis no país, sendo que 18.402 ocorreram entre o nascimento e o sétimo dia de vida. O componente neonatal da mortalidade infantil (óbitos ocorridos entre 0-27 dias de vida) tem prevalecido em todo o país (Brasil, 2021).

A mortalidade neonatal passou a ser o principal componente da mortalidade infantil no Brasil, em termos proporcionais, a partir do final da década de 80, e representa, atualmente, entre 60% e 70% da mortalidade infantil em todas as regiões do Brasil (Brasil, 2009). A maior parte dos óbitos neonatais ocorre no período neonatal precoce, do nascimento ao 6º dia de vida, e cerca de um quarto dos óbitos ocorre no primeiro dia de vida, evidenciando a estreita relação entre os óbitos infantis e a

1. Médica pediatra, neonatologista. Doutora em Medicina - Saúde da Criança e do Adolescente pela UFMG. Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Coordenadora do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria pela Sociedade Mineira de Pediatria. ID Lattes: 1213131799511466. Email: flaviacarvalhomrad@gmail.com.

2. Médica Pediatra. Mestre em Medicina - Saúde da Criança e do Adolescente pela UFMG. Membro do Grupo Executivo do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Mineira de Pediatria. Bacharel em Direito. Especializanda em Direito Sanitário pela ESP-MG. Assessora do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Defesa da Saúde CAO-Saúde do Ministério Público de Minas Gerais. ID Lattes: 9119437391307980. Email: mdamasio@mpmg.mp.br.

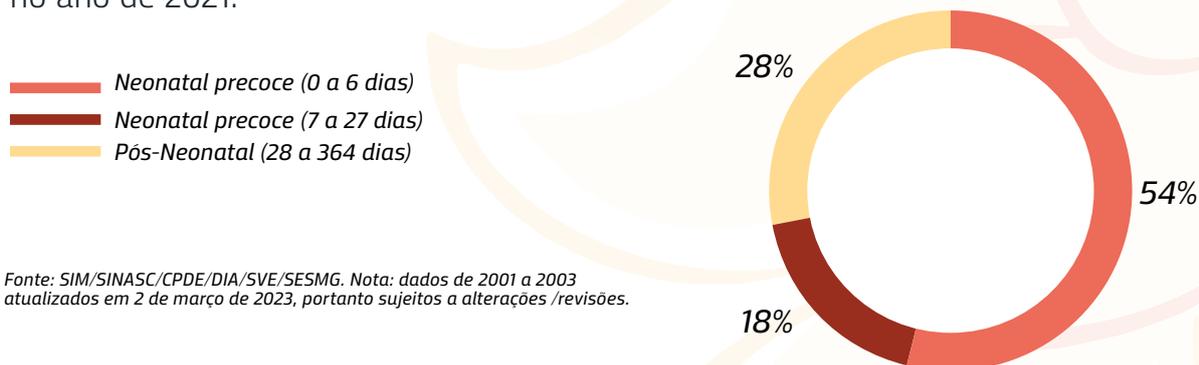
3. Médica pediatra, neonatologista. Doutora em Medicina - Saúde da Criança e do Adolescente pela UFMG. Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Membro do Grupo Executivo do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Mineira de Pediatria. Presidente da Sociedade Mineira de Pediatria. ID Lattes: 0846749704432277. Email: mgpenido@gmail.com.

assistência ao parto e ao nascimento, que, no Brasil, é predominantemente hospitalar, com poucas exceções em algumas localidades (Lansky *et al.*, 2009). As duas principais causas de mortalidade infantil, em menores de cinco anos, são neonatais e representadas por complicações de parto prematuro (17,8%) e eventos relacionados ao parto (11,6%), principalmente, nos óbitos que ocorrem na primeira semana de vida (Liu *et al.*, 2016).

No Brasil, 20% dos óbitos neonatais precoces estavam associados à asfixia perinatal, em 2019 (Brasil, 2021). A asfixia perinatal se caracteriza pela falta de fluxo sanguíneo, e, conseqüentemente, oxigenação, para o feto no período imediatamente anterior, durante ou após o parto, e pode resultar em profundas sequelas sistêmicas e neurológicas. A encefalopatia hipóxico-isquêmica refere-se, especificamente, às manifestações neurológicas da asfixia perinatal. O quadro clínico varia em função da gravidade, podendo ter como consequência o óbito, ou a recuperação com diferentes sequelas. A asfixia ao nascer não é um evento incomum e, devido à sua alta morbidade e mortalidade, o manejo da condição é dispendioso e realizado por equipe interprofissional (Kawakami *et al.*, 2021; Vialori *et al.*, 2018; Riley *et al.*, 2019).

Em Minas Gerais, os dados do Comitê Estadual de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de 2021 corroboram o predomínio da mortalidade neonatal no estado, mantendo um perfil estável nos últimos anos. A análise da mortalidade infantil por componentes (Gráfico 1) revela que 72% dos óbitos infantis ocorreram nos primeiros 28 dias de vida (período neonatal). Destacam-se, também, que os óbitos neonatais precoces – aqueles ocorridos entre 0 e seis dias de vida – respondem, isoladamente, por mais da metade de todos os óbitos no primeiro ano de vida. Esses dados, somados ao perfil da mortalidade materna, sinalizam para a importância das ações referentes ao planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, ao parto e ao nascimento como os grandes pilares para a efetiva redução das mortes evitáveis (Brasil, 2021).

Gráfico 1 - Taxa de Mortalidade Infantil em Minas Gerais, segundo componentes, no ano de 2021.



Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DIA/SVE/SESMG. Nota: dados de 2001 a 2003 atualizados em 2 de março de 2023, portanto sujeitos a alterações /revisões.

As principais intervenções para reduzir a mortalidade neonatal incluem a organização do pré-natal e a assistência adequada à gestante e ao parto (Darmstadt *et al.*, 2015). Para que as intervenções que melhoram as chances de sobrevivência neonatal sejam implementadas, é necessário que haja recursos e capacitação continuada dos profissionais, de forma a se alcançar um padrão de assistência qualificada para todos os recém-nascidos, independentemente do seu local de nascimento. Qualquer intercorrência, que surja durante o parto para o binômio mãe e filho, exige intervenção qualificada imediata, que aumenta sobremaneira as chances de sobrevivência neonatal e materna (Malqvist, 2011).

O treinamento contínuo e eficaz, para se obter as melhores práticas baseadas em evidências científicas, representa uma variável fundamental na melhoria no atendimento ao recém-nascido na sala de parto e impacta diretamente na morbidade e mortalidade (Wyckoff *et al.*, 2021).

Nesta linha, o Programa de Reanimação Neonatal (PRN), da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), surgiu, em 1994 e, ao final de 1997, praticamente todos os estados já possuíam instrutores aptos a multiplicar os conhecimentos relativos ao atendimento do recém-nascido na sala de parto (Almeida; Guinsburg, 2020; Almeida *et al.*, 2022; SBP, 2022). As práticas da reanimação neonatal baseiam-se nas recomendações publicadas pelo *International Liaison Committee on Resuscitation - ILCOR Neonatal Life Support Taskforce*, composto por especialistas dos cinco continentes. Tais especialistas, após processo de revisão, baseado nas melhores evidências científicas disponíveis, elaboram, a cada cinco anos, consensos sobre a ciência e recomendações terapêuticas referentes a diversos aspectos da reanimação neonatal (Wyckoff *et al.*, 2021). Cada país, ou grupo de países, a partir do documento do *ILCOR* (Wyckoff *et al.*, 2021), adaptam as condutas às suas necessidades e especificidades. As diretrizes do PRN são, assim, atualizadas a cada cinco anos, o que contribui para a disponibilidade de atendimento padronizado em sala de parto para todos os recém-nascidos ao nascimento (Almeida *et al.*, 2022). Assim, o PRN/SBP tem como missão, disseminar conhecimentos atualizados relativos ao cuidado do neonato ao nascer, ao transporte e à estabilização imediata após a reanimação, com a finalidade de reduzir a mortalidade associada à asfixia perinatal (Almeida, 2022; Almeida *et al.*, 2022; Almeida; Guinsburg, 2020; SBP, 2022).

O PRN/SBP está incluído na Portaria SAS/MS 371/2014, e respectiva Nota Técnica 16/2014, e no Decreto Lei Estadual 58.849/2013, nos quais diretrizes são instituídas para a organização da atenção integral e humanizada ao RN no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2014).

O crescente número de profissionais - médicos, profissionais não médicos envolvidos na assistência ao recém-nascido ao nascimento e parteiras tradicionais, que atuam em comunidades onde a assistência médica não é disponível -, treinados em todas as regiões do país mostra a força do Programa. O PRN constitui-se, assim, como uma das estratégias para se alcançar a melhoria da assistência neonatal e a consequente redução da mortalidade infantil, garantindo o direito de todos os bebês, nascidos em solo brasileiro, a um nascimento digno e tecnicamente adequado, e contribuindo para reduzir o risco de sequelas relacionadas à asfixia perinatal (Almeida; Guinsburg, 2020; Almeida *et al.*, 2022; Almeida, 2022; SBP, 2022).

2. Métodos

Trata-se de estudo descritivo de revisão narrativa simples. As buscas foram realizadas em julho de 2023, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na base de dados Scielo-Brasil e PubMed.

Os dados do Brasil, bem como a legislação sanitária que rege a assistência materna e infantil no país, as ações do SUS e as políticas públicas relacionadas à Saúde da Mulher, foram pesquisados em busca por documentos oficiais na base de dados institucionais da Biblioteca Virtual em Saúde do MS e da SES.

Os dados extraídos dos relatórios do Comitê Estadual Prevenção à Mortalidade Materna Infantil e Fetal de Minas Gerais, cujo acesso é público, bem como as informações sobre a normatização sanitária estadual estão disponíveis no sítio eletrônico da SES/MG.

As informações e os dados referentes ao Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria foram pesquisados no sítio eletrônico da entidade e junto à coordenação nacional do programa.

3. O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de pediatria: histórico.

No início da década de 1990, pediatras brasileiros, preocupados com a mortalidade e morbidade relacionadas à asfixia perinatal, começaram a se mobilizar para estimular o preparo antecipado de profissionais de saúde para atender o recém-nascido na sala de parto, de forma a conduzir, pronta e habilmente, os procedimentos

necessários para prestar a assistência tempestiva e adequada. Começaram, então, a ser organizados os primeiros cursos de reanimação neonatal, seguindo o formato do programa da *American Heart Association* (AHA) e da Academia Americana de Pediatria (AAP).

O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN/SBP) foi formalmente criado em 1994, se consolidou e expandiu. Entre 2001 e 2006, passou por uma fase de descentralização e suas 27 filiais, uma em cada estado, foram estimuladas a organizar suas próprias atividades, formando suas equipes de instrutores, sob coordenação local, e adquirindo material didático para a simulação realística, que embasa o formato dos cursos teórico-práticos de reanimação neonatal (Almeida, 2022; Almeida *et al.*, 2022; Almeida; Guinsburg, 2020; Almeida *et al.*, 2022; SBP, 2022).

As coordenações estaduais atuam em parceria com o Grupo Executivo Nacional do PRN/SBP (Almeida; Guinsburg, 2020; SBP, 2022). Todos os instrutores do país são reciclados e atualizados, a cada cinco anos, com as diretrizes técnicas emanadas do ILCOR (Wyckoff *et al.*, 2021), de forma a padronizar a assistência em todos os estados. A capilarização da capacitação contínua e atualizada permite um atendimento de excelência para o recém-nascido na sala de parto (Almeida, 2022; Almeida *et al.*, 2022; Almeida; Guinsburg, 2020; Almeida *et al.*, 2022; SBP, 2022).

O reconhecimento da atuação do PRN em todo o país permitiu que se estabelecesse interlocução com o Ministério da Saúde, que culminou com as publicações da Portaria SAS/MS 371/2014 e respectiva Nota Técnica 16/2014, que estabelecem, como normatização técnica para capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em reanimação neonatal para atenção ao recém-nascido no momento da nascimento, em estabelecimentos de saúde no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS), o modelo de treinamento do PRN/SBP:

(...) por meio do Programa de Reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria, que conta com cerca de 800 instrutores espalhados por todo o território nacional. Este programa, apoiado pelo Ministério da Saúde, é o segundo maior do mundo, já tendo formado mais de 60.000 profissionais de saúde, médicos e de enfermagem, em todo território nacional (Brasil, 2014, p. 2).

Os cursos teórico/práticos do PRN/SBP são baseados na criação de cenários para a realização de simulação em saúde baseados em casos reais, seguindo diretrizes assistenciais e estabelecendo um contrato de ficção entre o instrutor (facilitador) e

o aprendiz (profissional de saúde), com o objetivo de desenvolver habilidades técnicas e não técnicas, incluindo comunicação em equipe. Os elementos essenciais para a estrutura da simulação estão padronizados em critérios de boas práticas em simulação, com vistas a promover um resultado efetivo e aprendizagem dos participantes (Almeida, 2022; Almeida *et al.*, 2022; Almeida; Guinsburg, 2020; SBP, 2022; Wyckoff *et al.*, 2021).

Desde sua criação, o PRN/SBP desenvolveu cursos teórico-práticos específicos, todos com seus respectivos materiais didáticos, para atender a diferentes profissionais, em observância das normas emanadas pelos respectivos Conselhos profissionais, bem como diferentes situações ou momentos do cuidado com o recém-nascido: Curso de Reanimação Neonatal para Médicos; Curso de Reanimação Neonatal para Profissionais de Saúde; Curso de Reanimação Neonatal para Parteiras Tradicionais; Curso de Transporte do Recém-Nascido de Alto Risco e Curso de Reanimação do Prematuro na Sala de Parto (Almeida, 2022; Almeida *et al.*, 2022; SBP, 2022).

Além dos cursos, tendo em vista que a diminuição da morbidade e mortalidade associadas à asfixia neonatal dependente de um atendimento sistematizado, que se estende para além da sala de parto, o PRN/SBP (Almeida, 2022; Almeida *et al.*, 2022; Almeida; Guinsburg, 2020; SBP, 2022) desenvolveu e publicou o Manual de Cuidados Pós- Reanimação Neonatal (Anchieta *et al.* 2018; SBP, 2022).

A partir de 2016, passaram a ser construídas as diretrizes brasileiras para a reanimação neonatal, com base em um consenso nacional de cerca de 70 pediatras, membros do Grupo Executivo e coordenadores estaduais e adjuntos do PRN nas afiliadas da SBP. Para tanto, o consenso em ciência e as recomendações terapêuticas publicadas internacionalmente pelo ILCOR (Wyckoff *et al.* 2021) são adaptados à realidade nacional (Almeida, 2022; Almeida *et al.*, 2022; SBP, 2022).

3.1 O Programa de Reanimação Neonatal em Minas Gerais: história e números

A Sociedade Mineira de Pediatria (SMP) é uma sociedade civil sem fins lucrativos, criada em 1947, considerada entidade de utilidade pública e tem, hoje, 2.628 pediatras associados. É filiada à Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

O Programa de Reanimação Neonatal em Minas Gerais conta com 105 instrutores, distribuídos em 20 dos 853 municípios mineiros, o que garante a capilaridade

e a presença de pelo menos um instrutor, em todas as maternidades públicas mineiras com mais de 1.000 nascimentos/ano.

Desde 1994, quando a SBP iniciou a criação, implantação e regionalização do Programa de Reanimação Neonatal (PRN), a SMP, como filiada, assumiu integralmente a organização e o desenvolvimento do Programa de Reanimação Neonatal em Minas Gerais, de acordo com as diretrizes e a missão original do PRN coordenado, nacionalmente, pela SBP (Almeida, 2022; Almeida *et al.*, 2022; Almeida; Guinsburg, 2020; SBP, 2022).

Assim, em âmbito estadual, são estabelecidas as metas de treinamento dos profissionais de saúde após análise de prioridades e necessidades baseadas nos indicadores epidemiológicos, além da observância das orientações e demandas nacionais (Almeida, 2022; Almeida *et al.*, 2022; Almeida; Guinsburg, 2020; SBP, 2022).

Tendo em vista as diversidades regionais em Minas Gerais, a partir de 2010, implementou-se a descentralização do PRN/MG, com a criação das coordenações regionais, o que, associada à presença de instrutores em todas as regiões do estado, permitiu a multiplicação e capilarização dos cursos de treinamento. Essa estratégia foi fundamental para alcançar as metas de capacitação e atender às demandas de locais com piores indicadores de saúde e/ou de maior carência de profissionais treinados, disseminando as diretrizes do adequado atendimento do recém-nascido ao nascimento em todo o estado.

O número de profissionais treinados em Minas Gerais expressa a força do PRN/MG.

3. 1. 1 Curso de Reanimação Neonatal do recém-nascido maior ou igual a 34 semanas para médicos

Desde a implantação do Programa, foram treinados **14.125** médicos em Minas Gerais. Os treinamentos, iniciados em 1994, passaram, a partir de 2011, a acompanhar a publicação das diretrizes atualizadas. Assim, desse total, 3.980 treinamentos foram realizados entre 1994 e 2010; 3.666 durante a vigência das Diretrizes 2011-2015; 5.295 treinamentos seguiram as Diretrizes 2016-20122, e, desde agosto de 2022, 1.184 profissionais já foram treinados de acordo com as mais recentes diretrizes internacionais, adaptadas para nosso país.

3. 1. 2 Curso de Reanimação Neonatal do recém-nascido menor que 34 semanas

As especificidades da assistência ao recém-nascido prematuro, com suas fragilidades e condições específicas, motivou a criação desse curso, em 2012. Desde então, o PRN/MG já fez **1.119** treinamentos para médicos, sendo 14 até 2015, 931 entre 2012 e 2015, de acordo com as diretrizes vigentes no período; 931 entre 2016 e 2022 e 174 pautados nas diretrizes atuais, que passaram a vigorar em outubro de 2022.

3. 1. 3 Curso de Reanimação Neonatal do recém-nascido maior ou igual a 34 semanas para profissionais de saúde

A assistência do recém-nascido em sala de parto é, eminentemente, um trabalho em equipe, no qual cada profissional atua dentro do escopo da profissão, em atuação coordenada e simultânea. A importância dessa atuação multidisciplinar motivou a criação do Curso de Reanimação para Profissionais de Saúde, que visa treinar, além da enfermagem neonatal, fisioterapeutas e demais profissionais que atuam nas salas de parto. Desde a criação do curso, foram realizados **3.067** treinamentos em Minas Gerais, sendo 736 entre 2003 e 2010; 1.377 baseados nas diretrizes 2011-2015; 784 baseados nas diretrizes 2016-2022 e 170 desde agosto de 2022, quando passaram a vigorar as diretrizes atuais.

3. 1. 4 Treinamento de Parteiras tradicionais

Em novembro de 2017, a SMP realizou em Montes Claros, Minas Gerais, um curso de Reanimação Neonatal especial (Pinheiro *et al.*, 2023), no qual, além de médicos e profissionais, treinou 16 parteiras tradicionais da região, quilombolas e indígenas das etnias Xacriabá e Maxacalis.

Esse treinamento foi resultado de uma parceria com a Coordenadoria de Atenção à Saúde da Mulher e Criança da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), e com associações civis sem fins lucrativos.

Mesmo reiterando a necessidade do pediatra em todas as salas de parto, o Grupo de Reanimação Neonatal da SBP e da SMP reconhece a diversidade do Brasil e

de Minas Gerais, entendendo a importância de capacitar todos os profissionais que prestam assistência a um bebê na hora do nascimento, garantindo, assim, a universalidade e equidade do direito ao nascimento seguro.

3. 1. 5 Treinamento em Transporte do Recém- Nascido de Alto Risco

Não há dúvida de que o local mais seguro de se transportar um recém-nascido de risco é o útero materno. No entanto, o nascimento de um pré-termo, e/ou de um recém-nascido a termo com alguma condição patológica, pode ocorrer em centros secundários e mesmo primários. Nesse caso, esses recém-nascidos de alto risco devem ser transferidos para uma unidade neonatal que possa fornecer o atendimento especializado. Assim, o Curso de Transporte do Recém- Nascido de Alto Risco foi criado, tendo como objetivo capacitar profissionais de saúde a realizar o transporte intra e inter-hospitalar de recém-nascidos de alto risco de maneira eficiente e segura (Marba *et al.*, 2018).

Desde a criação do Curso de Transporte para o Bebê de Alto Risco, já foram treinados **1.467** profissionais de saúde em Minas Gerais, dentre trabalhadores de hospitais e do Serviço Médico de Urgência (SAMU). Entre 2011 (quando o curso foi criado) e 2017, foram 1.086 treinamentos. A partir de junho de 2018, quando o material e as diretrizes do curso foram atualizados, até este momento, o PRN/MG já treinou 381 profissionais.

3. 1. 6 Atuação internacional

Em 2016 e 2018, instrutores da SMP levaram os cursos de Reanimação Neonatal para Moçambique, na África, capacitando um total de 336 profissionais, dentre profissionais de saúde e médicos, dos quais 18 foram formados como instrutores do PRN. A transferência de tecnologia teve, como objetivo, lançar as bases de um programa moçambicano de reanimação neonatal, desenvolvido pelos pediatras moçambicanos e adaptado às especificidades locais. Essa ação, com apoio da Agência Brasileira de Cooperação do Ministério das Relações Exteriores (ABC/MRE), estabeleceu um intercâmbio científico e social em nível internacional, permitindo a replicação, com autonomia e as devidas adaptações locais, da experiência de sucesso do PRN brasileiro. A terceira etapa desse projeto está programada para ocorrer em novembro de 2023.

3. 1. 7 Centros de Treinamento

Dentre os objetivos da SMP, destacam-se a promoção do aperfeiçoamento contínuo da assistência à infância e à adolescência; o apoio aos profissionais e às instituições que cuidam da proteção, promoção e bem-estar da criança e do adolescente, assim como o controle de pesquisas que envolvam esse público, e a conscientização da sociedade sobre a importância dos cuidados para a população nessa faixa etária.

Para isso, pioneiramente, a SMP construiu dois centros de treinamento em Belo Horizonte, especialmente projetados para ministrar, adequadamente, cursos teórico-práticos, inclusive, os de reanimação e transporte neonatal, bem como inúmeras outras ações educacionais nas diversas áreas do conhecimento pediátrico.

4. Discussão

A mortalidade infantil é, reconhecidamente, um dos mais sensíveis indicadores de saúde e das condições socioeconômicas de uma população. Já a "mortalidade perinatal é considerada um indicador sensível da qualidade da assistência obstétrica e neonatal e do impacto de programas de intervenção nessa área, pela relação estreita que guarda com a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido" (Lansky *et al.*, 2002).

"A redução da mortalidade peri e neonatal tem sido mais difícil e lenta do que a da mortalidade pós-neonatal no Brasil, já que essa última é mais vulnerável às melhorias globais da condição de vida e às intervenções do setor de saúde" (Lansky; França; Leal, 2002, p. 760).

No entanto, estudos de evitabilidade mostram que tanto quanto a mortalidade pós-neonatal e neonatal, a mortalidade perinatal está vinculada a causas que podem ser prevenidas, relativas ao acesso e à utilização dos Serviços de Saúde, além da qualidade dessa assistência, impactando mais grupos populacionais com menor acesso à assistência qualificada (Lansky, 2002). Em estudo em São Luís, Maranhão, detectou-se que mais da metade dos óbitos neonatais podiam ser considerados redutíveis, sugerindo deficiências na assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, tendo as causas relacionadas com asfixia permanecido com taxas inalteradas, no período entre 1979 e 1996 (Ribeiro e Silva, 2000).

Nessa linha, cabe ressaltar a importância das mortes por asfixia, que têm sido apontadas como a causa de morte com maior potencial de prevenção no período peri-neonatal.

O óbito fetal ou neonatal por asfixia intraparto é considerado uma medida sensível da qualidade da assistência durante o momento do pré-parto e nascimento (Horta *et al.*, 1991).

No Brasil, a asfixia perinatal é uma importante causa de morbidade e mortalidade neonatal, sendo responsável por cerca de 23% dos óbitos neonatais, segundo a OMS. Os óbitos por asfixia/hipóxia são evitáveis e refletem a qualidade da assistência ao parto e ao recém-nascido, sinalizando que os serviços não estão preparados para uma boa atenção perinatal (Lansky *et al.*, 2014, Malta *et al.*, 2007).

O prognóstico a longo prazo dos recém-nascidos que sofreram asfixia perinatal tem sido difícil de avaliar. A curto prazo, a condição determina uma mortalidade superior a 30%, com a maioria das mortes ocorrendo nos primeiros dias após o nascimento. As sequelas daqueles que sobrevivem são incapacitantes, com comprometimento do desenvolvimento global (paralisia cerebral, epilepsia, cegueira, deficiência auditiva grave, distúrbios da alimentação). O manejo dessas crianças, dado o caráter crônico e multidisciplinar na condição, é complexo, dispendioso e depende de uma rede de apoio que envolve vários atores, inclusive, a família (Vialori *et al.*, 2018; Riley *et al.*, 2019).

O SUS apresenta uma série de estratégias para qualificação da atenção perinatal, que contemplam ações obstétricas e neonatais. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento prevê o desenvolvimento, por todos os entes da federação, de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS (Brasil, 2000; 2017).

Já a Rede Cegonha, instituída em 2011, consiste em uma rede de cuidados para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, devendo a rede ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional (Brasil, 2011; 2017).

Por sua vez, a Estratégia QualiNEO consiste na capacitação da gestão, das práticas clínicas e do monitoramento de indicadores neonatais para reduzir as taxas de mortalidade neonatal e qualificar a atenção ao recém-nascido nos hospitais e maternidades (Brasil, 2022).

Quanto aos instrumentos de transferência de recursos, o Previner Brasil corresponde a um novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços e o vínculo entre a população e as equipes. Tem como principal finalidade a captação precoce da gestante e acolhimento do parceiro(a) (Brasil, 2019).

Para além dessas, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) visa promover cuidados integrais e integrados à criança desde a sua gestação até os nove anos de idade, com especial atenção à primeira infância, incluindo o incentivo ao aleitamento materno e ao Método Canguru com o estabelecimento do vínculo recém-nascido e família, além da Rede da Pessoa com Deficiência. O PNAISC tem especial atenção às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e a criação de um ambiente facilitador para o pleno desenvolvimento (Brasil, 2022).

Nesse contexto, a atenção à saúde materna e infantil está construída sobre uma linha de cuidados interligados e interdependentes, na qual a qualidade do planejamento reprodutivo e pré-natal, realizados na Atenção Primária, com referências para a Atenção Secundária nos casos de pré-natal de alto risco, repercutem na qualidade do parto e nascimento, cujo *locus* é a Atenção Terciária, que, por sua vez, ao contrarreferenciar para a Atenção Primária o puerpério e puericultura, demanda ações da Atenção Secundária para gestantes e recém-nascidos com condições específicas. No caso dos recém-nascidos, essas condições são exatamente aquelas que impactam na mortalidade neonatal, dentre as quais a prematuridade, as malformações congênitas, as infecções congênitas e a asfixia perinatal (Brasil, 2022; Riley *et al.*, 2019). Quanto à asfixia perinatal e suas sequelas, em especial a paralisia cerebral, também chamada encefalopatia crônica não progressiva, é uma doença crônica, que necessita de tratamentos multidisciplinares e coordenados, com a finalidade de recuperar funções motoras ou, ao menos, adaptar a funcionalidade do indivíduo, buscando a maior autonomia possível. No âmbito do SUS, a atribuição de promover e estabelecer um fluxo de cuidados para crianças com deficiência e de apoio para as famílias recai sobre a APS e sua função ordenadora (Brasil, 2022; Vialori *et al.*, 2018; Riley *et al.*, 2019).

Pelo caráter crônico e a complexidade, e pelo impacto que produz na família, na comunidade e no próprio Sistema de Saúde, o acompanhamento da criança com paralisia cerebral impõe enormes desafios (Alves *et al.* 2011; Brasil, 2022).

A APS é caracterizada por ações orientadas pelo conceito ampliado de saúde, com enfoque na produção de autonomia, enfrentamento das vulnerabilidades, valori-

zação das diferenças culturais, cuidado humanizado e integral (Alves *et al.* 2011). Apontam-se quatro características para a APS: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado e coordenação (Brasil, 2002; Starfield, 2002).

A prevalência estimada de pessoas com paralisia cerebral no mundo gira em torno de 2,1 casos para 1000 nascidos vivos e mantém-se constante ao longo de décadas em diversos estudos (Oskoui *et al.*, 2013). É importante sinalizar, que, sabidamente, as condições de saúde são grandemente influenciadas pela pobreza e que 80% das pessoas com deficiência no planeta encontram-se em países de baixa e média renda (Hern e Thorngren-Jerneck, 2005). Em países como o Brasil, com grande heterogeneidade regional e desigualdade de cuidados, é possível supor que a prevalência estimada para o mundo subestime os números brasileiros para deficiência e paralisia cerebral. Desde a atenção pré e perinatal aos cuidados avançados com o recém-nascido de risco até a supervisão do desenvolvimento, toda a linha de cuidado materno infantil impacta na prevalência final do diagnóstico e em sua gravidade.

Frente ao exposto, é de extrema importância a existência de um programa multinacional de desenvolvimento interprofissional como o PRN (Almeida, 2022; Almeida *et al.*, 2022; Almeida; Guinsburg, 2020; SBP, 2022; Wyckoff *et al.* 2021). De acordo com a SBP, cerca de 10% dos recém-nascidos e mais de 60% dos prematuros precisam de ventilação pulmonar na sala de parto para restabelecer a respiração. Quando o procedimento é realizado por profissionais treinados, a partir de técnica adequada, e ainda no primeiro minuto de vida, a maioria dos bebês se recupera (Almeida, 2022; Almeida *et al.*, 2022; SBP, 2022; Brasil, 2022).

Ressalta-se, novamente, que o PRN (Almeida, 2022; Almeida *et al.*, 2022; Almeida; Guinsburg, 2020; SBP, 2022; Wyckoff *et al.* 2021) utiliza uma metodologia de treinamento, por meio de simulação realística em centros de treinamento e nos locais de trabalho, com a finalidade de garantir uma assistência qualificada capaz de reduzir a morbidade e mortalidade neonatal.

Nesse contexto, o treinamento em reanimação neonatal produz um impacto positivo no desenvolvimento profissional, com ênfase no trabalho em equipe, indispensável ao êxito do cuidado. A educação continuada das equipes que atendem recém-nascidos, onde eles nascem, é fundamental para manter as habilidades (Riley *et al.*, 2018).

5. Considerações finais

A redução da mortalidade infantil neonatal, além de fatores biológicos, está associada à assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido; e sua prevenção envolve, principalmente, investimentos em serviços hospitalares de tecnologia mais complexa, bem como ações educativas e de Saúde Pública.

A asfixia perinatal é um importante problema de Saúde Pública que impacta a mortalidade infantil e a Atenção Primária à Saúde (APS), que, como ordenadora do cuidado, estabelece os fluxos de assistência para crianças com sequelas e deficiências decorrentes da encefalopatia hipóxico-isquêmica, manifestação neurológica da asfixia. Nesse contexto, a capacitação massiva e continuada dos profissionais, que prestam assistência ao recém-nascido ao nascimento, se apresenta como uma estratégia efetiva para a prevenção dos eventos danosos ao recém-nascido, menos dispendiosa, econômica e social, do que o investimento necessário para tratar as complicações e sequelas da asfixia perinatal.

A rede de atenção à saúde materna e infantil está construída sobre uma linha de cuidados interligados e interdependentes, na qual a qualidade do planejamento reprodutivo e pré-natal, realizados na Atenção Primária, com referências para a Atenção Secundária, no caso do pré-natal de alto risco, repercutem na qualidade do parto e nascimento, cujo locus é a Atenção Terciária, que, por sua vez, ao contra-referenciar para a Atenção Primária para o puerpério e puericultura, vão demandar ações da Atenção Secundária para gestantes e recém-nascidos com condições específicas.

O Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil de Minas Gerais 2022 (SES, 2022) prevê, para o alcance da meta de reduzir a mortalidade infantil no estado para um dígito/1.000 nascidos vivos, o treinamento em reanimação neonatal.

A segurança do paciente é um desafio global da Saúde Pública e a efetivação de políticas públicas de saúde para melhorar a qualidade da assistência pré-natal, durante o parto e os cuidados pós-natais, é fundamental.

Além dos gestores, toda a sociedade, com seus diversos atores, precisa se envolver na redução da mortalidade infantil. A capacitação contínua e baseada em evidências científicas de profissionais de saúde na assistência perinatal, por meio de simulação realística é uma estratégia de ensino-aprendizagem que capacita profissionais que assistem recém-nascidos ao nascimento. Por meio do Programa de

Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, a Sociedade Mineira de Pediatria cumpre seu papel de promover a qualificação da assistência aos recém-nascidos, em um esforço para contribuir com a redução da mortalidade infantil e garantir, a todos os recém-nascidos mineiros, o direito ao nascimento seguro.

6. Referências

ANCHIETA, L. M.; LYRA, J. C.; RUGOLO, L.M. S. S. **Cuidados pós reanimação neonatal**. Programa de reanimação neonatal. Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018.

ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R. **Programa de Reanimação Neonatal**. Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo. 2020, p. 97-108. Disponível em <https://www.sbp.com.br/especiais/reanimacao/historico/>. Acesso 24 jul. 2023

ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R.; COORDENADORES ESTADUAIS; GRUPO EXECUTIVO PRN-SBP; CONSELHO CIENTÍFICO DEPARTAMENTO NEONATOLOGIA DA SBP. **Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto**: diretrizes 2022 da SBP. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2022.

ALVES, G.G.; AERTS, D. **Health education practices and Family Health Strategy**. Ciência Saúde Coletiva, 2011, v.16, n.1, p. 319-325, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_obito_infantil_fetal.pdf. Acesso em: 27 jul. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA nº 371**, de 7 de maio de 2014, Nota Técnica 16/2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html. Acesso em: 27 jul. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014**: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf. Acesso em: 27 jul. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569**, de 1º de junho de 2000, consolidada na Portaria de Consolidação MS/GM nº 05, de 28 de setembro de 2017 - Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 27 jul. 2023

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011, consolidada na Portaria de Consolidação MS/GM nº 03º, de 28 de setembro de 2017, e em vigor, atualmente, por força da Portaria GM/MS nº 13/23 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 27 jul. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979**, de 12 de novembro de 2019 - Institui o Programa Previne Brasil. Brasília (DF), 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 27 jul. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Mortal**, v.52, n.37: Mortalidade Infantil no Brasil – informes gerais. Brasília, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf/view. Acesso em: 27 jul. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Asfixia perinatal é a terceira causa de morte neonatal no mundo**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/asfixia-perinatal-e-a-terceira-caoa-de-morte-neonatal-no-mundo#:~:text=Segundo%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da,de%2037%20a%2042%20semanas>. Acesso em: 27 jul. 2023.

DARMSTADT, G. L.; SHIFFMAN, J.; LAWN, J. E. **Advancing the newborn and stillbirth global agenda**: priorities for the next decade. Arch Dis Child. Supl.1, p. 13-18, 2015.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. **Mortalidade infantil neonatal no Brasil**: situação, tendências e perspectivas. In: XVI ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. 2016.

Anais. Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), 2016, p.1-29. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1763>. Acesso em: 27 jul. 2023

HJERN, A.; THORNGREN-JERNECK, K. **Perinatal complications and socio-economic differences in cerebral palsy in Sweden** - a national cohort study. BMC Pediatr, v.8, p. 49, 2008.

HORTA, V. F.; Silva T.; MENDES, M.; JARDIM, A., BISCAYA, J. **Mortalidade Perinatal em Portugal:** usando a classificação de Wigglesworth. J Pediatr., v. 67, p. 9-10, 1991.

KAWAKAMI, M. D.; SANUDO, A.; TEIXEIRA, M. L. P.; ANDREONI, S.; DE CASTRO, J. Q. X.; *et al.* **Neonatal mortality associated with perinatal asphyxia:** a population-based study in a middle-income country. BMC Pregnancy Childbirth, v. 21, n.1, p.169, 2021.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEALB, M. C. **Mortalidade perinatal e evitabilidade:** revisão da literatura. Rev Saúde Pública., v.36, n 6, p. 759-772, 2002.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; PERPÉTUO, I. H.; ISHITANI, L. A. **Mortalidade infantil:** tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal. In: Brasil. Ministério da Saúde. 20 anos do SUS. Brasília, 2009, p. 83-112.

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. L.; SILVA, A. A. M.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S. D. A.; DE CARVALHO, M. L.; *et al.* **Pesquisa Nascer no Brasil:** perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cadernos de Saúde Pública., v. 30, supl. 1, 2014.

LIU L.; OZA S.; HOGAN D.; CHU Y.; PERIN J.; ZHU J.; *et al.* **Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15:** an updated systematic analysis with implications for the sustainable development goals. Lancet., v.388, p. 3027-35, 2016.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C.; ALMEIDA, M. F.; DIAS, M. A.; MORAIS NETO, O. L.; MOURA, L.; *et al.* **Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil.** Epidemiol. Serv. Saúde, v. 16, n. 4, p. 233-244, 2007.

MALQVIST, M. **Neonatal mortality:** an invisible and marginalized trauma. Glob Health Action., v. 4, 2011.

MARBA, S. T. M.; CALDAS, J. O. S.; NADER, P. J. H.; RAMOS, J. R. M.; MACHADO, M. G. P.; GUINSBURG, R.; ALMEIDA, M. F. B. **Transporte do recém-nascido de alto risco.** Programa de Reanimação Neonatal/Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. CEPMMIF. **Mortalidade Materna, Infantil e Fetal Minas Gerais** – Relatório anual, 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/2023/jun-jul-ago/Relat%C3%B3rio%20de%20Mortalidade%20materna%20infantil%20e%20fetal%202021%20OVERS%C3%830%20FINAL.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2023.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano de enfrentamento à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.** Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1876-plano-de-enfrentamento-a-mortalidade-materna-e-infantil>. Acesso em: 28 jul 2023.

OSKOU, M.; COUTINHO, F.; DYKEMAN, J.; JETTÉ, N.; PRINGSHEIM, T. **An update on the prevalence of cerebral palsy:** a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol.*, v.55, n.6, p: 509-519, 2013.

PINHEIRO, R.; VALE, M. S.; CASTRO, M. D. R.; PENIDO, M. G. Curso de Reanimação Neonatal para Parteiras Tradicionais - Manual. **Programa de Reanimação Neonatal/Sociedade Brasileira de Pediatria.** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023. No prelo.

RIBEIRO, V. S.; SILVA, A. A. M. **Tendências da mortalidade neonatal em São Luís, Maranhão, Brasil, 1979 a 1996.** *Cad Saúde Pública*, v.16, p. 429-438, 2000.

RILEY, C.; SPIES, L. A.; PRATER, L.; GARNER, S. L. Improving Neonatal Outcomes Through Global Professional Development. *Adv Neonatal Care.*, v. 19, n.1, p.56-64, 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA/SBP. **Programa de Reanimação Neonatal.** Rio de Janeiro Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/reanimacao/>. Acesso em: 24 jul. 2023.

UNICEF. UN Report. **Levels and trends in child mortality 2019** - Estimates developed by the UN Interagency Group for child mortality estimation. Disponível em: www.unicef.org/media/60561/file/UN-IGME-child-mortality-report-2019.pdf. Acesso em: 24 jul. 2023.

VIAROLI, F.; CHEUNG, P. Y.; O'REILLY, M.; POLGLASE, G. R.; PICHLER, G.; SCHMÖLZER, G.M. **Reducing Brain Injury of Preterm Infants in the Delivery Room.** *Front Pediatr.*, v.6, p.290, 2018.

WYCKOFF, M. H.; WYLLIE, J.; AZIZ, K.; DE ALMEIDA, M. F.; FABRES, J.; FAWKE, J. **Neonatal Life Support:** International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Circulation.*, v.142, suppl.1, p. 185-221, 2020.

A GOVERNANÇA COLABORATIVA COMO SUBSTRATO NA CRIAÇÃO DE UMA ENTIDADE REGULADORA NO QUADRO DO SISTEMA NACIONAL DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS EM PERIGO PORTUGUÊS – UMA ABORDAGEM DE POLÍTICA PÚBLICA

João José Nogueira de Almeida¹

Ireneu de Oliveira Mendes²

Hélio Bento Ferreira³

1. A importância da Governança Colaborativa na implementação de políticas públicas de proximidade – nota introdutória

A Administração Pública insere-se, hoje, num ambiente que exige uma maior cooperação entre os diversos atores sociais, visando a prestação de serviços mais eficientes e de maior qualidade, que consigam responder às novas e crescentes necessidades da sociedade. Existe, hoje, um ambiente de competição, conflito e disputa de recursos entre os diferentes membros da sociedade, no qual os agentes governativos devem focar a sua atuação com vistas à coordenação de esforços, objetivos e recursos, mantendo, para tal, o foco na contribuição para o desenvolvimento da sociedade (Correia; Mendes; Bilhim, 2019b).

A prestação de serviços por parte de entidades públicas é, atualmente, desenvolvida em um quadro legal/institucional fortemente fragmentado e disperso, e que inclui um conjunto diverso de entidades (HAVERI, 2006) que atuam de forma concertada. Não é possível manter apenas o foco nos processos administrativos ou na gestão intraorganizacional (Osborne; Radnor; Nasi, 2013), isto é, as organizações não devem ambicionar persistir no tempo se continuarem voltadas para si mesmas. Ao invés disso, a ênfase deve ser na promoção de plataformas integradoras dos contributos das diferentes partes, potenciando um paradigma mais amplo, que enfatize tanto a governação das relações interorganizacionais como a eficácia dos sistemas de prestação de Serviços Públicos. A esse novo paradigma (Figura 1),

1- Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Portugal.

2- Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Portugal.

3- Chefe de Setor da Assessoria Técnica aos Tribunais do Núcleo de Infância e Juventude do Centro Distrital da Segurança Social de Aveiro, Portugal.

que alberga essa mudança de foco, tem-se nomeado de "New Public Governance" (Osborne; Radnor; Nasi, 2013).

É nessa linha que a criação de condições, que permitam o desenvolvimento de plataformas de colaboração, pode ser vista, à partida, segundo dois eixos de análise. Por um lado, podem ser avaliados os benefícios e resultados positivos para a sociedade associados à colaboração. Por outro lado, é necessário avaliar os possíveis conflitos de interesse indesejáveis para uma das partes ou as consequências não desejadas, ou acauteladas, para as restantes partes (Bilhim, 2017).

É comum que as atividades das organizações públicas sejam consideradas tanto como marcos regulatórios para atividades de inovação, ou como fornecedores mais ou menos passivos de inputs para a inovação do setor privado, ou, ainda, como recetores e utilizadores de produtos inovadores gerados pelo setor privado (Correia; Mendes, 2018).

Tabela 1 - Diferenças entre a Nova Gestão Pública e a Nova Governação Pública.

Nova Gestão Pública	Nova Governação Pública
Os funcionários públicos são alvo de forte controlo e monitorização.	O interesse próprio é combinado com uma forte motivação para a prestação de um Serviço Público, que exige uma gestão com base na confiança.
O problema é o monopólio público sobre a prestação de serviços, tornando-os de fraca qualidade e muito caros.	O problema é a crescente complexidade e perversidade dos problemas e desafios que o Serviço Público enfrenta, hoje.
A solução é aumentar a concorrência por meio da privatização e da contratação externa (ao setor privado).	A solução passa pela colaboração público-privada por meio de redes e parcerias.
A gestão intraorganizacional deve focar-se nos recursos e no desempenho.	A liderança interorganizacional deve concentrar-se nos processos e resultados.
Os cidadãos são clientes com possibilidade de escolha do serviço.	Os cidadãos são coprodutores e cocriadores de Serviços Públicos.
O objetivo é a melhoria na eficiência por meio da racionalização com base em processos LEAN.	O objetivo é o aprimoramento da eficiência, efetividade e qualidade por meio da mobilização e inovação de recursos.

Fonte: Sørensen; Torfing, 2013 (Adaptado).

De forma transversal, um pouco por todo o mundo, têm-se vindo a registar profundas mudanças de natureza reformista, desde a década de 1980. Trata-se de uma transformação dinâmica, que possui grandes diferenças entre os países, por força das suas características políticas, económicas e sociais. Os anos 80 alteraram os sistemas de governação dos países, com dinâmicas distintas entre cidadãos e os governos, bem como entre o próprio setor público e privado. O foco principal seria a intenção de obter uma Administração Pública mais diligente, eficaz, mais focada no cidadão e uma maior observância na qualidade do serviço prestado, com o objetivo de obter uma reforma de modernização da máquina pública. A adoção de boas práticas advindas da gestão privada e transposta para a Administração Pública foi um tema largamente debatido naquele período e associada ao modelo de governação denominado New Public Management (Correia *et al.*, 2019; Correia; Mendes; Freire, 2019).

Aquando da implementação de uma política pública, existe a possibilidade de ocorrerem interferências de vários fatores, que acabam por se correlacionar com as ações e relações entre os implementadores e as suas capacidades de enfrentarem imprevistos, de se adaptarem às características da equipa, bem como a observância do contexto político, económico e social. Sendo assim, regista-se o importante papel dos agentes públicos, denominados burocratas de campo, na implementação de programas de governo com potencial para se tornarem resultados políticos no futuro.

Ainda que fosse possível existirem essas condições, o ponto central de qualquer implementação é o comportamento humano. Por essa razão, existem muitos níveis de investigação para o estudo de implementação de políticas públicas. Entre eles pode-se citar a análise organizacional, procedimental e comportamental. A implementação é a chave para resultados políticos bem-sucedidos (Pressman; Wildavsky, 1984). O que pode determinar se as políticas irão alcançar os resultados almejados, será a forma como os desafios ou dificuldades serão tratados no processo de implementação, reconhecendo-se que podem (e irão, com elevado grau probabilístico) existir falhas na própria política. Assim é entendível, que o processo de implementação pode diminuir esse impacto, e em alguns casos, até melhorar as possíveis falhas.

Acevedo e Dassen (2016) consideram que existem cinco fatores que causam impacto na inovação pública: i) ter em conta a opinião dos stakeholders; ii) criar redes internas e externas para facilitar a colaboração; iii) ter o apoio dos líderes políticos; iv) acesso a recursos financeiros e humanos e v) gerir o risco. Os autores destacam a importância de se conhecer as maiores preocupações, tanto dos cidadãos, que necessitam de usufruir dos serviços, como, também, dos funcionários, que prestam esses serviços.

Nesse sentido, importa estruturar o sistema para que esse estimule, entusiasme e torne pró-ativa e dinâmica a participação dos cidadãos, porque esses passam a assumir um novo papel de participação em conjunto com o Estado, em prol do interesse público, ou seja, a Administração Pública passa a permitir o acesso do cidadão à elaboração de políticas, pois encara esse como um elemento ativo, que deve fazer parte da cocriação ou indicar o que faz falta ser criado (Carapeto; Fonseca, 2014). É, também, nesse espectro de colaboração, que se ressalta a importância da criação de redes para facilitar a participação, pois o acesso a todo um conjunto de experiências e conhecimentos permite levar à solução mais adequada (Acevedo; Dassen, 2016). Contudo, esse avanço na Administração Pública não é possível se não existir o apoio dos líderes políticos, sem o qual não será possível a alocação dos recursos financeiros, humanos e organizacionais, necessários para o desenvolvimento do projeto de inovação (Acevedo; Dassen, 2016; Correia; Mendes, 2018).

De acordo com a literatura sobre políticas públicas, a governação com base em estruturas em rede é particularmente eficaz na abordagem dos denominados "wicked problems" (problemas perversos), cuja solução é difícil (Correia; Mendes; Bilhim, 2019a). Segundo Rittel e Webber (1973), esses problemas referem-se a situações sociais problemáticas em que: (i) não há solução óbvia ou direta; (ii) muitos indivíduos e organizações estão envolvidos; (iii) existe discordância entre as partes interessadas e (iv) as desejadas mudanças de comportamento fazem parte da solução (Rittel; Webber, 1973). Dessa forma, a procura de uma solução possível para esses problemas exige um esforço conjunto, que possibilite uma ampla resposta sistémica, em que é fundamental o envolvimento dos cidadãos e das diferentes partes interessadas na coprodução de políticas e na sua subsequente implementação (Correia; Mendes; Bilhim, 2019a).

2. A criança como sujeito autónomo de direitos – Portugal no Mundo

Tendo como enquadramento a Convenção sobre os Direitos da Criança, a *KidsRights Foundation*, em cooperação com a *Erasmus School of Economics* e o *International Institute of Social Studies*, publicam, anualmente, o *The KidsRights Index*, que compara, por meio de 20 indicadores (13 quantitativos e 7 qualitativos), agrupados em cinco dimensões, correspondentes aos pilares daquele instrumento legal já referido: o Direito à Vida, o Direito à Saúde, o Direito à Educação, o Direito à Proteção e o Contexto Favorável à Promoção dos Direitos:

Tabela 2 - Dimensões e Indicadores analisados no âmbito do *Kidsrights Index*.

Dimensões	Indicadores
Direito à Vida	Taxa de mortalidade infantil de menores de 5 anos.
	Esperança de vida à nascença.
	Rácio de mortalidade materna.
Direito à Saúde	Percentagem de Crianças com menos de 5 anos que sofrem de falta de peso.
	Imunização de crianças com um ano de idade.
	Percentagem da população que utiliza instalações sanitárias melhoradas (urbanas e rurais).
	Percentagem da população que utiliza fontes de água potável melhoradas.
Direito à Educação	Anos de escolaridade esperados para raparigas.
	Anos de escolaridade esperados para rapazes.
	Desigualdade de género nos anos de escolaridade esperados (diferença absoluta entre raparigas e rapazes).
Direito à Proteção	Taxa de trabalho infantil.
	Taxa de natalidade na adolescência.
	Registo no nascimento.
Contexto Favorável à Promoção dos Direitos	Não discriminação.
	Interesse superior da criança.
	Legislação favorável.
	Melhor orçamento disponível.
	Respeito pelas opiniões da Criança/participação da criança.
	Recolha e análise de dados desagregados.
	Cooperação Estado-Sociedade civil para a participação nos direitos da criança.

Fonte: Elaborado pelos autores, baseado no *The KidsRights Index*, 2022.

Trata-se do único ranking mundial sobre os direitos da criança. Esse mede como os direitos da criança são respeitados, assim como o compromisso de cada país em promover a sua melhoria. Os resultados resultam da combinação de dados quantitativos, publicados pela UNICEF e pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP), dos dados qualitativos provenientes dos relatórios do Comitê para os Direitos da Criança das Nações Unidas, bem como dos relatórios publicados pelos Estados-Parte, aquando da submissão à avaliação por parte daquele Comitê. A tabela seguinte elenca os 25 países do mundo mais bem posicionados, globalmente, em 2022:

Tabela 3 - *Ranking* dos 25 países mais bem posicionados em matéria de promoção dos direitos da criança.

Países	Ranking Global	Direito à Vida	Direito à Saúde	Direito à Educação	Direito à Proteção	Contexto Favorável à Promoção dos Direitos
Islândia	1	6	34	1-Aug	14	2-Mar
Suécia	2	8	10-Nov	1-Aug	9	35-48
Finlândia	3	15	13	1-Aug	11	35-48
Países Baixos	4	17	28	1-Aug	3	35-48
Alemanha	5	25	8	12	13	31-34
Luxemburgo	6	13	9	50	8	4-Mar
Dinamarca	7	28	19-20	1-Aug	4	62
Áustria	8	23	19-20	24-25	16	35-48
Eslovénia	9	22	32	20	7	49-61
Noruega	10	11	15	11	5	63-70
Portugal	11	18	3	14	19	63-70
França	12	14	46	35	20	35-48
Tailândia	13	57	58	59	68	1
Letónia	14	58	38	46	39	19-30
Chile	15	31	30	19	76	35-48
República da Coreia	16	9	6	29	Sem dados	35-48
Chechênia	17	29	54	31	30	49-61
Itália	18	3	33	24-25	12	71-83
Cuba	19	36	51	70-71	75	Jun-18
Cazaquistão	20	73	53	40-41	52	35-48
Japão	21	1	22	26	6	84-110
Croácia	22	35	65	67	23	49-61
Estónia	23	32	27	58	25	63-70
Omã	24	50	82	84	38	19-30
Turquia	25	49	37	27	53	71-83

Fonte: Elaborado pelos autores, baseado no *The KidsRights Index*, 2021.

Como se pode verificar pela linha em destaque na tabela 3, Portugal está globalmente bem posicionado. Esse resultado adveio, provavelmente, da forte influência da posição do direito à saúde (3.º lugar mundial), de que não podem ser alheias as políticas públicas relacionadas aos cuidados de saúde como um todo, e dos cuidados neonatais em particular, implementados em Portugal no pós-revolução de abril de 1974. Note-se, que, nesse particular, de acordo com os dados da Pordata, Portugal reduziu a taxa de mortalidade infantil de 37,88%, em 1974, para 2,44%, em 2021. No entanto, no capítulo dos direitos à proteção, de que adiante falaremos com maior detalhe, o posicionamento de Portugal situa-se no 19.º lugar, sendo o primeiro lugar ocupado pela Suíça, que, apesar desse valor, se encontra na 31.º posição global.

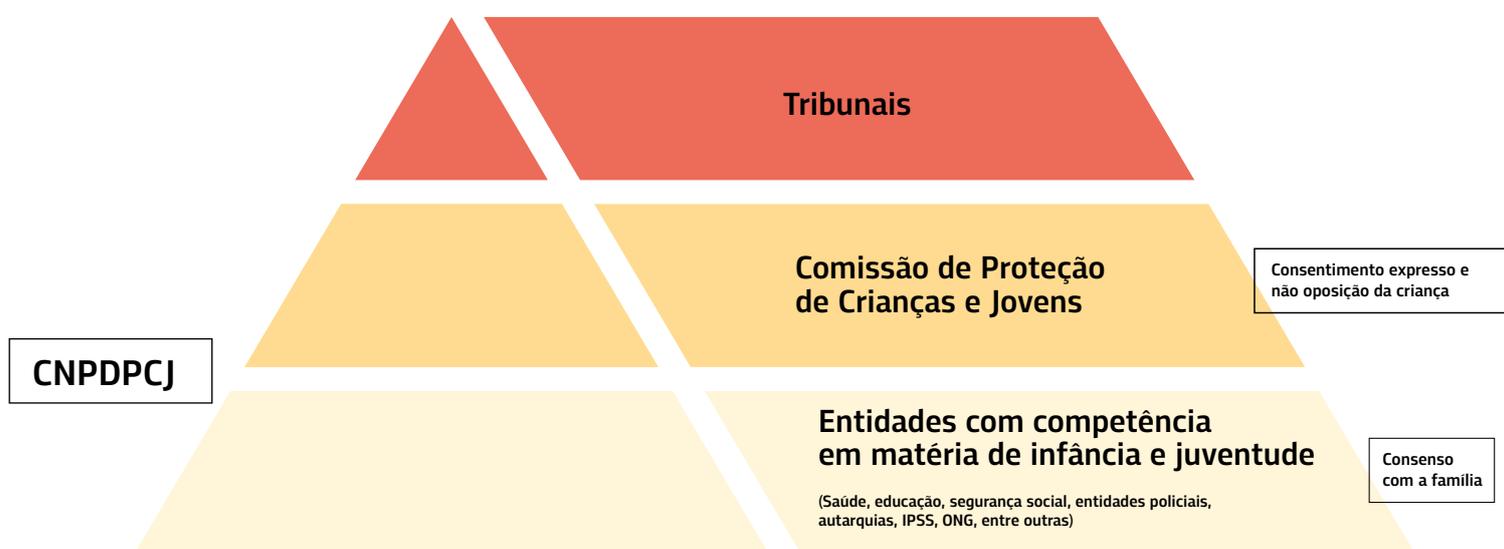
3. Caracterização do Sistema de Proteção de Crianças em Perigo - A tríplice intervenção: da ilusória simplicidade à constatação da sua complexidade

O Sistema de proteção de crianças português, criado pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, na sua atual redação, visa "a promoção dos direitos e a proteção das crianças e jovens em perigo", cf. artigo 1.º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens (LPCJP) e, por conseguinte, numa visão integrada, tem como intuito a correção de trajetórias que, condicionando o crescimento físico, emocional ou psicológico, poderiam levar à indigência e/ou criminalidade daquelas que são, hoje, as crianças e jovens em perigo. Para esse efeito, o legislador estabeleceu uma rede interligada de agentes (instituições públicas, privadas, sociais e cooperativas), em que todos estarão focados no mesmo problema social, partilhando os recursos (humanos e económicos) de modo equitativo.

Como afirmado anteriormente, a noção de criança está sujeita à apreciação do seu contexto social e das normas estabelecidas. Em Portugal a noção de criança, estando de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, baliza-se pela maturidade jurídica, que só é adquirida aos 18 anos de idade, conforme decorre desde logo do artigo 132.º do Código Civil (CC), ou, ainda, pela emancipação adquirida com o casamento civil, possível a partir dos 16 anos de idade [artigos 132.º e 1601, al. c) do CC]. Para efeitos da aplicação da LPCJP a alínea a), do artigo 5.º, está conforme a norma geral, permitindo, contudo, o prolongamento da intervenção para lá da maioridade desde que a intervenção seja iniciada antes da maioridade, e cuja continuação seja requerida pelo, agora, maior de idade. A mecânica jurídica prevê um conjunto de institutos jurídicos, para suprir a incapacidade de exercício dos direitos de que a criança é titular, sendo o mais comum o instituto do exercício das responsabilidades parentais por ser o resul-

tado da natural relação biológica estabelecida, pelo nascimento ou pelo vínculo jurídico da adoção. No respeito constitucional pela reserva da "intimidade da vida privada e familiar" (artigo 26.º da Constituição da República Portuguesa - CRP), o Estado apenas pode imiscuir-se naquilo que for estritamente necessário e relevante para salvaguardar outros direitos prevaletentes, como o direito à vida, o direito à integridade física e moral e o direito à infância e sua proteção (artigos 24.º, 25.º e 69.º, todos da CRP).

Figura 1: Modelo Explicativo do Sistema de Proteção de Crianças em Perigo.



Fonte: Manual de formação da CNPDPCJ⁴ para as CPCJ - Curso I, 2018, p. 34.

O Sistema de Proteção tem como pedra angular o princípio da subsidiariedade [al. k) do artigo 4.º da LPCPJ], em que, numa primeira instância, deverão intervir, em parceria, as entidades com competência em matéria de infância e juventude, *intervenção comunitária*, em segundo lugar, as Comissões (*intervenção administrativa*) e, por fim, os Tribunais (*intervenção judicial*). A figura 1, amplamente utilizada nos mais variados fóruns formativos sobre essa matéria, mostra uma aparente simplicidade do Sistema Nacional de Proteção das Crianças em Perigo. O esquema ilustra uma intervenção sucessiva sempre ascendente, em que o problema é transferido às diferentes instâncias numa transferência de responsabilidade progressiva e um afastamento da responsabilidade do patamar de intervenção inferior.

4. A Saúde como primeira linha na deteção e intervenção junto de crianças em Perigo

Resulta do n.º 1, do artigo 3.º, da LPCPJ, que o perigo decorre da ação ou omissão dos pais contra as crianças, isto é, estaremos sempre a falar de um abuso ou abandono de acordo com as definições apresentadas por Alberto (2006), ocorridas quer em contexto familiar, quer fora dele, mas em que os pais das crianças se mostrem incapazes de o resolver de forma adequada.

Ainda que, por força das circunstâncias sociais, culturais e até económicas não é expectável que os Serviços da Saúde sejam os principais agentes da deteção e proteção das crianças. Os dados apresentados no Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, de 2022, refere-nos que a Saúde é a quinta entidade comunicadora de crianças em perigo às Comissões de Proteção com pouco mais de duas mil comunicações feitas durante esse ano, o que a coloca muito longe das mais de 20 mil comunicações feitas pelas forças de segurança, e as cerca de nove mil feitas pelos estabelecimentos de ensino.

Ainda assim, é inequívoco a essencialidade do seu papel no diagnóstico complementar atento o especial conhecimento científico e o olhar treinado para a deteção dos sinais e sintomas do maltrato dos seus profissionais. Essa relação densifica-se com a aposta no Serviço Nacional de Saúde (SNS) enquanto política pública. Criado em 1979, com a publicação da Lei 56/95, de 15 de setembro, e que, ainda que com avanços e recuos no discurso mediático diário quase sempre relacionado com a maior ou menor participação do setor privado e cooperativo, continua a ser uma aposta consensual das maiores forças políticas com assento no Parlamento Português, o SNS concretiza o direito à proteção da saúde e confere a todos os cidadãos, independentemente da situação económica, o acesso a cuidados globais de saúde.

Por essas razões, uma de pendor mais teleológica relacionada com a função própria da medicina e enfermagem, e outra conectada com a opção da função da prossecução do interesse público da *res publica*, o SNS e as suas respostas é intrínseca e incontestavelmente considerado Entidade com Competência em Matéria da Infância e Juventude (artigo 5.º e 7.º da LPCJP), no quadro da atuação da intervenção do Estado junto de crianças em Perigo, conforme consagrado na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, já citada.

De forma a dar cumprimento à prioridade de atuação que resulta do enquadramento jurídico nacional e internacional, a Direção-Geral da Saúde fez aprovar o Despacho n.º

31292/2008, de 5 de dezembro, "Maus tratos em crianças e jovens – intervenção da saúde", que além de definir um conjunto de orientações técnicas, define a estrutura organizativa para os Centros de Saúde, os Agrupamentos de Centros de Saúde e ao nível dos cuidados hospitalares, concretizando-se pela criação de núcleos de apoio a crianças e jovens em risco (NACJR) e núcleos hospitalares de apoio a crianças e jovens em risco (NHACJR), assim como de um coordenador em cada Administração Regional de Saúde (ARS). Define as atribuições e constituição dos referidos núcleos, cuja coordenação a nível nacional competirá à DGS, por meio de uma comissão de acompanhamento, criada no presente diploma, procedendo igualmente à identificação das respetivas atribuições e nomeação dos seus elementos. Determina, também, a criação de uma comissão de análise, cuja constituição e competências enuncia.

Cada um dos núcleos é composto por equipas multidisciplinares que, entre outras, têm a competência de detetar os sinais e sintomas que, eventualmente, as crianças em perigo apresentem, devendo, sempre que se mostre necessário, intervir numa relação estabelecida com os pais das crianças, que se mostre consensual e informada. Caso tal situação se mostre inviável, deverão reportar à Comissão de Proteção de Crianças em Perigo, segundo patamar da intervenção.

De acordo com os dados anunciados no site da DGS, existiam, em 2019, 289 núcleos em Portugal continental e Açores, nos quais trabalham 1.050 profissionais de saúde, divididos entre 41 hospitais com atendimento pediátrico e 248 centros de saúde. Por ano, intervêm em cerca de nove mil casos identificados como suspeita de qualquer espécie de maltrato, número que, de acordo com a própria DGS se mantém, nos últimos anos, estável. Apenas 25% desses casos anuais implica comunicação da situação de perigo à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, o que significa que, *a contrario*, se pode afirmar que, na esmagadora maioria das vezes, esses núcleos são capazes de resolver a situação de perigo identificada.

Já em 2019, a Organização Mundial da Saúde elogiou publicamente a medida e incentivou que outros países seguissem o exemplo de Portugal na implementação desse tipo de política pública. Não se critica a bondade da criação desses núcleos e da sua relevância no quadro do Sistema de Proteção de Crianças em Perigo. Elogios sejam prestados ao Ministério da Saúde e à Direção-Geral da Saúde que, atempadamente, decidiu organizar os seus serviços, para, uma vez mais, priorizar a infância e juventude como forma de prevenção primária dos cuidados de saúde – hoje é conhecido o efeito a longo prazo dos maus tratos na saúde individual e, bem assim, dos seus impactos económicos, mas, também, como prognose de uma sociedade constituída por indivíduos e comunidades mais saudáveis.

O aspeto menos positivo não se centra nessa resposta, mas no modelo global que, apesar de apelar ao trabalho comunitário e em parceria, parece, antagonicamente, privilegiar a criação de respostas e organizações dentro de silos, departamentalizada, que se opõe à noção da Governança colaborativa que, como vimos, assenta o desenho teórico do Sistema de Proteção de Crianças em Perigo Português. Essa crítica poderia ser ultrapassada com a já defendida criação de uma entidade reguladora que, nessa matéria funcionasse como cinjo que permitisse um modelo mais coeso e equilibrado, tendo de facto como farol o valor do interesse superior da criança, sem perder o seu horizonte com as questões próprias e expectáveis, que resultam da luta de poderes entre organismos.

5. A CNPDPCJ com poderes de regulação ou da CNPDPCJ 3

A Regulação Pública surgida nos finais do século XIX, nos Estados Unidos, foi difundida na Europa, na segunda metade do século XX, na sequência da insustentabilidade económica e financeira do Estado Providência (Simões, 2014, p. 241), e a passagem a um Estado de Garantia conforme esclarece Gonçalves (2008). Segundo esse autor, ao Estado passa a competir fazer funcionar os serviços privatizados e a garantir o direito a beneficiar, em condições acessíveis, os serviços de interesse geral. Trata-se de garantir o dogma liberal da separação entre o Estado e a Economia como referem Moreira & Maçãs (2003), e assumir uma posição neutral de forma a fazer funcionar o mercado livre e que esse disponibilize de forma acessível os bens a todos os cidadãos.

A criação das Entidades Reguladoras Independentes resulta do recuo do Estado como interveniente na atividade económica, aliado à tendência mundial e europeia de "desgovernamentalização", como refere Moreira & Maçãs (2003), e da especificidade técnica que o setor regulado exige. Vista, muitas vezes, como o quarto poder do Estado, a regulação é, de acordo com Gonçalves (2006), uma atividade administrativa e que pode ser assumida, quer por instituições ou organismos pertencentes à Administração tutelada, quer à chamada Administração Indireta Independente (Andrade 2017, p. 119).

O caso da Entidade Reguladora da Saúde, criada pelo Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro, é, para a nossa análise, particularmente interessante porquanto essa entidade surge claramente com o objetivo de endereçar soluções para as falhas de mercado, como as demais entidades reguladoras para os setores referidos, em particular para a existência de externalidades, como defende Neves (2017).

Na circunstância de que o Estado intervém fortemente nesse setor, por meio do Serviço Nacional de Saúde, e que mantém uma relação de colaboração com o setor privado e cooperativo, leva-nos a equacionar se não poderia o papel da CNPDPCJ identificar-se com a função reguladora ou, até, eventualmente, transformar-se numa Entidade Reguladora Independente.

Definida como uma pessoa coletiva de direito público, com autonomia administrativa e património próprio, que funciona no âmbito do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (cf. n.º 2, do artigo 2.º, do DL n.º 139/2017, de 10 de novembro, que alterou o DL n.º 159/2015, de 10 de agosto), a Comissão Nacional apresenta-se, dessa forma, com autonomia administrativa e patrimonial. Ainda que especificadas as autonomias administrativa e patrimonial, o grau de autonomia da Comissão Nacional não se esgota aí: reconhece-se, desde logo, a autonomia jurídica, financeira, disciplinar interna e autonomia de orientação ou autodeterminação, dimensões identificadas por Dias & Oliveira (2017). Ainda que essas autonomias, normativas e substantivamente identificadas, não dotem a Comissão Nacional da intencional independência conferida às Entidades Reguladoras, não é despicienda essa análise, porquanto não difere muito da personalidade jurídica conferida a essas entidades, sobretudo, no que respeita aos seus poderes.

Ao analisarmos as competências da Comissão Nacional, verificamos que, genericamente, essas coincidem com as competências que são atribuídas às entidades reguladoras:

- 1) *(quasi) Regulamentação – Compete à Comissão nacional: a) ser ouvida nas alterações legislativas que respeitem as matérias relativas à sua missão; b) ser consultada sobre projetos de diplomas em matéria de infância e juventude; i) concertar a ação de todas as entidades públicas e privadas, estruturas e programas de intervenção na área da promoção dos direitos e da proteção das crianças e jovens, de modo a reforçar estratégias de cooperação e de racionalização de recursos, para o efeito, emitir recomendações; l) formular orientações e emitir diretivas genéricas relativamente ao exercício das competências das CPCJ (n.º 2 do art.º 3.º do DL n.º 159/2015, alterado pelo DL n.º 139/2017, de 10 de novembro);*
- 2) *Supervisão/ Fiscalização – j) acompanhar, apoiar e promover mecanismos de supervisão (...); k) Auditar as CPCJ, de acordo com o disposto no artigo 33.º da Lei de proteção de Crianças e Jovens em Perigo; o) participar na execução de inspeções à atividade das CPCJ, promovidas pelo Ministério Público e a seu requerimento; p) participar anualmente*

um encontro de avaliação da atividade das CPCJ (...) (n.º 2 do art.º 3.º do DL n.º 159/2015 alterado pelo DL n.º 139/2017, de 10 de novembro);

3) Resolução de Conflitos – as comissões de proteção dispõem de registo de reclamações; as quais são remetidas à Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Jovens, para apreciação da sua motivação, realização de diligências ou emissão de recomendações no âmbito das respetivas atribuições de acompanhamento, apoio e avaliação (n.º 1 e 2, do art.º 13.º-B, da LPCJP);

4) Incentivo, Guidance, informação e formação – e) solicitar estudos de diagnóstico e de avaliação das necessidades de medidas e respostas sociais existentes ou a promover (...); j) acompanhar, apoiar e promover mecanismos de supervisão e proporcionar formação especializada às CPCJ, com vista a melhorar a qualidade da sua intervenção; n) contribuir para a organização e operacionalizar a intervenção eficaz das entidades com competência em matéria de infância a juventude (n.º 2 do art.º 3.º do DL n.º 159/2015, alterado pelo DL n.º 139/2017, de 10 de novembro).

6. Conclusões

Globalmente, a preocupação com a salvaguarda dos direitos da criança e o reconhecimento enquanto sujeito de direitos é uma realidade relativamente recente, introduzida pela Convenção sobre os Direitos da Criança, publicada pela Organização das Nações Unidas, em 1989, em resultado da influência do pensamento científico produzido no período pós Segunda Guerra Mundial. Trata-se de um documento jurídico imprescindível para a promoção dos direitos das crianças, que obriga os estados-parte a criar um mecanismo que garanta a proteção das crianças e que, sendo vinculativo, utiliza o Comité para os Direitos da Criança como instrumento de verificabilidade.

Apesar da quase consensualidade mundial em torno do reconhecimento da "criança" como "sujeito de direito", estamos seguros em afirmar que são diferentes os graus e formas como esses direitos são garantidos por/em cada país que ratificou aquele documento. Contribui para essa certeza o *KidsRights Index*, publicado anualmente. A partir desse documento pudemos constatar que Portugal está razoavelmente bem posicionado como país ocidental, desenvolvido e membro da União Europeia.

Contribuí para esse bom posicionamento a forma como Portugal garante a todas as crianças o direito à saúde. Reconhecemos, no entanto, que, tal como outros países europeus bem posicionados neste "Index", o atual contexto social e político poderá não ser o mais adequado para a introdução de novas políticas sociais que elevem, ainda mais, os direitos da criança.

O Sistema de Proteção assume-se como um sistema desjudicializado, descentralizado e como um modelo de governação baseado na Governance (Governança). Assenta na tríplice intervenção Social, Administrativa e Judiciária (subsidiária), do menos para o mais formal, e, conseqüentemente, maior coercibilidade. Trata-se de um sistema complexo, que em cada um dos três patamares exige uma permanente colaboração no sentido mais completo que a Governance nos trouxe.

Com foco especial no papel da Saúde, sublinhamos a relevância do contributo resultante da criação do SNS e da aposta desse nos cuidados materno-infantis, nos quais se inclui o Plano Nacional de Vacinação, que contribuiu decisivamente para a redução da taxa de mortalidade infantil.

Já na vigência do atual Sistema de Proteção, destacamos a essencialidade do papel do SNS e da DGS com a preocupação de dotar os Centros de Saúde e os Hospitais de Núcleos de intervenção junto de crianças em perigo para, dessa forma, agir e atuar de forma organizada e coerente como Entidade Competente em Matéria de Infância e Juventude e, conseqüentemente, limitar e reparar os efeitos do maltrato na infância, que a literatura da especialidade ao dissertar sobre o assunto relata que o que acontece na infância, afinal, não fica na infância.

Sob uma ótica de melhoria constante de um Sistema de Proteção de Crianças em Perigo axiológica e teleologicamente relevante, demos nota de que ainda existe um efeito característico da forte departamentalização da Administração Pública e que, por isso, seria adequado reforçar os poderes da CNPDPCJ ou transmutá-la em Entidade Reguladora do Sistema de Proteção de Crianças em Perigo, com o intuito de fazer com que, desde logo, o conjunto de Entidades com competência em matéria de Infância e Juventude, no qual já incluímos a Saúde, atue mais como organismo indivisível.

7. Nota

4-Manual de circulação interna (não editado), divulgado diretamente da CNPDPCJ às CPCJ, desde 2018.

8. Referências

ACEVEDO, S.; DASSEN, N. **Institutions for Innovation for Better Management The Contribution of Public Innovation Labs**. 2016.

ALBERTO, I. **Maltrato e trauma na infância**. Coimbra: Almedina, 2006.

BILHIM, J. **Nova governação pública e meritocracia**. Sociologia, Problemas e Práticas, v. 84, p. 9–25, 2017.

CARAPETO, C.; FONSECA, F. **Administração Pública – Modernização, Qualidade e Inovação**. 3.ª Edição ed. Lisboa: Edições Sílabo., 2014.

CORREIA, P. M. A. R. *et al.* **Fatores potenciadores da atratividade das instituições de ensino superior: um estudo de caso das universidades públicas portuguesas**. Synesis, v. 11, n. 2, p. 148–176, 2019.

CORREIA, P. M. A. R. C.; MENDES, I. DE O.; BILHIM, J. A. DE F. **As Redes de Colaboração como Fator Inovador na Implementação de Políticas Públicas: Um Enquadramento Teórico com Base na Nova Governação Pública**. Lex Humana, v. 11, n. 2, p. 143–162, 2019a.

CORREIA, P. M. A. R.; MENDES, I. DE O. **O impacto dos determinantes da inovação na geração de ideias no Ensino Superior: a perceção dos estudantes como evidência**. Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, v. 35, p. 109–133, 2018.

_____. **A importância da colaboração e cooperação como fator potenciador da nova governação ao nível local: uma análise comparada**. Lex Humana (ISSN 2175-0947), v. 11, n. 1, p. 110–128, 2019b.

CORREIA, P. M. A. R.; MENDES, I. DE O.; FREIRE, A. F. L. **The Importance of Organizational Values in Public Administration: a Case Study Based on the Workers' of a Higher Education Institution Perception**. Revista del CLAD Reforma y Democracia, v. 73, p. 228–260, 2019.

HAVERI, A. **Complexity in local government change: Limits to rational reforming**. Public Management Review, v. 8, n. 1, p. 31–46, 2006.

OSBORNE, S. P.; RADNOR, Z.; NASI, G. **A New Theory for Public Service Management? Toward a (Public) Service-Dominant Approach**. American Review of Public Administration, v. 43, n. 2, p. 135–158, 2013.

PRESSMAN, J. L.; WILDAVSKY, A. **Implementation: How great expectations in**

Washington are dashed in Oakland; Or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation. 3.0 ed. [s.l.] Univ of California Press, 1984. v. 708.

RITTEL, H.; WEBBER, M. **Dilemmas in a General Theory of Planning**. Policy Sciences, v. 4, n. 2, p. 155–169, 1973.

SØRENSEN, E.; TORFING, J. **Enhancing Social Innovation by Rethinking Collaboration**, Leadership and Public Governance. Social Frontiers, p. 1–12, 2013.

COMITÊ DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL DE MINAS GERAIS: TRAJETÓRIA

Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar (SES-MG)¹

Nayara Clara Lopes Moreira (SES-MG)²

Livia Maria Gomes Lopes (SES-MG)³

Camila da Silveira Santos (SES-MG)⁴

1. Introdução

Os comitês de morte materna surgiram no início da década de 1930, em alguns estados dos Estados Unidos da América, e, duas décadas depois, o Reino Unido constituiu seus comitês como uma ferramenta para a identificação de medidas para a prevenção desses óbitos. Na América Latina, os comitês surgiram no final da década de 1980 e os compromissos assumidos na Conferência Internacional sobre a Maternidade sem Risco, realizada em Nairóbi, em 1987, e na 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana, em Washington, em 1990, foram decisivos para que em nosso continente fossem instituídas políticas específicas para a saúde da mulher, bem como para a organização de sistemas de vigilância do óbito materno (Bittencourt; Dias; Wakimoto, 2013).

No Brasil, em 1987, o Ministério da Saúde incluiu a implantação dos comitês de mortalidade materna dentro do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que propunha a integralidade do cuidado à mulher e a redução da morbimortalidade no período gravídico (Bittencourt; Dias; Wakimoto, 2013; Brasil, 2009c).

Já a implantação dos Comitês de Mortalidade Infantil e Fetal ocorreram a partir de 1995, juntamente com a criação do Projeto de Redução da Mortalidade Infantil. O Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal foi publicado, em 2004, pelo Ministério da Saúde, preconizando a ampliação, a mobilização e o comprometimento dos gestores e profissionais de saúde para a organização de um sistema de acompanhamento dos óbitos com maior potencial de prevenção (Brasil, 2009c).

1- Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais.

2- Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais.

3- Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais.

4- Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais.

Os Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, que podem funcionar, do ponto de vista organizacional, separados ou unificados, contam com a participação de instituições governamentais e da sociedade civil organizada, têm o caráter educativo e formativo, atuam de forma sigilosa, visando a qualidade da assistência à saúde prestada à gestante, ao parto e ao nascimento e à criança no primeiro ano de vida, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção nas causas de morte (Brasil, 2009c).

2. Objetivo

Descrever a trajetória, as atividades desenvolvidas e os desafios da atuação do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CEPMMIF) de Minas Gerais.

3. Desenvolvimento

3.1 Histórico do CEPMMIF de Minas Gerais.

A estratégia de análise dos óbitos maternos de forma qualificada foi iniciada no estado de Minas Gerais (MG), em 1995. A Resolução SES 098/95, de 30 junho de 1995, determinou a criação de comitês de prevenção da morte materna no âmbito estadual e nas Unidades Regionais de Saúde, ligados diretamente à Secretaria de Estado de Saúde de MG (SES-MG). Em 2004, por meio da Resolução SES 589, de 26 de outubro de 2004, foram constituídos os Comitês Municipais e Hospitalares de Prevenção da Mortalidade Materna e a Resolução 590, e, na mesma data, criaram-se os Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Hospitalares de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal. Esses comitês foram bastante atuantes até o final da primeira década dos anos 2000, mas, a partir daí, passaram a ter atuação menos ativa.

Em 2013, a SES-MG instituiu o Grupo de Trabalho para Redução da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil, por meio da Ordem de Serviço SES/MG N° 788/2013. No mesmo ano, retomou a implantação dos comitês como estratégia consolidada para a redução da mortalidade materna e infantil, publicando a Resolução SES/MG nº 4.031, de 19 de novembro de 2013, que unificou os Comitês de Prevenção de

Mortalidade Materna e os de Prevenção de Mortalidade Infantil, criando um Comitê único de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal para integrar as ações de promoção, prevenção e acompanhamento da assistência à saúde da gestante, parturiente, puérpera, recém-nascido e criança até um ano de vida. Em novembro de 2015, essa resolução foi revista e atualizada e publicadas a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.226, de 18 de novembro de 2015, e a Resolução SES/MG nº 5.016, de 18 de novembro de 2015, trazendo, como principais mudanças, a possibilidade de municípios de pequeno porte, de uma mesma região, se agruparem e constituírem um comitê compartilhado; o enfoque nas vulnerabilidades dos diferentes grupos sociais; a criação de uma secretaria executiva como órgão permanente com composição, finalidades e atribuições definidas em Regimento Interno e a racionalização da composição dos comitês, alterando "composição mínima" por composição preferencial. As alterações foram realizadas com o propósito de facilitar a implantação, a atuação e os processos de trabalho dos comitês nos diversos níveis. Por fim, em 19 de outubro de 2022 foram aprovadas a DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.963/2022 e a RESOLUÇÃO SES Nº 8.378/2022, que redefinem a organização dos Comitês Estadual, Regionais, Municipais, Compartilhados e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal e dá outras providências. A atualização das normativas do Comitê se deu em função da necessidade de atualização das representações vinculadas, direta ou indiretamente, aos cuidados da mulher e da criança, e que tenham competência técnica para cumprir e dar encaminhamentos na sua área de atuação.

De acordo com essas normativas, são finalidades do Comitê:

- I - analisar os óbitos maternos, infantis e fetais com o objetivo de identificação de fatores de evitabilidade;
- II- avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher e à criança para subsidiar as políticas públicas;
- III- elaborar propostas de medidas de intervenção para redução desses óbitos.

O CEPMMIF de Minas Gerais é composto por membros indicados, convidados e natos - esse último grupo composto por referências técnicas da SES-MG das áreas envolvidas na gestão do cuidado materno infantil, denominado Secretaria Executiva. A Secretaria Executiva realiza reuniões técnicas semanais para a discussão dos óbitos maternos, infantis e fetais. Para as reuniões são convidados representantes da vigilância do óbito e da assistência das Unidades Regionais de Saúde, dos municípios de residência e das instituições de ocorrência do parto e óbito, bem

como membros dos comitês desses territórios. Os objetivos são a qualificação dos dados da Declaração de Óbito (DO) no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), a identificação das fragilidades, a classificação da evitabilidade e a construção de recomendações a serem implementadas nos diversos pontos do cuidado em saúde, incluindo revisão dos processos de trabalho, fluxos assistenciais, capacitações específicas, bem como ações intersetoriais, que envolvam melhorias na qualidade de vida das mulheres e crianças. Após cada reunião é emitido um documento com a síntese da discussão dos casos e as recomendações. Esse documento é enviado para a referência do comitê regional, para as providências de ações e divulgações junto aos municípios, sendo realizado acompanhamento das ações recomendadas.

As reuniões da secretaria executiva são realizadas desde 2016 nas dependências da Cidade Administrativa de Minas Gerais e contam, na maior parte das vezes, com a participação apenas dos membros natos do Comitê Estadual e, eventualmente, são realizadas por meio de videoconferência com a presença de representantes da Unidade Regional de Saúde e municípios de residência e ocorrência do óbito. A partir de 2020, em decorrência da emergência sanitária pela COVID-19, foi necessária a utilização sistemática de plataformas de reunião on-line para a realização de reuniões remotas, o que permitiu maior participação dos representantes, em especial, das equipes da Atenção Primária e das instituições hospitalares nas reuniões. Também são realizadas reuniões ordinárias mensais, com a participação de todos os membros do Comitê, com a finalidade de mobilizar os diversos setores da sociedade envolvidos com a saúde da mulher e da criança, para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

3.2 Vigilância do óbito

Os óbitos maternos, infantis e fetais constituem um importante problema de Saúde Pública no mundo, principalmente, nos países mais pobres, e permanecem como um desafio. A análise da situação da mortalidade materna, infantil e fetal é o produto de um processo que se inicia com o preenchimento da declaração de óbito (DO) e da declaração de nascido vivo (DN), o registro em seus respectivos sistemas: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascido Vivo (SINASC) e a coleta de dados acerca do óbito - denominada investigação epidemiológica. A DO (documento padronizado internacionalmente), baseia o conhecimento sobre as causas do óbito, considerando a Classificação Internacional

de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10). No Brasil, a DO serve como fonte de dados para alimentar o SIM.

A Vigilância dos óbitos maternos, infantis e fetais no Brasil foi instituída como uma das estratégias para o enfrentamento da mortalidade materna, infantil e fetal. A Portaria GM n. 1119, de 05/06/2008 (BRASIL, 2008), regulamentou a vigilância dos óbitos maternos e de mulheres em idade fértil, e a Portaria de n. 72, de 11/01/2010 (Brasil, 2010), a vigilância dos óbitos infantis e fetais. Alguns documentos guiam o exercício dessa atividade, sendo eles o Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno (Brasil, 2009b) e o Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal, dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (Brasil, 2009c). Vale ressaltar, que esses documentos são revisados periodicamente e, inclusive, estão em nova fase de revisão por parte do MS.

As atividades de Vigilância de Óbitos Materno, Infantil e Fetal são uma das estratégias que contribuem no cuidado da saúde da mulher e da criança. A Vigilância do óbito é desenvolvida pela Vigilância Epidemiológica, como uma das ações da Vigilância em Saúde. A execução de ações em Vigilância em Saúde tem como objetivo proporcionar o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva - informações importantes para subsidiar as recomendações e as medidas de prevenção e controle das doenças e do óbito.

A investigação epidemiológica, uma das ações de Vigilância de óbito, é o estudo de campo realizado com base nos óbitos notificados no SIM. Destina-se a compreender as circunstâncias em que o evento ocorreu e avaliar as implicações para a saúde coletiva. É realizada a partir de consultas em prontuários ambulatoriais, hospitalares e entrevista domiciliar. Tem como objetivos: identificar as causas do óbito, determinar o perfil de mortalidade e basear a adoção de medidas de prevenção e controle. É uma atividade de fundamental importância para o processo de decisão-ação da vigilância.

A vigilância do óbito é uma reconhecida estratégia de gestão e possibilita o planejamento de intervenções direcionadas aos principais problemas e às barreiras assistenciais do Sistema de Saúde, contribuindo para a redução de mortes evitáveis (Oliveira *et al.*, 2017). A partir das informações levantadas pela investigação epidemiológica os Comitês de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal discutem as circunstâncias de ocorrência dos óbitos, avaliam a possibilidade de sua evitabilidade e propõem medidas de intervenção para a prevenção de novas ocorrências.

O CEPMMIF de Minas Gerais trabalha em estreita parceria com a Coordenação de Vigilância de Óbitos da SES/MG e, juntos, desenvolvem um intenso trabalho direcionado à qualificação das informações no SIM/SINASC e, eventualmente, outros sistemas de informações. Especialmente, no que diz respeito aos óbitos maternos, o Comitê Estadual analisa todos os casos residentes no estado. É fundamental que os Comitês sejam estaduais, regionais ou municipais e estejam articulados à Vigilância Epidemiológica local, dado que os Comitês trazem uma importante contribuição para a qualificação das informações em saúde. Isso se dá tanto por meio do estímulo à correção das estatísticas oficiais, a partir da análise e discussão dos óbitos, quanto no estímulo aos profissionais para o registro adequado das declarações de óbitos, declarações de nascidos vivos, entre outros documentos formais de notificação. Tais documentos compõem as estatísticas vitais, que são utilizadas nos sistemas de informação para o diagnóstico situacional, planejamento e avaliação das ações.

Os sistemas de informação, a exemplo do SIM e do SINASC, permitem o cálculo de indicadores importantes para o conhecimento da realidade acerca da mortalidade em determinado território e período. Assim, a cobertura, a completude e a correção dos dados são importantes para a precisão das estatísticas de mortalidade e imprescindível para o aperfeiçoamento das políticas e programas de saúde voltados para a redução da mortalidade materna e infantil. Comitês atuantes são capazes de dar visibilidade às questões da assistência materno-infantil.

3.3 Macro atividades geradas pela atuação do Comitê

Valores elevados da Razão de Morte Materna (RMM) e da Taxa de Mortalidade Infantil refletem as condições de vida, as desigualdades sociais, a ausência ou a fragilidade de políticas sociais e de leis que garantam os direitos de cidadania e a participação social, além de estarem associados a uma inadequada prestação de Serviços de Saúde às mulheres e às crianças, envolvendo desde o planejamento reprodutivo e a assistência pré-natal até o parto e o puerpério. Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, denominados de "determinantes sociais em saúde", influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco à população (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Estratégias para redução da RMM e da TMI devem ser adotadas no âmbito federal, estadual, municipal e local e os Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal são excelentes instrumentos para avaliação e subsídio das ações

de assistência à saúde materna, fetal e infantil. Faz-se, também, necessário, que as estratégias da gestão de políticas públicas de saúde para o enfrentamento à mortalidade desse público estejam alinhadas com as recomendações do Comitê para que, a partir de evidências, sejam mais assertivas.

Desde a reorganização do CEPMMIF de Minas Gerais, em 2015, são publicados, anualmente, relatórios com os dados do perfil epidemiológico da mortalidade materna, infantil e fetal no estado de Minas Gerais. São produzidas informações sobre a distribuição dos óbitos por Macrorregião e Unidade Regional de Saúde de Minas Gerais, as causas básicas dos óbitos, as variáveis sociodemográficas (raça/cor, estado civil, faixa etária, escolaridade), a série histórica dos óbitos, os percentuais de investigação e, por fim, as recomendações referentes às estratégias para impactar na diminuição desses óbitos. Resumidamente, tais relatórios vêm sinalizando: 1) não redução da Razão de Morte Materna nos últimos anos, com grandes diferenças regionais; 2) hemorragias obstétricas como causa mais prevalente da mortalidade materna; 3) necessidade de qualificação das consultas pré-natal e da assistência obstétrica; 4) alta frequência de óbitos maternos e de crianças com até um ano de idade classificados como evitáveis.

Segundo Paim e Teixeira (2006), política de saúde é a resposta social de uma organização diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, à distribuição, à gestão e à regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente.

Assim, em consonância com as investigações epidemiológicas, as análises e as recomendações do CEPMMIF de Minas Gerais, foi aprovado o Plano de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil do Estado de Minas Gerais, por meio da DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 3.564, DE 21 DE OUTUBRO DE 2021, e alterado pela DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 3.791, DE 19 DE ABRIL DE 2022, com a finalidade de reduzir o número de óbitos maternos e infantis por causas evitáveis em todo o território estadual, no período de 2021 a 2023. Nesse plano foram definidas 4 áreas estratégicas: 1) Prevenção da gravidez não desejada ou não planejada e suas complicações; 2) Acesso universal a serviços de qualidade na rede de Atenção à Saúde; 3) Qualificação dos profissionais da saúde e (4) Mobilização social e comunicação.

A gestão de todas as ações e Serviços de Saúde deve ser solidária e participativa entre os entes da Federação, as instituições de ensino e pesquisa e os diversos setores da sociedade envolvidos com a saúde da mulher e da criança, contribuindo

para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal. Dessa forma, considerando a área estratégica de Mobilização Social presente no Plano de Enfrentamento, ponderamos que as ações de visibilidade não se restringem à SES-MG, mas, também, se referem, dentre outros, aos membros indicados do CEPMMIF de Minas Gerais, para que, dentro das suas áreas específicas, possam contribuir com o Enfrentamento da Mortalidade Materna e Infantil, e é nessa perspectiva que se encontra o Projeto Mellyssa do Centro de Ações Operacionais (CAO-Saúde) do Ministério Público de Minas Gerais.

Para a gestão 2023-2026, a SES-MG elencou, como um dos projetos prioritários externos, a redução das mortes maternas e infantis, com a meta de alcançar, em 2026, uma Razão de Mortalidade Materna de 30 mortes por 100.000 nascidos vivos e uma taxa de mortalidade infantil de um dígito.

Em agosto de 2022, o CEPMMIF de Minas Gerais, em parceria com a Coordenação de Vigilância de Óbitos da SES/MG, promoveu a Capacitação para Investigação Epidemiológica e Análise de Óbitos Maternos e Infantis na população indígena. O evento ocorreu após conversas com o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), Minas Gerais e Espírito Santo, acerca da magnitude da mortalidade materna e infantil na população indígena e a necessidade de melhoria do processo de investigação dos óbitos e maior atuação nos Comitês de Mortalidade. O público-alvo foram os profissionais atuantes nos DSEI e a representação de técnicos das Unidades Regionais de Saúde com território indígena em sua área de abrangência. O evento foi realizado nos dias 09, 10 e 11 de agosto, na Cidade Administrativa, e teve uma carga horária de 20 horas. Os debates do evento resultaram na inclusão de representação de área técnica do DSEI/MG como membros do Comitê Estadual e Comitês Regionais na nova DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.963/2022 e a RESOLUÇÃO SES Nº 8.378/2022. Ainda, como fruto dessa ação, está em fase final de formalização do Grupo Técnico de Vigilância do Óbito do DSEI MGES que será, em parceria com o CEPMMIF, responsável por realizar nos territórios específicos as capacitações e oficinas para o monitoramento e discussão dos casos de óbitos dessa população.

A implantação e atuação dos Comitês Regionais, Municipais, Compartilhados e Hospitalares é heterogênea no estado, sendo persistentes as dificuldades em muitos locais. Como estratégia para o fortalecimento dos Comitês nos diferentes níveis, o CEPMMIF de Minas Gerais tem planejado, para o ano de 2023, a realização de um curso de Formação Continuada para Comitês de Mortalidade. O projeto consiste em realizar, em datas programadas, uma transmissão ao vivo e a interação com os participantes com temas de interesse para profissionais atuantes em

Comitês. A proposta inclui temas como implantação, trajetória e experiência de um Comitê, investigação e análise do óbito, fragilidades mais comuns encontradas na Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada das Instituições Hospitalares, abordagem da hipertensão e hemorragia obstétrica, entre outros. Toda a programação será gravada e mantida disponível, para serem acessadas no canal oficial da SES-MG.

Em parceria com o Setor de Vigilância do Óbito do nível central, o CEPMMIF participou da construção dos Painéis Temáticos da Mortalidade Materna e da Mortalidade Infantil de Minas Gerais, disponíveis no Portal da Vigilância em Saúde de Minas Gerais. Esses painéis são de acesso aberto e apresentam os dados epidemiológicos acerca dos óbitos maternos e infantis no estado, dando visibilidade social ao tema, além de poderem contribuir para o aprimoramento da gestão, uma vez que permitem expor de forma objetiva os dados em níveis regionais e municipais.

3.4 Desafios

Desde a sua implantação, o CEPMMIF de Minas Gerais visa contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada às mulheres e às crianças, em busca de identificar os óbitos evitáveis e recomendar estratégias necessárias para contribuir com a redução da mortalidade materna e infantil. Porém, persistem desafios: ausência de um profissional médico pediatra, o que compromete as análises dos óbitos infantis no Comitê Estadual; comitês não atuantes em nível regional e/ou municipal e pouca valorização ou reconhecimento dos profissionais atuantes em comitês; dificuldades em nível regional/municipal de disponibilidade de equipe técnica para atuar ativamente nos comitês; fragilidade dos processos de investigação dos óbitos em muitos territórios e pouca valorização da Equipe de Vigilância de Óbitos; dificuldades na implantação ou implementação das recomendações realizadas; pouca visibilidade do trabalho realizado pelos Comitês Regionais e Municipais.

4. Considerações finais

O CEPMMIF de Minas Gerais tem desempenhado um importante papel entre as estratégias com vistas à redução da mortalidade materna e infantil, evento complexo e multifatorial. Alguns desafios permanecem, no entanto, significativos frutos têm sido gerados em decorrência do trabalho desenvolvido pelo Comitê Estadual,

dos quais se destaca a manutenção da saúde materna e infantil na agenda política da gestão estadual, que é um dos pilares essenciais para o alcance do objetivo da prevenção das mortes evitáveis. Ainda, se faz necessário o reconhecimento político e institucional da relevância das funções dos Comitês. Os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal têm uma função, essencialmente, educativa e podem, potencialmente, contribuir na melhoria das práticas de atenção à gestante, à puérpera e à criança, promover ações de educação em saúde, qualificar as informações referentes aos sistemas oficiais de informação, além de recomendar medidas de intervenção para prevenir óbitos evitáveis.

5. Referências

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo; DIAS, Marcos Augusto Bastos; WAKIMOTO, Mayumi Duarte. **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz EAD/Ensp, 2013. Disponível em: https://ensp.fiocruz.br/vomif/assets/pdf/material/livro_texto.pdf . Acesso em: 31 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 104 p.: il – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008**. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. 1a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010**. Dispõe sobre a regulamentação da Vigilância de Óbitos Infantis e Fetais. Diário Oficial da União, Brasília (DF), n. 7, 11 jan. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009c.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2007, v. 17, n.1.

OLIVEIRA, C. M. *et al.* **Avaliação da vigilância do óbito infantil: estudo de caso**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, v. 1, n. 4, p.801-815, Dez.2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000400801&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2023.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. S. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Rev. Saúde Pública, 40 (N Esp): 73-8, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400011>. Acesso em: 21 jul. 2023.

COMO O MINISTÉRIO PÚBLICO PODE CONTRIBUIR PARA O ENFRENTAMENTO À MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL?

Luciano Moreira de Oliveira (Ministério Público de Minas Gerais)¹

1. Introdução

Nos debates sobre as metas, os avanços e os retrocessos das sociedades e dos países, é comum que o mundo seja dividido entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento econômico. Por outro lado, acompanhamos a imprensa noticiar reuniões de grupos ou blocos que congregam os países mais desenvolvidos do mundo. Além disso, nos noticiários econômicos, os analistas preocupam-se com o desenvolvimento econômico investigado a partir de dados como crescimento ou retração do Produto Interno Bruto – PIB – e, por vezes, mencionam a riqueza de um país retratada por meio do PIB per capita.

No entanto, é possível dizer que crescimento econômico e desenvolvimento estão diretamente atrelados? São imediatamente correspondentes? Variam na mesma proporção? É possível haver crescimento econômico sem o correspondente desenvolvimento para a população de um país?

Embora essas perguntas mereçam ser respondidas com a devida propriedade pelo campo da Economia, aqui, neste trabalho, esclarecemos que Amartya Sen (2010), ao abordar o tema do desenvolvimento, faz importantes alertas e propõe reflexões sobre as relações entre aquele conceito e temas como riqueza e renda. Assim, o autor parte do princípio de que não é a riqueza aquilo que os seres humanos buscam diretamente. Na verdade, renda e riqueza são meios utilizados para se alcançar bens e executar atividades que são desejados e positivamente valorados (Sen, 2010)². Ademais, serviços de saúde e educação, lazer e cultura, entre outros, são essenciais para que possamos alcançar qualidade de vida e desenvolver nossas potencialidades, para fruir uma vida que valha a pena. Enfim, ter autodeterminação e autonomia plenas (Sen, 2010; Sen 2011)³.

Dessa forma, o desenvolvimento de uma sociedade, especialmente quando apro-

1. Doutor em Direito Público pela Universidade de Coimbra, Portugal. Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG. Especialista em Direito Sanitário pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Bacharel em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais. Promotor de Justiça do Ministério Público de Minas Gerais, onde exerce a função de coordenador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde - CAO-Saúde.

ximamos nosso olhar das pessoas que singularmente convivem em determinado meio social, não pode ser retratado a partir da fria consideração da evolução ou involução do PIB ou PIB per capita (Sen, 2010). É necessário indagar se a sociedade ou país considerado consegue proporcionar a cada um as condições para que possa desenvolver suas aptidões ou capacidades para integrar e participar efetivamente do convívio social e, com isso, disfrutar de uma liberdade verdadeira (Sen, 2010)⁴.

Satisfazer as necessidades em saúde da população e proporcionar condições para que as pessoas possam atingir bom estado de saúde⁵, situação que é condicionante para fruir outros direitos fundamentais, está entre as principais tarefas para se avançar rumo ao desenvolvimento, que, de fato, é um estado resultante de diversos fatores interconectados, procedentes das várias áreas da atividade humana.

A saúde materna e a saúde infantil são temas da mais alta relevância para qualquer sociedade, e os indicadores Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e Razão de Morte Materna (RMM) refletem as condições de vida e o desenvolvimento, sob a perspectiva, aqui, trazida, de uma população. Isso porque mortes de mulheres em idade gestacional e de crianças menores de 1 ano são eventos que decorrem não apenas do acesso e da qualidade de Serviços de Saúde, mas, também, de bens e serviços essenciais para uma vida digna como alimentação e nutrição, moradia, água potável e saneamento, educação, entre outros (Martins; Nakamura; Carvalho, 2020).

A Agenda 2030, proposta pela Organização das Nações Unidas, reúne um amplo conjunto de objetivos e de metas com o intuito de se alcançar um mundo melhor para todos os povos. Nesse documento, são propostos 17 objetivos de desenvolvimento sustentável, que se integram e se influenciam mutuamente, os quais se desdobram em metas específicas para os governos dos países (Organização das Nações Unidas, 2015).

O objetivo nº 3, saúde e bem-estar, tem por escopo "garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades". Dentre as metas propõe-se "reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos" e "acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos" até 2030 (Organização das Nações Unidas, 2015).

O alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável depende da convergência dos poderes e órgãos estatais, do setor econômico e da sociedade em geral. Nesse contexto, no que se refere à promoção da saúde e do bem-estar, ganha destaque

e importância o papel do Ministério Público brasileiro como instituição responsável pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (art. 127, caput, da Constituição). Nessa linha, entre as funções institucionais do Ministério Público, encontram-se os deveres de "zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia" e de "promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos" (art. 129, II e III, da Constituição, respectivamente).

Assim, pretende-se apontar as possibilidades de atuação do Ministério Público voltadas para o enfrentamento à mortalidade materna e infantil, para que cada membro da Instituição possa contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população e para o desenvolvimento de todos e de cada um.

2. A conceituação do campo de atuação: o que se considera mortalidade materna e mortalidade infantil?

Para avançarmos com o objetivo de propor caminhos para a atuação do Ministério Público, voltada para o enfrentamento à mortalidade materna e infantil, inicialmente, se faz necessário termos clareza sobre os conceitos de morte materna e infantil, assim como sobre os correspondentes indicadores. Nessa linha, conceitua-se morte materna o óbito de uma mulher "durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez" (Brasil, 2009, p. 12). Deve-se ter como causa algum fator relacionado ou agravado pela gravidez, não se considerando como tais as causas acidentais ou incidentais "não relacionadas à gravidez e seu manejo" (Brasil, 2009a, p. 12). São as mortes maternas ditas obstétricas.

A incidência de mortes materna é expressa pelo indicador Razão de Morte Materna – RMM –, que consiste no resultado da divisão do número de mortes maternas obstétricas pelo número de nascidos vivos, expresso por 100.000 nascidos vivos (Brasil, 2009a, p. 16).

Considera-se mortalidade infantil o óbito de crianças com menos de 1 ano de idade. O indicador Taxa de Mortalidade Infantil – TMI – expõe o número de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade por 1.000 nascidos vivos (Brasil, 2009b, p. 16).

Em ambos os casos, esses indicadores são úteis para expressar não apenas a atenção à saúde materna e infantil, mas, também, o desenvolvimento socioeconômico, o acesso e a qualidade dos Serviços de Saúde de uma sociedade. Isso porque muitos desses óbitos ocorrem por causas que podem ser diagnosticadas e tratadas por profissionais dos Sistemas de Saúde, mas, não raramente, estão associados a fatores não relacionados diretamente ao setor da saúde, como educação da gestante, renda, acesso a Serviços Públicos essenciais como água tratada, esgotamento sanitário, condições adequadas de nutrição, entre outros, que dizem respeito à população em geral (Martins; Nakamura; Carvalho, 2020).

3. Cenários da mortalidade materna e infantil

Cuidar da saúde de gestantes e de bebês, e garantir-lhes acesso a condições essenciais para a vida com dignidade, são imperativos absolutos para sociedades e países que pretendem se afirmar como regimes verdadeiramente democráticos e protetores da cidadania.⁶ Por isso, mortes maternas e infantis deveriam causar grave comoção social, especialmente, quando se observa que a maioria delas poderia ter sido evitada por meio do acesso adequado a políticas públicas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2020, aproximadamente, 800 mulheres morreram por dia por causas evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto. Cerca de 95% das mortes maternas ocorreram em países em desenvolvimento no ano de 2020 (Who, 2023).

A OMS aponta, também, que, em 2020, cerca de 5 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade morreram, sendo que a maioria desses óbitos se deu por condições preveníveis e tratáveis. Aproximadamente, a metade desses óbitos, ou seja, 2,4 milhões, ocorreram entre recém-nascidos, condição essa considerada para crianças com até 28 dias de vida. Embora importantes esforços tenham sido direcionados ao enfrentamento da mortalidade infantil no mundo todo, a África subsaariana mantém TMI de 74/1000 nascidos vivos, ou seja, as crianças desses países têm um risco 14 vezes maior de virem a óbito até 5 anos de vida, que aquelas nascidas na América do Norte ou na Europa (Who, 2022).

No Brasil, e em Minas Gerais, os dados sobre mortes maternas e infantis seguem o padrão mundial de evitabilidade e de disparidade entre regiões. Em 2021, o país registrou 110 mortes maternas para 100.000 nascidos vivos. Esse dado aponta um

crescimento das mortes maternas com grande impacto da pandemia causada pela COVID-19 (Guimarães *et al.*, 2023). Essa RMM representa um retrocesso aos níveis da década de 1990 (Cofen, 2023). Os piores resultados encontram-se nas regiões norte e nordeste do país.

Por outro lado, embora possamos reconhecer os grandes avanços no enfrentamento à mortalidade infantil nos últimos 30 anos, o país ainda não conseguiu avançar para uma TMI de um dígito, taxa que estaria mais próxima dos países desenvolvidos. Para além disso, é especialmente grave saber que mais de 60% dos óbitos ocorrem por causas evitáveis, sendo que grande parte delas são causas sensíveis à adequada atenção à mulher na gestação, ou seja, acompanhamento pré-natal (Brasil, 2023). Não é demais lembrar, que o atendimento pré-natal, como regra, em se tratando de gestação de risco habitual, ocorre na Atenção Primária à Saúde.

Em Minas Gerais, a RMM para 2020 foi de 46,63/100.000, sendo que 94% dos óbitos ocorreram por causas evitáveis ou potencialmente evitáveis. As macrorregiões de saúde leste e nordeste tiveram as maiores RMM (acima de 65/100.000), quase o dobro da registrada pela região centro-sul (34,43/100.000). Por seu turno, a mortalidade infantil em 2020 foi de 10,44/1000, mas variou entre as macrorregiões de saúde, sendo que as macrorregiões leste e nordeste apresentaram as maiores TMI do Estado. Cerca de 64% dos óbitos ocorreram por causas evitáveis (Minas Gerais, 2022).

A partir dos dados expostos, percebe-se que mundialmente, e também em Minas Gerais e no Brasil, as mortes maternas e infantis seguem um padrão de vitimarem, em maior proporção, populações mais vulneráveis e, também, acontecem por causas que seriam evitáveis. Na prática, como conclui Angus Deaton, acerca da mortalidade infantil, muitas mulheres e crianças morrem por eventos que não seriam suficientes para vitimá-las, se tivessem acesso a cuidados que estão disponíveis nos países desenvolvidos, nos grandes centros ou para as populações mais abastadas (Deaton, 2013).

Embora a mortalidade materna e a infantil estejam associadas a determinantes de saúde mais gerais, dentro da competência do setor da saúde, ainda há muito o que pode ser feito para reduzir mortes maternas e infantis em nosso país. Nessa linha, muitas das condições de saúde, que causam óbitos maternos e infantis, podem ser diagnosticadas e tratadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde com a realização adequada do atendimento pré-natal (Brasil, 2022).

Nesse âmbito, dois aspectos devem ser considerados: o acesso e a qualidade da

atenção. Em relação ao acesso, destaca-se que o Ministério da Saúde propõe que as gestantes realizem ao menos 6 consultas pré-natais, sendo a primeira delas até a 12ª semana de gestação. Para além disso, os municípios devem alcançar metas estabelecidas pela União, que podem impactar no financiamento dos Serviços da Atenção Primária à Saúde. Dentre elas, o Programa Previne Brasil prevê que 45% das gestantes de cada município realizem as 6 consultas pré-natais, em que a primeira delas ocorra até a 12ª semana de gestação. Por outro lado, é necessário que os profissionais que conduzam a atenção à gestante observem as diretrizes para o atendimento à gestante e, dentre outras providências, atentem-se para a realização dos exames para diagnóstico de HIV e sífilis e, também, encaminhem a gestante para o atendimento odontológico - medidas que também são acompanhadas e monitoradas pelo Ministério da Saúde no âmbito do Programa Previne Brasil (Brasil, 2022).

4. Atenção Primária à Saúde: uma ilustre desconhecida do Direito Sanitário brasileiro

Há que se reconhecer que, nos últimos 20 anos, a doutrina e a jurisprudência que discutem temas relacionados ao direito à saúde evoluíram muito no Brasil. Temas como a atuação estruturante do Sistema de Justiça em matéria de políticas públicas e as formas fracas de revisão judicial (*weak form judicial review*) começaram a ser discutidos, aqui, com relativo atraso. Ainda assim, atualmente, é possível perceber o amadurecimento dos debates que envolvem os temas sanitários no âmbito do Direito.

Entretanto, percebe-se que os estudos de Direito Sanitário se concentram na análise da eficácia dos direitos fundamentais, mais detidamente do direito à saúde, na discussão sobre as possibilidades e limites para a atuação do Poder Judiciário para a implementação de políticas públicas, face ao princípio da separação de poderes e às prerrogativas do gestor público como tomador de decisão. Ademais, esse debate, via de regra, orienta-se para o campo da assistência farmacêutica e do acesso a procedimentos, áreas que tensionam o dilema entre a concessão da tutela individual e a proteção dos interesses coletivos.

Não se nega a importância do debate sobre os limites para a atuação do Poder Judiciário, nem a relevância da política de assistência farmacêutica e do acesso, em situação de urgência ou emergência, ou programado (demanda eletiva), a proce-

dimentos. No entanto, o olhar concentrado em temas pontuais impede que os operadores do Direito compreendam o funcionamento do Sistema de Saúde, sua racionalidade e as Políticas Públicas que o governam.

Neste ponto, é importante destacar, que a Atenção Primária à Saúde é estratégica e tem papel essencial para se proporcionar acesso à saúde a todas as pessoas com equidade. A Atenção Primária consiste na atenção ambulatorial de primeiro contato, porta de entrada preferencial, principalmente, nos Sistemas de Saúde universais como o Sistema Único de Saúde – SUS. A atenção primária deve estar organizada para atender a maior parte das necessidades de saúde de uma população e para oferecer cuidados que vão da promoção à saúde e prevenção, até ao tratamento e reabilitação, entre outros, ao longo da vida das pessoas. Por meio da formação de vínculos e com competência cultural, a Atenção Primária deve promover ações individuais e coletivas ao longo da vida das pessoas, independentemente da presença de doença ou enfermidade. Ainda, a Atenção Primária exerce a função de filtro e de organizadora dos fluxos para os atendimentos especializados de média ou alta complexidade, na medida em que só deve encaminhar os casos que extrapolem a sua competência e capacidade de resolução. Por fim, a Atenção Primária deve ser coordenadora do cuidado, no sentido de que, mesmo que o usuário seja encaminhado a outro serviço ou atendido em outro ponto de atenção, como nas situações de urgência e emergência, ele deve retornar e seguir sendo acompanhado pela Atenção Primária. Essa lógica de cuidado, além de ser benéfica ao usuário, pois propõe atenção biopsicossocial e medidas de promoção da saúde e de prevenção das doenças, reduz os custos globais dos Sistemas da Saúde (Starfield, 2002).

No Brasil, a estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde é a Saúde da Família – ESF, que consiste em equipes multiprofissionais, compostas, no mínimo, por médico generalista ou de saúde da família, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essas equipes devem se responsabilizar pela população de um território (população adscrita), com a qual devem interagir usando estratégias que venham melhorar a saúde dessas pessoas (Brasil, 2012b).

Em se tratando da mortalidade materna e infantil, a Atenção Primária e a ESF têm um papel essencial para melhorar os cuidados de gestantes e de crianças, seja porque atendem mulheres em idade fértil e grávidas durante o pré-natal, seja porque, regra geral, são responsáveis pelos cuidados de puericultura e outros voltados para as crianças, incluindo, as ações de imunização (Brasil, 2012a).

Como visto, boa parte dos óbitos maternos e, principalmente, dos óbitos infan-

tis, são evitáveis e sensíveis à atenção à gestante. Condições como Hipertensão e Diabetes Gestacional, doenças transmissíveis de mãe para filho, casos de má formação do feto, podem ser prevenidas, diagnosticadas e tratadas durante o atendimento pré-natal, com o uso de recursos disponíveis no SUS.

Dessa forma, percebe-se, aqui, um nível de atenção e uma Política Pública essencial e estratégica para se assegurar, individual e coletivamente, atenção à saúde de qualidade para satisfação das necessidades das pessoas. Assim, velar pela resolutividade da Atenção Primária, buscando que as Unidades de Saúde estejam dotadas de condições estruturais adequadas, recursos materiais e recursos humanos em consonância com as normas sanitárias, acompanhar e monitorar o alcance de indicadores previstos nacionalmente são ações estruturantes que podem contribuir, verdadeiramente, para o fortalecimento do SUS.

No entanto, constata-se que os operadores do Direito, muitas vezes, ignoram a importância da Atenção Primária e seu papel estratégico para o SUS. Não são produzidos, no âmbito acadêmico, estudos e pesquisas que contribuam para o entendimento da Atenção Primária e de outras relevantes políticas públicas que compõem o SUS pelo profissional do Direito. Com isso, embora se reconheça, como já se disse, a evolução do Direito Sanitário brasileiro, percebe-se a enorme lacuna no âmbito desse ramo jurídico, o que poderia contribuir para formar agentes do Sistema de Justiça aptos a agirem concretamente pelo fortalecimento do SUS, seja no exercício de funções de controle, tutela de direitos individuais ou coletivos ou de julgadores de complexas demandas sanitárias.

5. Contribuições do Ministério Público brasileiro para o enfrentamento à mortalidade materna e infantil

O compromisso assumido pelo Brasil ao aderir à Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), em última análise, consiste em um empenho para a transformação da realidade social, com vistas a assegurar a todos as condições para desenvolverem suas potencialidades e viverem com dignidade, livres de privações que lhes tolhem a liberdade como a pobreza e, especialmente, a pobreza extrema (ONU, 2015).

No caso do Brasil, identifica-se a convergência entre os objetivos propostos pela Agenda 2030 e os objetivos estabelecidos para a República Federativa do Brasil, exposto no art. 3º, da Constituição.

Ressalta-se que o alcance das metas propostas em cada um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável obriga e depende do empenho de todos os poderes e órgãos da República, em todos os níveis da federação, assim como da adesão dos demais setores sociais, quais sejam, o setor econômico e a sociedade civil.

Portanto, ao Ministério Público brasileiro, com o perfil institucional que lhe conferiu a Constituição de 1988, incumbe se empenhar, com destacada prioridade, para contribuir para que o país cumpra as metas propostas na Agenda 2030, o que, sem dúvida, proporcionará um ambiente social com mais paz, desenvolvimento, justiça e dignidade para todos.

Nunca é demais lembrar, que ao Ministério Público incumbe a defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis (art. 127, caput, da Constituição), sendo sua missão institucional "zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia" e "promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos" (art. 129, II e III, da Constituição, respectivamente). Por sua vez, a saúde foi reconhecida na Constituição como um direito fundamental entre os direitos sociais (art. 6º). Trata-se de matéria que afeta a todos os entes federados (art. 23, II e art. 30, VII), e constitui responsabilidade do Estado brasileiro (art. 196). Dada toda a sua importância, as ações e Serviços de Saúde, sejam eles públicos e privados, são de relevância pública, como estabeleceu o art. 197. Dessa forma, percebe-se, com clareza, a vocação constitucional do Ministério Público para velar pelo direito à saúde da população, notadamente, fiscalizando e buscando a resolutividade das políticas de saúde.

Nessa linha, no relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, foi proposto que "o Ministério Público seja o tutor da legislação em saúde, da assistência social e do Estatuto da Criança e do Adolescente, fiscalizando sua implantação e execução nos setores público e privado, e tomando as providências cabíveis no caso de descumprimento do texto legal" (Brasil, 1998, p. 17).

Dentro desse importante e amplo mister de velar pelo direito à saúde, a proteção da saúde materna e infantil deve ter prioridade, como determina o texto constitucional (art. 227) e diversos dispositivos legais (e.g. art. 4º do ECA; art. 3º, da Lei nº 13257/16).

Entretanto, concretamente, como pode o membro do Ministério Público contribuir para o enfrentamento à mortalidade materna e infantil?

Inicialmente, no nível do planejamento da ação governamental, é necessário conhecer e acompanhar a implementação dos planos de saúde em todos os níveis da federação e velar para que os instrumentos de planejamento da gestão pública (plano plurianual, lei de diretrizes orçamentárias e lei orçamentária) assegurem os recursos necessários para a promoção das ações de saúde (Lei complementar nº 141/12), inclusive, aquelas voltadas para a proteção dos direitos das gestantes e da primeira infância (art. 4º, parágrafo único, "c" e "d", do ECA).

No nível da execução das políticas públicas da área da saúde, reitera-se que boa parte das mortes maternas e infantis são evitáveis e poderiam ser prevenidas por meio da adequada atenção pré-natal. Esse atendimento pré-natal, na maioria das vezes, por envolver gestantes de risco habitual ou baixo risco, deve ocorrer na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2012a).

Sendo assim, inicialmente, há que se garantir que essas equipes estejam completas, sejam elas Equipes de Atenção Básica ou ESF, e efetivamente disponíveis. É de amplo conhecimento que, uma vez habilitadas, por vezes, há grande rotatividade dos profissionais que as integram, o que prejudica a formação de vínculos com a comunidade, não sendo raro que essas equipes permaneçam incompletas. Para além disso, há situações em que, embora completas, os profissionais que integram essas equipes não permanecem disponíveis conforme as cargas horárias previstas, o que prejudica o acesso da população e a resolutividade da atenção.

Dessa forma, abre-se, aqui, outra possibilidade para a atuação do Ministério Público: fiscalizar e velar pela completude e disponibilidade das equipes da Atenção Primária, verificando a falta de profissionais e sua ausência no dia a dia do trabalho. Práticas como day off, acumulação de vínculos para além da permissão constitucional (art. 37, XVI e XVII, da Constituição) e outras devem ser devidamente combatidas.

Para além disso, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Previne Brasil, monitora e estabelece metas para os gestores públicos, buscando a resolutividade da Atenção Primária à Saúde. Dos indicadores do programa, três estão diretamente ligados à saúde materna e infantil:

- Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação.
- Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.
- Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.

Aqui, uma vez mais, verifica-se a possibilidade de atuação do Ministério Público no exercício de sua função típica de órgão de controle, com vistas a buscar a efetividade de política pública essencial.

Por meio de acesso ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB⁷ –, é possível identificar, por quadrimestre, o desempenho de cada ente federado e verificar o cumprimento das metas estabelecidas. Constatada a discrepância, propõe-se no âmbito de procedimento administrativo para a acompanhamento de política pública:

1. Agendamento de audiência pública ou reunião ampliada (com participação de representantes da gestão, controle social, organizações da sociedade civil e movimentos sociais), para a divulgação dos dados e mobilização.
2. Solicitar aos representantes do município, com base no Tema 698 (Política Pública), RE 684.612-RJ, j. 03.07.2023, fixado pelo Supremo Tribunal Federal, a apresentação de plano para enfrentamento à mortalidade materna e infantil, com ênfase na captação precoce e vinculação das gestantes ao atendimento pré-natal de qualidade.
3. Agendar reunião devolutiva, para o prazo de 90 dias, para discussão, aprovação e definição de estratégia para monitoramento das ações previstas no plano.⁸

Com efeito, reconhece-se que as funções ministeriais de controle da administração pública e proteção do direito fundamental à saúde devem ser conciliadas com a necessária deferência ao protagonismo da gestão pública na concepção e implementação de políticas públicas. No entanto, isso não afasta a possibilidade e a verdadeira necessidade de atuação do Ministério Público brasileiro, por meio de diálogo institucional, com vistas a contribuir para que medidas concretas sejam adotadas para a proteção da gestação e da infância, buscando o alcance de metas previstas em políticas públicas e, em última análise, aquelas estabelecidas na Agenda 2030.

6. Conclusão

A promoção do desenvolvimento e a busca pela garantia de condições para que todos possam florescer e livremente optar pelos modos de vida que são valiosos para si passa, sem dúvidas, por "garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades" (ONU, 2015). Dentro desse universo que

o setor da saúde abrange, há razões morais, sanitárias e jurídicas para que tenhamos como prioridade absoluta reduzir a razão de morte materna e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e de crianças menores de 5 anos.

Os compromissos assumidos pelo Estado brasileiro, por meio da Agenda 2030, não podem ser ignorados por nenhuma instituição pública ou privada de nosso país, muito menos pela sociedade civil. Dessa forma, o Ministério Público brasileiro tem o dever de envidar seus maiores esforços e colaborar para que os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável sejam alcançados.

A par desse motivo geral, o Ministério Público brasileiro tem deveres específicos, estabelecidos no texto constitucional, que lhe impõem uma atuação em *prol* da proteção do direito à saúde e, prioritariamente, da proteção da saúde materna e infantil. Contudo, para além do dever, o Ministério Público brasileiro tem instrumentos e possibilidades para atuar pela melhoria da Atenção à Saúde Materna e Infantil, desde o planejamento e financiamento das políticas públicas, até o acompanhamento e fiscalização de atividades concretas do setor da saúde, que têm impacto direto na saúde materna e infantil.

Por fim, vemos com muito entusiasmo, e nos parece muito promissor, o caminho aberto pelo Supremo Tribunal Federal em relação à implementação de Políticas Públicas, conforme o Tema 698. Embora o precedente se oriente, primariamente, para a atuação do Poder Judiciário, deve servir como farol e orientar, também, a atuação do Ministério Público, que deve enfatizar o diálogo interinstitucional para a proteção dos interesses coletivos no âmbito das Políticas Públicas, inclusive, na tutela do direito à saúde.

7. notas

2. "A utilidade da riqueza está nas coisas que ela nos permite fazer – as liberdades substantivas que ela nos ajuda a obter. Mas essa relação não é exclusiva (...)" (Sen, 2010, p. 28).

3. "(...) o crescimento econômico não pode ser sensatamente considerado um fim em si mesmo. O desenvolvimento tem de estar relacionado sobretudo com a melhora da vida que levamos e das liberdades que desfrutamos." (Sen, 2010, p. 29).

4. "Development (as I have tried to argue in my forthcoming book, *Development as freedom*) has to be primarily concerned with enhancing the lives we lead and the freedoms that we enjoy. And among the most important freedoms that we can have is the freedom from avoidable ill-health and from escapable mortality." (Sen, 1999, p. 620).

5. Evitar a morte prematura e o adoecimento evitável, com vistas a proporcionar que as pessoas alcancem boa saúde devem ser prioridade na concepção e implementação de políticas públicas na visão de Jennifer Prah Ruger, que é uma das principais estudiosas sobre a abordagem das capacidades de Amartya Sen e sua aplicação na área da saúde (Ruger, 2012).

6. Utiliza-se o termo cidadania de forma ampliada, considerando a promoção e a efetiva fruição de direitos civis e políticos, sociais e transindividuais, como forma de se proporcionar condições para o florescimento ou desenvolvimento pessoal. Parte-se, como inspiração, da proposta de T. H. Marshal (1992).

7. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 12 set. 2023.

8. Essa sugestão está alinhada com o precedente julgado pelo Supremo Tribunal Federal e, ademais, reflete a proposta de diálogo

institucional e a utilização de formas fracas de revisão judicial dos atos da administração pública de Mark Tushnet (2009). Na jurisprudência de cortes constitucionais de outros países, verifica-se que essa técnica já foi utilizada com êxito, inclusive, em se tratando de demandas de saúde, como, por exemplo, pela Corte Constitucional da Colômbia (Sentencia T-025/04) e pela Corte Constitucional da África do Sul (Case CCT 8/02, Minister of Health and Others v. Treatment Action Campaign and Others).

7. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2 a 6 de setembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**, v. 53, n. 20, mai. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Saúde Brasil: análise da situação de saúde e uma visão integrada sobre os fatores de risco para anomalias congênitas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

COLOMBIA. Corte Constitucional. **Sentencia T-025/04** [em linha]. (17 jun. 2.004). Disponível em: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-025-04.htm>. Acesso em: 01 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Razão de mortalidade materna no Brasil se equipara à de 25 anos atrás**. Brasília: 14 abr. 2023. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/razao-de-mortalidade-materna-no-brasil-se-equipara-a-de-25-anos_107557.html. Acesso em: 21 jul. 2023.

DEATON, Angus. **The great escape: health, wealth, and the origins of inequality**. Princeton: Princeton University Press, 2013.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça *et al.* **Tracking excess of maternal deaths associated with COVID-19 in Brazil: a nationwide analysis**. BMC Pregnancy Childbirth, v. 23, n. 22, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05338-y>. Acesso em: 21 jul. 2023.

MARSHALL, T.H.; BOTTOMORE, Tom. **Citizenship and Social Class**. London: Pluto

Press, 1992.

MARTINS, Ingra Pereira Monti; NAKAMURA, Cristiane Yumi; CARVALHO, Deborah Ribeiro. **Variáveis associadas à mortalidade materno e infantil:** uma revisão integrativa. *Revista de Atenção à Saúde*, vol. 18, n. 64, p. 149-165, abr./jun. 2020.

MINAS GERAIS. Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais. **Relatório anual de mortalidade materna e infantil**, 2020. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030** para o Desenvolvimento Sustentável [em linha]. Assembleia-Geral das Nações Unidas, 25 de setembro de 2015. [Consult. 17 jul. 2023]. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf> /. Acesso em: 12 set. 2023.

SEN, Amartya. Health in development. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 77, n.8, p. 619-623, 1999.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Trad. Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEN, Amartya. **A ideia de justiça**. Trad. Denise Bottmann e Ricardo Doninelli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SOUTH AFRICA. **Constitutional Court of South Africa. Case CCT 8/02**, Minister of Health and Others v. Treatment Action Campaign and Others. 05 jul. 2002. Disponível em: <http://www.saflii.org/za/cases/ZACC/2002/15.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2020.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2016.

TUSHNET, Mark. **Weak courts, Strong rights:** judicial review and social welfare rights in comparative constitutional law. Princeton: Princeton University Press, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Child mortality** (under 5 years). 28 jan. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-child-under-5-mortality-in-2020>. Acesso em: 18 jul. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Maternal Mortality**. 22 fev. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Acesso em: 18 jul. 2023.



RELATOS

AMBULATÓRIO DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: PROMOÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS ÀS MULHERES

Helisamara Mota Guedes¹,

Fabiana Angelica de Paula¹,

Elaine Vieira Cordeiro²,

Maria Eduarda Amaral Oliveira²,

Vivian Martins Santos²,

Emily Emanuely Souza Figueredo²,

Juliana Augusta Dias³,

Cássia Bianca de Souza Quintão⁴,

Maria do Socorro Pacheco Pena⁵,

Paulo Márcio da Silva⁶,

Wallison Silva Gonçalves⁷

Contextualização e justificativa

O planejamento reprodutivo, descrito pela Lei nº 9.263/1996, é um conjunto de ações que regulamenta a fecundidade, garantindo os direitos iguais previstos na constituição, limitação ou aumento dos filhos pela mulher, pelo homem ou pelo casal. A incidência de gestações indesejadas em países em desenvolvimento, como o Brasil, ainda é alta. Cerca de 25% dessas gestações terminam em abortamento, na maioria das vezes inseguro, levando quase 67 mil mulheres à morte, anualmente, e das que forem levadas a termo, uma parte resultará na não aceitação da criança, levando a importantes repercussões individuais, familiares e sociais (SANTOS, GARCIA, 2018).

Na região de Diamantina-MG apenas 13,2% das mulheres planejam sua gravidez, segundo estudo realizado nos cartões de pré-natal (REIS *et al.*, 2021). Até o ano de 2020, o município de Diamantina ofereceu uma média de 11 inserções do dispositivo intrauterino (DIU) de cobre pelo SUS. Ampliar os métodos contraceptivos de longa duração é uma forma de reduzir as gravidezes não planejadas e, conseqüentemente, as mortes maternas e infantis. Desse modo, o Ambulatório Interdisciplinar de Planejamento Reprodutivo foi implementado, em 2021, com o intuito de atender mulheres e sua (s) parceria (s) em consultas.

1 – Professora do Curso de Enfermagem da UFVJM 2 – Acadêmicas do Curso de Enfermagem da UFVJM 3 – Professora da Faculdade de Medicina da UFVJM 4 – Conselheira do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) 5 – Vice-presidente do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) 6 – Promotor de Justiça da Comarca de Diamantina 7 – Subsecretário de Saúde do município de Diamantina

Objetivo

Oferecer assistência integral e de qualidade, com abordagem interdisciplinar à saúde sexual e reprodutiva, às mulheres e suas parcerias residentes na região ampliada de saúde de Diamantina - MG.

Atividades Desenvolvidas

Os atendimentos são realizados pelos professores do curso de Enfermagem, Medicina, Residentes da Medicina e acadêmicos da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), enfermeiros e médicos do município. As mulheres são encaminhadas via central de regulação, tendo prioridade no atendimento às vulneráveis. Após à consulta, em que ocorre a inserção do DIU, a mulher retorna a partir de 45 dias para revisão do método, que se dá por meio da avaliação clínica e do uso da ferramenta ultrassonográfica. Ao longo de um ano, a mulher é acompanhada via telemonitoramento (com 3, 6 e 12 meses), após a inserção, em que é avaliado o grau de satisfação e a adaptação com o método. Essa atividade é realizada de forma a garantir a assistência contínua e qualificada à mulher. Por WhatsApp a mulher pode tirar dúvidas e relatar queixas, e, se houver necessidade, é realizado o agendamento presencial.

Resultados

Dados do Ambulatório mostraram que, durante o período de junho de 2021 a abril de 2023, foram realizadas 746 consultas com Dispositivos Intrauterinos (DIU), sendo 641 de cobre, e 105 hormonais. Os atendimentos foram distribuídos em: 581 atendimentos em Diamantina, 33 em Couto Magalhães de Minas, 22 em Felício dos Santos, 73 em Guanhães, 9 em Presidente Kubitschek, 28 em São Gonçalo do Rio Preto. Em Diamantina foram realizadas 489 consultas de revisão e, até o momento, nenhuma mulher engravidou com DIU. 98,4% das mulheres ficaram satisfeitas com o método e 99% estão satisfeitas com o atendimento ofertado pelo Ambulatório.

A atuação do Ambulatório foi expandida para outras localidades, com o intuito de capacitar enfermeiras de nove diferentes municípios para consultas clínicas, com foco na inserção do DIU, conforme Resolução 690/2022, do Conselho Federal de

Enfermagem (Cofen). No ano de 2022 foram capacitadas 24 enfermeiras dos municípios de Couto de Magalhães, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Guanhães, Presidente Kubitschek, Rio Vermelho, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves. Os municípios foram escolhidos por fazerem parte da jurisdição do promotor parceiro do projeto. Apenas Rio Vermelho e Guanhães não fazem parte do Vale do Jequitinhonha.

Como desdobramento, o ambulatório recebeu pedidos de outros municípios do Estado de Minas para capacitação, com previsão de início das aulas para o mês de setembro/2023. Com as capacitações, as mulheres têm a opção de sair do hospital no pós-parto com o DIU inserido, sendo uma estratégia de acesso, principalmente, para as residentes nos distritos, comunidades rurais, bem como para mulheres de outros municípios que não oferecem esse serviço. As consultas, também, são ofertadas pelas enfermeiras capacitadas nas estratégias de Saúde da Família, local de vínculo da mulher ao SUS, próximo a sua residência.

Conclui-se que o planejamento reprodutivo é uma das estratégias para redução da mortalidade materna e infantil. O Ambulatório tem se destacado por seu caráter inovador, ao proporcionar acesso das mulheres a um método eficaz e de longa duração.

Referências

SANTOS, N.L., GARCIA E., **O Planejamento Familiar e a Mortalidade Materna por Aborto**. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 43, n. supl. 1, 2019.

REIS, S.N. *et al.* **Adequação da assistência ao pré-natal para mulheres do Vale do Jequitinhonha**, Minas Gerais – Brasil. Mundo da Saúde, v.45, p.130-139, e1202020, 2021.

GRUPO DE GESTANTES – UMS PROFESSOR ALUÍZIO PRATA

Nayara Pegorari Teixeira Freitas¹

Joselene Ferreira da Rocha²

Carla Aparecida Gonçalves Borges Arruda³

Paula da Silva⁴

Contextualização e justificativa

A taxa de mortalidade materna ainda é inacreditavelmente alta. Muitas mulheres, principalmente em áreas com menos recursos, morrem devido a complicações decorrentes da gravidez e do parto, sendo que a maioria dessas mortes poderiam ser evitadas. Segundo dados da Organização Pan-Americana da Saúde, as principais complicações estão relacionadas à hipertensão, à hemorragias, às infecções, às complicações no parto e aos abortos inseguros. Por isso, é necessário que as mulheres que desejam engravidar, as gestantes e as puérperas, tenham um local de referência para buscar conhecimento e compartilhá-lo.

Além disso, vários estudos mostram que a alimentação e os bons hábitos de vida da mãe, antes e durante a gestação, além de influenciarem diretamente nos hábitos e na saúde da criança por toda a vida, diminuem a chance de intercorrências na gravidez. Diante do cenário mundial de obesidade, diabetes e hipertensão cada vez mais presentes, é necessário que atuemos no início da vida, para que sejam instaurados hábitos de vida saudáveis e desenvolvimento adequado. Os primeiros 1000 dias, que abrangem da gestação até os 2 anos da criança, é a fase de maior crescimento e desenvolvimento do ser humano.

Objetivo

O projeto "Grupo de Gestantes" tem como objetivo principal ser uma porta de entrada fácil das mulheres em fase gestacional, para acompanhar sua saúde, podendo, assim, antecipar complicações que possam vir a ocorrer. É, também, um local de

troca de informações seguras para gestantes, lactantes e puérperas. A intenção é que seja um espaço para diálogo em grupo, troca de experiências entre as mães, apoio e estímulo à maternidade saudável. Trata-se de temas que englobam os cuidados diversos durante a gestação, como a vacinação (tanto da mãe quanto do bebê), a aferição quinzenal de pressão, a glicemia e o acompanhamento do ganho de peso, as orientações quanto à alimentação da gestante, da lactante e do bebê, além de orientações sobre atividade física e saúde mental.

Atividades Desenvolvidas

Grupos com encontros quinzenais (primeira e terceira sexta-feira de cada mês). Os encontros acontecem na sala de reuniões da UMS Aluizio Prata. Contamos com nutricionista, enfermeiras e agentes comunitários de saúde, além do apoio de outros profissionais de saúde, como fisioterapeuta, médica e psicóloga.

As gestantes são acompanhadas, por meio de um cartão da gestante, confeccionado, exclusivamente, para o grupo. Nesse acompanhamento, além das conversas sobre diversos assuntos relacionados a maternidade, fazemos as aferições de glicemia, pressão arterial e acompanhamento do ganho de peso, fazendo uso da Curva de Atalah - esses dados são registrados no referido cartão.

Em caso de necessidade, essa mulher é encaminhada para outros profissionais. Além disso, ocorre troca de roupinhas e utensílios para o bebê.

Após a roda de conversa, temos o sorteio de brindes, que são doados tanto pelos profissionais de saúde quanto saúde pela comunidade.

Resultados

O grupo iniciou neste ano de 2023. As gestantes obtiveram informações sobre diversos assuntos, sobre os quais não tinham conhecimento ou estavam em dúvida. Foi realizado um workshop sobre amamentação com a presença da médica especialista em amamentação e responsável pelo CAISM – Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher. Tivemos aula de alongamento e exercícios para melhoria das

dores típicas da gestação. A saúde mental também foi abordada, por meio de uma profissional terapeuta, considerando os aspectos da gestação na saúde psicológica, da ansiedade para o parto e de como se preparar para o pós-parto. A gestante, que faz o acompanhamento com a frequência adequada, recebe, ao final, uma cesta com itens de enxoval para o bebê e o certificado de acompanhamento no grupo.

Como resultado, temos mulheres empoderadas, com informações atualizadas, um maior controle da saúde dessas gestantes e a redução de complicações.

O APLICATIVO DE COMUNICAÇÃO E A AGENDA DE CONSULTAS NA UBS PADRE RAFAEL DE PAULO LOPES 07, EM BAMBUÍ- MG

Laís Olímpia Lucas Alves¹

Murilo de Miranda Cardoso²

Contextualização e justificativa

O pré-natal constitui-se em um acompanhamento voltado à mulher, a partir do momento em que ela comparece ao Serviço de Saúde e diagnostica-se a vigência de uma gravidez, voltado para um conjunto de ações que antecedem o parto, promovendo, no período gestacional, orientações e avaliações, com intuito de prevenir intercorrências e promover qualidade de vida e segurança para este período singular na vida da mulher.

Esse processo visa, por meio desse conjunto de ações, diminuir os riscos contra a morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, com base na perspectiva do cuidado da Atenção Básica e no acolhimento de forma integral e acolhedora.

Garantir um acompanhamento efetivo, com o mínimo de 6 consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, nem sempre é uma tarefa fácil, pois há resistência no processo e a conscientização sobre a importância da continuidade dele, sempre se faz necessária. Com isso, para além de organizar-se como um serviço estático, no qual a procura pela Unidade dá-se, apenas, de forma unidirecional, com o usuário sendo detentor de todas as etapas dessa busca, cabe aos serviços de Atenção Básica facilitar o acesso, o que, muitas vezes, se faz por meio do processo de busca ativa e, dessa maneira, facilitar e fomentar a adesão, contribuindo para a criação de vínculo entre gestante e equipe.

Diante desse desafio, a UBS Padre Rafael de Paulo Lopes 07, além da busca ativa, por meio do Agente Comunitário de Saúde no acompanhamento da gestante, elaborou uma nova estratégia de vínculo, no intuito de acompanhar e esclarecer dúvidas e fornecer orientações a essas mulheres nessa nova etapa de vida, de

¹ Enfermeira Estratégia da Saúde da Família. ² Médico da Estratégia da Saúde da Família.

forma a priorizar sua saúde. Por meio de rede social "Whatsapp" criou o grupo da gestante, que favorece a integração usuário-usuário, bem como usuário-equipe de saúde, possibilitando o agendamento de consultas, o esclarecimento de dúvidas concernentes à gestação em si e aos fluxos ofertados pelo município.

Objetivos

- Esclarecer e fornecer informações referentes aos direitos da gestante e o fluxo dos serviços, visando um incremento na qualidade do atendimento.
- Promover e melhorar a adesão ao serviço e à continuidade do cuidado das gestantes.

Atividades desenvolvidas

A partir da identificação das gestantes adscritas na Unidade, que se faz tanto pela busca à Unidade, realizada pela própria usuária, quanto pela busca ativa realizada, majoritariamente, pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs), as mulheres que se encontram em vigência de gravidez são adicionadas ao grupo no Whatsapp, através do qual possuem acesso facilitado à Unidade de Saúde e às demais gestantes. Dessa forma, são informadas, de maneira rápida e assertiva, sobre agendamentos para os serviços ofertados na UBS Padre Rafael de Paulo Lopes 07, como: consultas odontológicas, imunizações, consultas com o Médico de Família e consultas com especialistas (quando essas são indicadas).

Na primeira consulta, realizada por uma enfermeira, são realizados os testes rápidos preconizados pelo Ministério da Saúde, a solicitação de exames de pré-natal para o primeiro 1º trimestre, inicia-se a suplementação alimentar, quando indicada, além de avaliação odontológica. A gestante, após esse primeiro momento, é estratificada quanto ao risco e a necessidade de consulta médica imediata e, caso se descarte essa necessidade, é feito o agendamento para consulta médica de pré-natal.

Por meio dessas medidas, é acompanhada a adesão das gestantes às consultas e feito o contato em casos de absenteísmo, com o objetivo de compreender a mulher em sua integralidade e estabelecer planos e metas para que o cuidado pré-natal seja ofertado de forma contínua.

Resultados

Com as medidas adotadas foi possível observar melhoria na adesão das gestantes e maior vínculo com a Unidade, que é refletido por meio do grau de satisfação das usuárias e dos desfechos favoráveis no transcurso da gestação.

Houve diminuição no grau de absenteísmo das mulheres e maior qualidade no atendimento pré-natal, evidenciado, também, mediante ao incremento nos indicadores 1, 2 e 3, do programa Previne Brasil (Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; Proporção de gestantes que passaram por atendimento odontológico, respectivamente), que possibilitam a avaliação dos serviços disponibilizados pela Atenção Primária à Saúde, além de fornecer suporte financeiro aos municípios como forma de fomentar a melhoria no cuidado.

PRÉ-NATAL EM DOMICÍLIO: EQUIDADE E INTEGRALIDADE NO ACOMPANHAMENTO ÀS GESTANTES, NEONATOS E PUÉRPERAS

Jorge Guedes Borborema¹

Edeilde Machado Leal²

Gabriela Nunes da Conceição²

Lucas Tavares Nogueira²

Rodolfo Fernandes Mourão²

Helisamara Mota Guedes³

Maria do Socorro Pacheco Pena⁴

Contextualização e justificativa

A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias, tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos em relação à gestante/puérpera. Esse acompanhamento é realizado por enfermeiros e médicos em todas as unidades da federação, estabelecido pela portaria nº 570/2000 do Ministério da Saúde, por meio do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, trazendo diminuição considerável das taxas de mortalidade materno-infantil.

No município de Teófilo Otoni - MG, encontramos uma logística complexa para realizarmos esses atendimentos na região de zona rural (a menor distância do município é de 30km de asfalto e 20km de estrada de chão, e a maior distância é de 30km de asfalto e mais 70km de estrada de chão), nas comunidades de Brejão, Santaninha, São Pedro, Chapadinha, Cama Alta, São Paulinho, Volta Bala, Ariranha, Cipó, Maravilha, e nas comunidades quilombolas de São Julião 2 e Roxos. Em 2020, introduzimos o programa que amplia o acesso ao pré-natal, realizando esse acompanhamento no domicílio de cada gestante/puérpera e neonato, trocando informações de diferentes vivências, personalizando o cuidado e promovendo a compreensão do processo gestacional de acordo com sua individualidade. Esse trabalho foi pioneiro na região, com obtenção de excelentes resultados, diminuindo os riscos de evasão e elevando a qualidade dos atendimentos; uma vez que vivemos na região com maior índice de morbimortalidade materno infantil do estado de Minas Gerais. Como podemos visualizar, no Quadro 1, a seguir, que referencia os dados do município em geral:

1 - Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família 2 - Comissão de Apoio Técnico Regional dos Vales Mucuri e Jequitinhonha/ Coren - MG
3 - Professora do Curso de Enfermagem UFVJM 4 - Vice-presidente do Conselho Regional de Enfermagem (COREN)

Quadro 1 – Dados relativos à morbimortalidade infantil em Teófilo Otoni – MG – 2020 a 2022.

2021	2022	2023
Óbitos fetais: 18 Óbitos neonatal precoce (0 a 6 dias): 13 Neonatal tardio (7 a 27 dias): 7 Pós neonatal (28 a 364 dias): 5	Óbitos fetais: 32 Óbitos neonatal precoce (0 a 6 dias): 21 Neonatal tardio (7 a 27 dias): 7 Pós neonatal (28 a 364 dias): 6	Óbitos fetais: 16 Óbitos neonatal precoce (0 a 6 dias): 15 Neonatal tardio (7 a 27 dias): 4 Pós neonatal (28 a 364 dias): 9

Fonte: Datasus, 2023.

Objetivos

Oferecer assistência pré-natal integral, de qualidade, com abordagem direta e personalizada, a cada gestante, puérpera e neonato da área de abrangência do Estratégia Saúde da Família Brejão (ESF).

Atividades desenvolvidas

A Os atendimentos são realizados pelo enfermeiro e coordenador da equipe, casa a casa, de cada gestante/puérpera identificada e previamente cadastrada pela equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das microáreas da ESF de Brejão. Em todo período gestacional são realizadas, no mínimo, 6 (seis) visitas domiciliares e 1 (uma) visita puerperal, ofertando consulta de enfermagem completa (solicitação de exames laboratoriais, exames de imagem, ausculta de batimentos cardio-fetais (BCF), indicações de medicações e suplementos importantes em todas as etapas da gestação, avaliação clínica). Na visita pós parto são avaliadas as condições físicas da puérpera, a retirada de pontos, o aleitamento materno e realizada a primeira puericultura do recém-nascido, oferecendo todos os cuidados de enfermagem necessários ao grupo familiar. Vale ressaltar, que é critério de boa adequação ao pré-natal que a gestante tenha, no mínimo, seis consultas e uma puerperal (BRASIL, 2000). Esse programa é inovador ao permitir que profissionais de saúde saiam dos seus consultórios e promovam acesso ao Serviço de Saúde Oferecido no SUS.

Resultados

Durante o período de fevereiro de 2020 a abril de 2023, foram realizadas 683 visitas para pré-natal/puerperal em domicílio (28 em Santaninha, 119 em Brejão, 16 em São Pedro, 21 em Chapadinha, 32 em Cama Alta, 28 em São Paulinho, 98 em Volta Bala, 74 em Ariranha, 56 no córrego do Cipó e 89 em Maravilha, 115 na comunidade quilombola de São Julião 2 e mais 7 na comunidade quilombola dos Roxos), sem ocorrência, até o momento, de morte materna/puerperal, bem como não catalogado, na região de atendimento, nenhum óbito de neonatal e de crianças menores de 1 (um) ano, apenas identificado, precocemente, 2 casos de gestação tubária. Concluiu-se que esse programa desafiador é pioneiro na região, pois é voltado para atender a quem realmente precisa desse cuidado, uma vez que os índices de atendimentos eram ínfimos, devido à logística dificultosa no deslocamento até a Unidade ESF de referência, e levando-se em conta o grau de instrução dos moradores das comunidades. O programa apresenta grau de satisfação e adesão da comunidade, melhorando o serviço prestado, levando saúde de qualidade e seu acesso em cada canto que se faz necessário. Ações como essas reduzem a mortalidade materna e infantil, possibilitando que estratégias sejam implementadas para redução das mortes evitáveis.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 570**, de 1 de junho de 2000. Brasília, 2000.

BRASIL. **ESUS**. TEOFILOTONI.MG.GOV.BR, 2023. Disponível em: teofilootoni.mg.gov.br. Acesso em: 30 de abril de 2023.

DATASUS. **Mortalidade**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>. Acesso em: 30 de abril de 2023.

AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS NO PRÉ-NATAL EM MONTES CLAROS – MG: DESCENTRALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Aline Lara Cavalcante Oliva¹

Ana Paula Vieira da Silva Nunes²

Daniella Cristina Martins Dias Veloso³

Dulce Pimenta Gonçalves⁴

Fabiana de Cássia Cordeiro Mezedis Lopes⁵

Priscilla Durães de Carvalho⁶

Valéria Gonçalves de Araújo⁷

Contextualização e justificativa

A Sífilis Congênita é decorrente da transmissão do *Treponema pallidum* da gestante infectada não-tratada, ou tratada inadequadamente, para o seu concepto, durante a gestação ou o parto. Esse agravo pode levar a acometimentos como aborto espontâneo, nascimento prematuro, natimortalidade, manifestações congênicas e/ou óbito perinatal, que ocorre em até 40% dos casos. Por outro lado, mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, nos primeiros 3 meses de vida, o que reforça a importância da triagem e do tratamento da gestante. A identificação precoce e o tratamento da gestante são determinantes para a redução da morbimortalidade por Sífilis Congênita.

Nesse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros adotou, como

1. Coordenadora da Vigilância Epidemiológica e de Imunização do Município de Montes Claros. 2. Enfermeira neonatologista na UTI Neonatal do HUCF/UNIMONTES e como servidora da Sala de Situação da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros/MG. 3. Coordenadora do Núcleo de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros. 4. Secretária Municipal de Saúde de Montes Claros-MG, membro do Conselho Municipal de Saúde de Montes Claros, representante da Gestão. É integrante da Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, além de ser servidora pública efetiva, no cargo de Odontóloga com residência. Presidente do COSEMS (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais), regional Montes Claros. É coordenadora geral da ONG Turma do Bem. 5. Enfermeira graduada pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas -FUNORTE, com experiência profissional em Vigilância Epidemiológica. 6. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros – MG, com atuação profissional voltada para a área de Saúde Pública. 7. Tutora Virtual da UNYLEYA EDITORA E CURSOS S/A e Enfermeira da Prefeitura Municipal de Montes Claros.

estratégia de ampliação do acesso à testagem e ao diagnóstico da doença, a descentralização dos pontos de realização dos testes rápidos para Sífilis, atualmente, disponibilizando o serviço em 100% das equipes de Atenção Primária à Saúde do município, impactando de forma significativa no diagnóstico desse agravo.

Objetivos

- Garantir a disponibilidade e a realização oportuna do teste rápido para Sífilis nas Unidades de Atenção Básica.
- Ampliar o acesso ao tratamento para as gestantes infectadas.

Atividades desenvolvidas de apoio ao diagnóstico e ao tratamento

- Capacitação de profissionais das equipes da Atenção Básica para realização do teste rápido.
- Sensibilização da equipe para captação precoce e realização dos testes na 1ª consulta da gestante.
- Adequação da estrutura e da logística para a oferta dos testes: aquisição de refrigeradores exclusivos para o acondicionamento dos testes rápidos nas Unidades; materiais de atendimento a urgências, para administração segura do tratamento (caixa de emergência, oxigênio, desfibrilador).
- Definição de fluxos de manejo e registros: instituição de mapa para controle dos testes realizados; definição de ficha padrão para Laudo Diagnóstico de Teste Rápido; fluxos de agendamento/atendimento para pacientes com teste rápido positivo; definição de cartão de registro do tratamento de Sífilis a ser anexado no cartão de pré-natal das gestantes.

Resultados

As ações descritas, acima, possibilitaram o aumento progressivo do número de unidades assistenciais, com oferta do teste rápido para a detecção de Sífilis: de 03 unidades em 2018 para 21 unidades em 2019, aumentando para 46 em 2020, 80 em

2021 e 86 em 2022; abrangendo 141 equipes de Saúde da Família e duas equipes de Consultório na Rua. Com isso, o número de exames realizados no município aumentou de 788/ano, em 2019, para 3.053/ano, em 2020, atingindo a marca de 8.934/ano exames realizados, em 2021.

A melhoria do acesso aos exames diagnósticos impactou significativamente no resultado do indicador de desempenho "Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV", monitorado por meio do Previne Brasil. Em 2018, a média do resultado monitorado, nos três quadrimestres, foi de 13% (8%, 17%, 14%), evoluindo para uma média de 52% (33%, 61%, 63%), em 2021, evidenciando a contribuição das ações realizadas para a ampliação da testagem entre o público gestante (Gráfico 1, em anexo). A taxa de detecção da Sífilis em gestantes, por mil nascidos vivos no município, em 2018, era de 19,2 e, em 2021, alcançou 29,7 (Gráfico 2, em anexo). O aumento da disponibilidade dos testes favoreceu o diagnóstico da Sífilis em gestantes.

Outro ganho está relacionado ao momento de diagnóstico da Sífilis materna. Foi possível evidenciar o aumento progressivo do diagnóstico no pré-natal. Em 2018, o município teve 73,7% dos casos de Sífilis Congênita com diagnóstico materno no pré-natal e, em 2021, esse resultado chegou a 82,8% (Gráfico 3, em anexo).

Muitos foram os avanços no que diz respeito à disponibilidade e ao acesso aos testes rápidos para a Sífilis, bem como o diagnóstico materno, ainda, durante a gestação, no pré-natal. Nesse momento, os esforços estão voltados para a garantia da adesão ao tratamento adequado pela gestante e o parceiro, tendo em vista que o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo oportuno são determinantes para a redução da morbimortalidade associada à Sífilis Congênita.

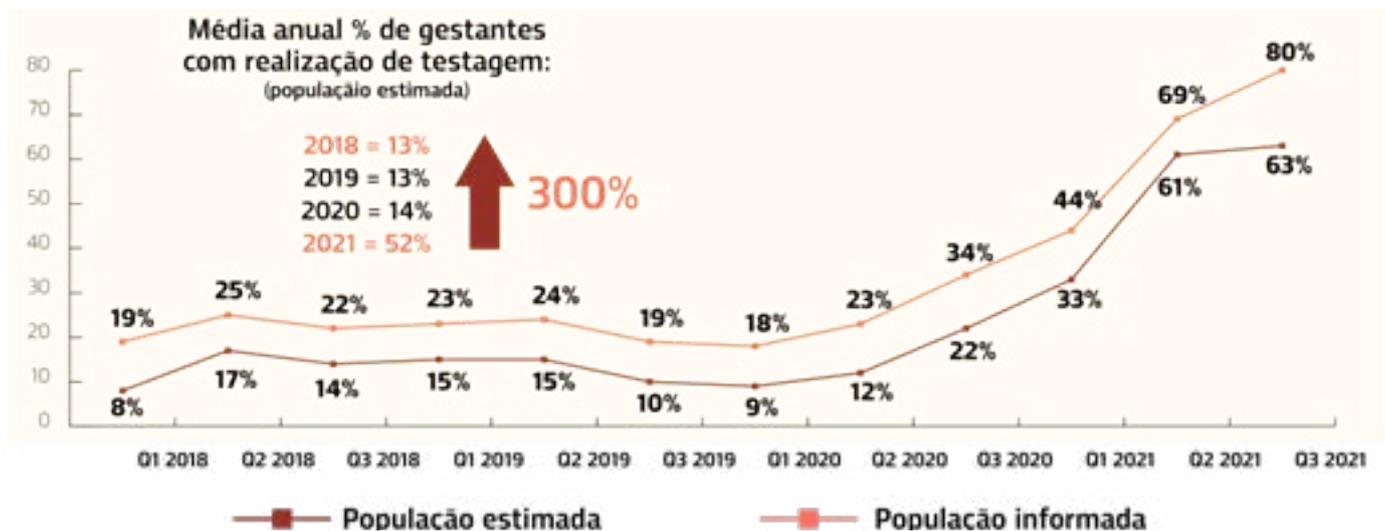
Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da Sífilis congênita**: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Número Especial | outubro. 2022 – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Anexo:

Gráfico 1 – Evolução da proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV (2018-2021): indicador de desempenho Previne Brasil.



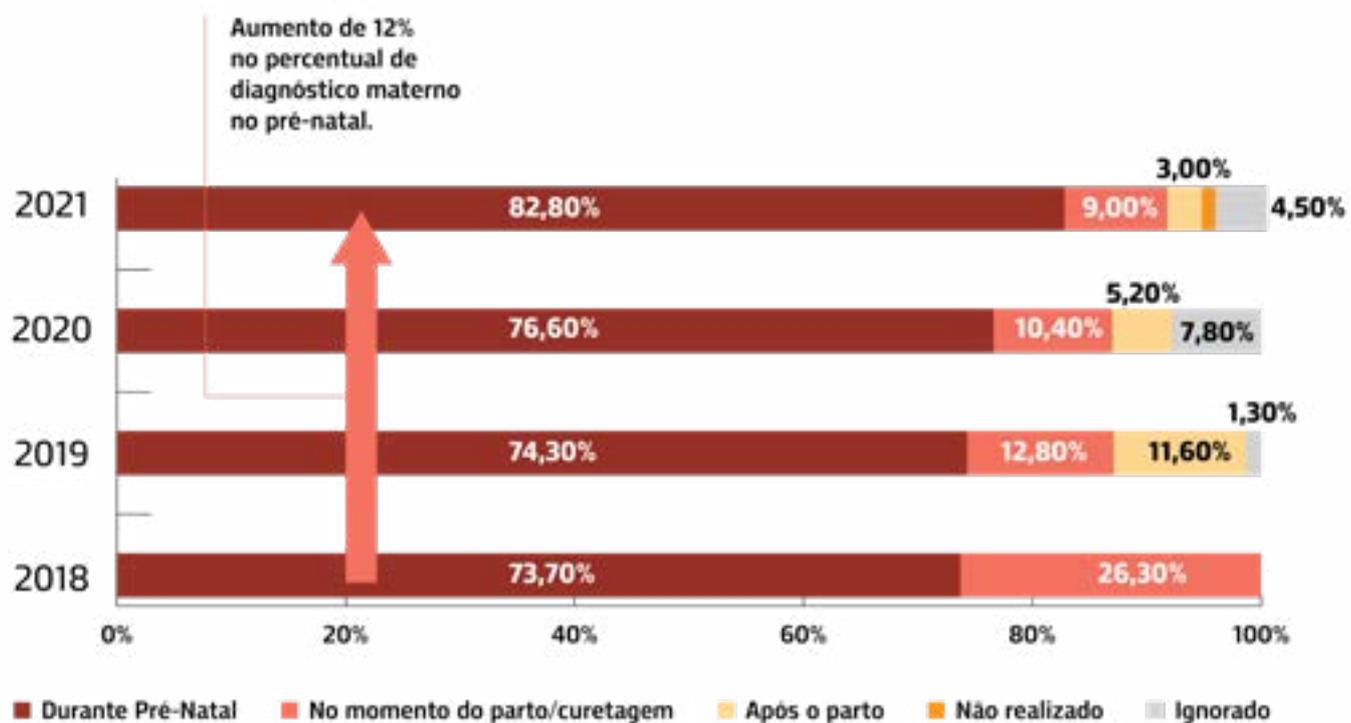
Fonte: SISAB, 2022.

Gráfico 2 – Taxa de detecção de Sífilis em gestante e taxa de incidência de Sífilis Congênita por 1000 nascidos vivos (2018-2021): Brasil X Montes Claros.



Fonte: Ministério da Saúde. SINAN, 2022.

Gráfico 3 – Percentual de Sífilis Congênita conforme momento de diagnóstico materno (2018-2021).



Fonte: Ministério da Saúde. SINAN, 2022.

PRIMEIRA INFÂNCIA EM FOCO

Andressa Lacerda Pereira¹

Heloisa Jordão²

Contextualização e justificativa

O Projeto Primeira Infância em Foco iniciou-se em Março de 2021, a partir de uma parceria com o Serviço de Fonoaudiologia e Nutrição da cidade de Itanhandú - MG, exercido em um dos PSFs da cidade, que atende à população do mesmo município. Esse projeto visa à Atenção Integral à Saúde das crianças de 0 a 1 anos, iniciando com os testes da orelhinha e linguinha, que são acompanhadas, periodicamente, por meio da avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor e linguagem e, também, no acompanhamento nutricional, inicialmente, com incentivo e orientação em relação ao aleitamento materno e, posteriormente, com orientações quanto à introdução alimentar.

O desenvolvimento adequado de uma criança está diretamente relacionado com o investimento que é realizado nos primeiros anos de vida. É, nesse período, que se estabelecem as bases do desenvolvimento físico, intelectual e psicossocial da criança, e que oferecerão condições para que se torne um adulto capaz de conduzir com autonomia e prosperidade a sua vida.

Objetivo

- Acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor, linguagem e alimentação, visando à Atenção Integral à Saúde das crianças de 0 a 1 anos.
- Orientar pais ou responsáveis com relação ao desenvolvimento infantil e formação de hábitos alimentares saudáveis.

¹ Fonoaudióloga. ² Nutricionista.

Desenvolvimento

Os recém-nascidos recebem visita domiciliar dos enfermeiros de PSF do 3º ao 5º dia de vida, momento em que é realizado o teste do pezinho e a consulta de puericultura com todas as orientações dos primeiros dias de vida do RN. O PSF agenda a primeira avaliação no projeto Primeira Infância em Foco, na qual constam os Testes da Orelhinha (EOA) e da Linguinha, a Avaliação do Desenvolvimento e Orientação Nutricional, e, também, o agendamento de exame oftalmológico completo para todos os recém-nascidos no Hospital de Olhos em nosso município.

Os bebês são reagendados para uma nova avaliação no Projeto Primeira Infância em Foco, para o terceiro, o sexto, o nono mês e um ano de vida, ou em intervalos menores, caso necessário. A partir das observações nas avaliações, os bebês podem ser encaminhados aos demais serviços (pediatria, fisioterapia, odontopediatria, PIPA, CER, entre outros). As fichas de avaliação utilizadas no Projeto foram elaboradas pela fonoaudióloga e nutricionista - idealizadoras do Projeto.

Resultados

Nasceram, no município de Itanhandu, 182 crianças, no período de janeiro a dezembro de 2022. Desse total, foi possível realizar o acompanhamento de 135 crianças (93%). O Teste do pezinho correspondeu a 100% dos recém-nascidos, que têm alta hospitalar entre 3º ao 5º dia de vida. O Teste da orelhinha e linguinha foi realizado em 135 crianças, das quais 27 crianças (20%) foram atendidas pela odontologia, para realização de Frenectomia, proporcionando maior adesão ao aleitamento materno. Todas as mães receberam orientações nutricionais, para alcançarem sucesso no aleitamento materno, bem como na fase de transição entre o aleitamento materno e a alimentação da família. Nos testes da orelhinha não foram detectados nenhum caso de alteração.

Considerações Finais

Com a Atenção Integral à Saúde das crianças de 0 a 1 anos, por equipe multiprofissional, é possível favorecer um desenvolvimento mais saudável às crianças, estimulando a participação dos pais em seu desenvolvimento, proporcionando-lhes, assim, maior segurança em relação aos cuidados com a criança no primeiro ano de vida.

A IMPORTÂNCIA DO PROJETO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO SUS PARA PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO E PREVENÇÃO MORTALIDADE NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Laeny Catarina Dias Freitas¹

João Marcos Alves Melo²

Fabiana Ferrari Fonseca Vilela³

Contextualização e justificativa

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o aleitamento materno é o alimento mais completo para o bebê, uma vez que é fonte de nutrientes e proteção adequados necessários ao seu desenvolvimento. O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019)⁴ preconiza que o aleitamento materno pode prevenir mais de 820.000 mortes de crianças, menores de cinco anos, por ano, no mundo, bem como prevenir, ainda, 20.000 mortes de mulheres por câncer de mama.

Além de reduzir a mortalidade materno infantil, o aleitamento materno evita interações hospitalares, diarreia e infecções respiratórias, e previne episódios de otite média e asma. Da mesma forma, o aleitamento apresenta reflexos positivos durante a vida adulta, tendo impacto significativo no aumento no quociente de inteligência, escolaridade e renda, bem como protege contra excesso de peso e obesidade.

Embora divulgados os seus benefícios, ainda apresenta taxas de AME, até os 6 meses, abaixo do adequado, demonstrando a necessidade de profissionais capacitados para acolher essa população, pois, apesar de parecer uma prática natural e espontânea, necessita de um olhar especial de profissionais capacitados e engajados nesse movimento do sucesso da amamentação, que acompanhem essas mulheres, trazendo leveza e tranquilidade nesse processo tão importante, como o(a) consultor(a) em amamentação.

1 - Enfermeira Responsável Técnica pela Unidade Cidade Nova no município de Carmo do Cajuru-MG. É idealizadora do Projeto de Aleitamento Materno Exclusivo no SUS de Carmo do Cajuru - PROAMES, Tutora do Alimenta e Amamenta Brasil de Carmo do Cajuru. Consultora em Aleitamento Materno e Sono Infantil pelo Mame Bem. 2 - Coordenador de Atenção Primária da Prefeitura Municipal de Carmo do Cajuru. 3 - Secretária de Saúde - Município de Carmo do Cajuru. 4 - UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil - ENANI-2019. Resultados preliminares - Indicadores de aleitamento materno no Brasil. UFRJ: Rio de Janeiro, 2020, p. 9. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br>. Acesso em: 12 de abril de 2023.

A Atenção Primária a Saúde (APS) é a principal responsável por promover o aleitamento materno, uma vez que é considerada a "porta de entrada" do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população e deve reunir profissionais capacitados para realização de atendimento clínico diferenciado, inclusive, em relação à amamentação, proporcionando a identificação das principais dificuldades durante o período de amamentação e o encaminhamento para o serviço de referência, quando necessário.

Objetivos

Promover o aleitamento materno durante o ciclo gravídico puerperal, como estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças da mãe/bebê, além de fator de proteção contra a mortalidade infantil.

Atividades desenvolvidas

O projeto proporciona atendimento domiciliar/ambulatorial de gestantes e puérperas, que residem no município de Carmo do Cajuru - MG, bem como promove a capacitação dos profissionais da APS sobre o aleitamento materno.

Todas as puérperas ao levar o bebê para realização da triagem neonatal, teste do pezinho e realização de BCG e Hepatite B, ou passar por consulta pós-parto na UBS (na 1º semana de nascimento do bebê), são encaminhadas ao enfermeiro responsável, podendo ser identificadas dificuldades na amamentação e encaminhadas para consulta domiciliar com Consultora de Amamentação. As consultas são agendadas previamente, de acordo com a disponibilidade da puérpera, em agenda semanal de segunda à sexta-feira, no horário de 16h as 19h e, no sábado, no horário de 08:00 às 14:00hs. Os atendimentos são realizados no domicílio da paciente, facilitando o acesso à puérpera. Durante as consultas são utilizadas técnicas de manejo clínico da lactação, com demonstrações e observações, educação em saúde e aplicação da fotobiomodulação (*laserterapia*), caso necessário, para promover o aleitamento materno com tranquilidade e leveza.

A consultoria dura 15 dias, período no qual as pacientes são acompanhadas pela consultora e, quando necessário, pode ocorrer o agendamento de um retorno agen-

dados, após esse período. Caso haja a necessidade de um novo atendimento, a puérpera deverá passar por nova avaliação na UBS. Após o período de acompanhamento, a paciente é referenciada, novamente, à Unidade para continuidade do cuidado com agendamento de puericultura na UBS.

Resultados

O *Projeto de Aleitamento Materno Exclusivo no SUS* iniciou suas atividades, no dia 01 de Novembro de 2022, no município de Carmo do Cajuru - MG. Até a presente data foram beneficiadas pelo projeto mais de 50 famílias, com consultorias de 1º atendimento, para avaliação da mãe, do bebê e da díade, por meio de uma visita domiciliar, em que se diagnosticam-se problemas e dificuldades, corrigi-se a pega, orienta-se as famílias, aplica-se a *laserterapia* e encaminha-se a paciente para a equipe multiprofissional, quando necessário, tornando possível o reestabelecimento da amamentação com maior leveza e tranquilidade.

Foram realizados 78 consultorias de retorno domiciliar, para reavaliação da díade e das questões diagnosticadas, bem como novas orientações e aplicação de *laser*; 98 contatos telefônicos para orientações, reavaliação de lesões (por meio de fotos) e reavaliação da pega mediante utilização de vídeos; 27 aplicações de *laserterapia* para tratamento de traumas mamilares, reparação tecidual, controle de dor, estimulação de produção láctea, drenagem (devido ao excesso de produção láctea) e tratamento para Cândida.

Após as consultorias, 15 bebês deixaram o uso de fórmula, como complemento, ficando em Aleitamento Materno Exclusivo (AME), após os ajustes na amamentação, e 18 bebês retornaram ao aleitamento materno, uma vez que foram suspensos por conta própria devido aos traumas mamilares e confusão de bicos.

Assim, podemos evidenciar a importância do Projeto para a promoção do aleitamento materno e o suporte à família durante o período gravídico-puerperal.

GRUPOS DE GESTANTE E REDE DE APOIO: UMA REALIDADE PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E FORTALECIMENTO DO VÍNCULO DO TRINÔMIO MÃE-PAI-BEBÊ

Maycon Igor dos Santos Inácio¹

Débora Thaís Silva Alves Araújo²

Larissa Abadia Silva Souza de Resende³

Contextualização e justificativa

São Gotardo é um município mineiro da mesorregião do Alto Paranaíba, compreendido por uma população de 36.084 habitantes, segundo o IBGE (população estimada em 2021) e de 62 mil habitantes, segundo dados do Registro Geográfico da Vigilância em Saúde do município. A cidade é envolta pela agricultura e pecuária e possui grande migração de população advinda das regiões norte, nordeste e centro-oeste do país, além de migrantes do norte e noroeste de Minas Gerais. Segundos os dados do departamento de Vigilância em Saúde e dos Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), por ser sede de microrregião de saúde, o município realiza, anualmente, mais de 800 partos realizados no Hospital Municipal de São Gotardo, entre residentes e domiciliados, sendo, desse montante, cerca de 690 partos de moradores do município.

O município enfrenta situações problemáticas, que afetam todos os níveis de Atenção à Saúde (do Primário ao Terciário), no que tange à baixa adesão às consultas de pré-natal e às gestantes advindas de outros municípios, às quais chegam no segundo trimestre da gravidez ou já no fim da gestação, algumas em fase avançada, necessitando de um suporte maior, por se tratar de gestação de alto risco.

1 - Coordenador Geral da Atenção Primária à Saúde do município de São Gotardo/MG (2021/atual). Coordenador do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Atenção Primária à Saúde de São Gotardo/MG (2018/2021). 2 - Secretária Municipal de Saúde de São Gotardo/MG (2022/atual). Coordenadora e RT de Enfermagem do Hospital Municipal de São Gotardo/MG (2018/2022). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família no município de São Gotardo/MG (2017/2018). 3 - Secretária Executiva na Secretaria Municipal de Saúde de São Gotardo/MG (2021/atual). Coordenadora do Núcleo Ampliado Saúde da Família e Atenção Básica - NASF/AB (2015/2021).

Justificativa

Buscando melhorar os indicadores de saúde e oferecer um acompanhamento de pré natal integral e de qualidade à gestante, em 2018, foi criado o Projeto Mamãe Pelicano, que visa a dispensação de um *kit* maternidade para as gestas que cumprirem alguns requisitos durante o pré-natal⁴. Da mesma forma, para captar e fidelizar essa gestante, e sua rede de apoio, foi criada a iniciativa da educação em saúde nos grupos de gestante como forma estratégica e obrigatória.

Objetivos

O objetivo principal da educação em saúde é sanar todas as dúvidas da gestante durante o período de gestação, as quais, por muitas vezes, não são relatadas dentro da consulta médica ou de enfermagem. Além disso, como ganho secundário, existe a fidelização da gestante no grupo por interesse no próximo tema a ser trabalhado e, também, pela oportunidade de receber o *kit* maternidade, composto por banheira de banho, toalha de banho, *body*, macacão, fralda descartável, mijãozinho e pagãozinho - o que abre vistas à comunidade de menor renda e de maior fator de vulnerabilidade social.

Atividades desenvolvidas

Os grupos de gestantes⁵ ocorrem em todas as Unidades Básicas de Saúde do município, uma vez ao mês, e são convidadas todas as gestantes, em suas respectivas áreas de abrangência e território, e têm duração mínima de uma hora. A equipe da Unidade de Saúde, escolhe um dos temas pré definidos a ser trabalhado e conta com o apoio da equipe multiprofissional do Núcleo Ampliado Saúde da Família e Atenção Básica – NASF/AB e dos demais profissionais que integram a Equipe de Saúde da Família e de Saúde Bucal, além de haver convidados externos, de acordo com a necessidade ou convite. Os temas pré-definidos são: aspectos psicológicos da gravidez; atividade, exercícios físicos e alterações posturais na gravidez; aspectos nutricionais na gestação; vias de parto; direitos da gestante e do acompanhante; saúde bucal da gestante e do recém-nascido; cuidados com o recém-nascido; mitos

e verdades na gestação (tinturas, químicas, esmaltação, procedimentos de estética e afins) e aleitamento materno. Esses foram selecionados para auxiliar a equipe no direcionamento dos grupos, entretanto, cabe salientar, que podem e devem ser abordados outros temas de saúde que se fizerem necessários. Para ser contemplado com o kit maternidade, obrigatoriamente, a gestante tem que iniciar o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, realizar, no mínimo, 7 consultas de pré-natal, realizar consulta de pré-natal odontológica, realizar todos os exames solicitados durante a gestação, participar dos grupos de educação em saúde e de alguma atividade proposta pelo NASF/AB. .

Resultados

Durante esse período, em que foi instituído o projeto e os grupos de educação em saúde para gestantes, foram distribuídos mais de 800 kits maternidades, para as gestantes que realizaram corretamente todas as etapas do projeto. Por meio dessa ação, podemos notar uma maior adesão das gestas e menor evasão dos grupos, mesmo que a usuária não seja contemplada com o *kit*, mostrando, assim, que elas participam pelo conhecimento a ser adquirido e pela socialização, e não apenas pelo brinde.

NOTAS

4 – Esses requisitos são: - iniciar o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, preferencialmente, antes da 12ª semana de gravidez;
- passar por, no mínimo, 7 consultas de pré-natal na sua UBS de referência, como preconizado no Protocolo Municipal de pré-natal;
- Participar dos grupos de gestante e assistir a, no mínimo, uma palestra/atividade coletiva de educação em saúde, por trimestre;
- passar por avaliação odontológica, bem como de palestra/atividade coletiva de educação em saúde de cunho odontológico, voltada, especificamente, para os cuidados de saúde bucal da gestante e do RN/lactente;
- realizar todos os exames solicitados no pré-natal (descritos no Protocolo Municipal de pré-natal);
- participar das atividades e das ações ofertadas pelo NASF-AB (grupo de atividade física, grupos de gestante, acompanhamento nutricional, palestras educativas, entre outros).

5 - Informações acerca dos Grupos de Gestante, verificar o Anexo 1.

Anexo

Informações complementares acerca dos Grupos de Gestante

No que concerne aos Grupos de Gestante, foram pré-selecionados temas para serem abordados durante a gestação, norteando, assim, toda a equipe para aqueles que

possam ser explanados, de forma a deixar os grupos mais dinâmicos, articulando-os da melhor maneira, para que, ao longo da gestação, a futura mãe e sua rede de apoio possam ter visto o máximo de informação possível, a partir de determinados eixos de abordagem, como:

Eixo psicologia

Responsável: psicólogo NASF-AB - aspectos psicológicos da gravidez (saúde mental da gestante, gravidez não planejada, apoio familiar e do(a) parceiro(a), vínculo afetivo do trinômio mãe-pai-bebê ou do binômio mãe-bebê).

Eixo saúde bucal

Responsável: ESB - saúde bucal da mãe e do bebê (cuidados bucais na gestação e pós gestação, cuidados com a saúde bucal do RN e do bebê lactente, alterações bucais pelo uso da chupeta, mamadeira e outros dispositivos, doenças bucais comuns na gestação, mitos e verdades com procedimentos odontológicos na gestação).

Eixo nutrição

Responsáveis: nutricionistas NASF-AB - orientações nutricionais (aspectos nutricionais na gravidez, ganho de peso na gestação, alimentação consciente, suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A).

Eixo fisioterapia

Responsáveis: fisioterapeutas NASF-AB e participação dos profissionais de educação física da saúde - alterações biomecânicas (alterações anatômicas da gestante, dores musculares, preparação para parto normal, incontinência urinária por urgência e por esforço, exercícios de fortalecimento de musculatura do assoalho pélvico, diástase abdominal, aumento de vínculo pelo método Shantala).

Eixo amamentação

Responsável: toda a equipe da ESF/NASF (benefícios do leite materno, preparo e manipulação das mamas, pega e sucção eficiente e não eficiente, relactação, amamentação exclusiva pelos 6 meses, o que levar na mala para o hospital, mitos e verdades sobre aleitamento, explicação sobre o projeto Mamãe Pelicano e sobre o Recanto Mamãe Pelicano).

Eixo serviço social

Responsáveis: assistentes sociais NASF-AB - direitos do casal/parceiro (lei do acompanhante, violência obstétrica, violência doméstica, direitos sociais e trabalhistas, planejamento familiar, autoestima e visão de si).

Eixo médico

Responsável: médico UBS - vias de parto (parto normal, parto cesária, primeiros socorros em situações de emergência, planejamento familiar, plano de parto, intercorrências intra hospitalares, mudança da via de parto ocasionado pelas intercorrências no pré parto).

Eixo complicadores

Responsável: médico/enfermeiro/farmacêutico - intercorrências da gestação e intercorrências químicas (Diabetes Gestacional, Hipertensão Gestacional, Eclâmpsia e Pré-eclâmpsia, incontinências urinárias de repetição, evolução de parto de risco habitual para alto risco, uso de drogas lícitas e ilícitas, automedicação, tratamentos químicos de beleza).

Eixo enfermagem

Responsável: enfermeiro UBS - puerpério (ações do 5º dia, imunização, consultas puerperais, planejamento familiar, puericultura).

(RE)MODELANDO A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS MULHERES: ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO HUMANIZADO E NASCIMENTO.

Efigênia Aparecida Maciel de Freitas¹

Aliny Serafim Borges Ferreira⁴

Gabriella Mariella Murer²

Gabriel Terêncio Soares⁵

Karen Cristine Carvalho Moura³

Contextualização e justificativa

Entre os anos de 2017 e 2020, em Uberlândia – MG, cerca de 90% dos partos no setor privado e 70% do total de nascimentos, público e privado, foram por cesariana. Esses dados são da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Ministério da Saúde (MS) e fazem parte dos Indicadores da Atenção à Saúde Materna e Neonatal do Projeto Parto Adequado, que tem como intuito valorizar o parto vaginal e reduzir as taxas de cesarianas sem indicação clínica.

Apesar desses dados serem observados na prática, a evidência e a necessidade de se promover práticas de enfrentamento a taxas cesarianas só foram clarificadas a partir do Projeto Parto Adequado. Diante dessa conjuntura e com a escolha do Hospital Escola da Universidade Federal de Uberlândia, a comunidade acadêmica passou a olhar com mais atenção para o cuidado integral à saúde da mulher gestante e do recém-nascido.

O Grupo de Estudo/Extensão Transdisciplinar de Atenção Reprodutiva (GESTAR) foi fundado nesse cenário, em 2018, por discentes do curso de enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, sob supervisão da Professora Doutora Efigênia Aparecida Maciel de Freitas. De forma efetiva, o grupo atua por meio de atividades de pesquisa e extensão com a comunidade local e regional em dois focos de atenção:

1- Docente do Curso de Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Uberlândia- FAMED/UFU; coordenadora da Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica; coordenadora do Grupo de Extensão e Estudo Transdisciplinar de Atenção Reprodutiva - GESTAR/UFU.

2- Enfermeira, graduada em Enfermagem e Licenciatura pela Universidade Federal de Uberlândia UFU, mestrando em Educação Sexual pela Universidade de São Paulo - UNESP.

3- Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura pela Universidade Federal de Uberlândia UFU.

4- Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura pela Universidade Federal de Uberlândia UFU.

5- Enfermeiro, graduado em Enfermagem e Licenciatura pela Universidade Federal de Uberlândia UFU, especialista em Enfermagem Obstétrica pela UFU, mestrando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e saúde do Trabalhador pela Universidade Federal de Uberlândia UFU. Enfermeiro obstetra na Rede Pública (Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia do município de Uberlândia-MG).

educação em saúde com gestantes e seus acompanhantes e com capacitação de equipes. As atividades são realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, no Hospital de Clínicas de Uberlândia, maior prestador de serviço ao Sistema Único de Saúde de Minas Gerais e o terceiro maior hospital universitário de acordo com o MEC, e em municípios da região em parceria com a Superintendência Regional de Saúde do Triângulo Norte.

Objetivo

O objetivo do grupo é desenvolver atividades de educação em saúde, orientações e oficinas práticas às gestantes, e à comunidade em geral, sobre os direitos da mulher e as Leis relacionadas à gestação, parto e nascimento, com enfoque na escolha consciente da via de parto, manejo da amamentação e saúde sexual e reprodutiva e treinamentos com equipes da Atenção Primária em Saúde (APS) local e regional.

Atividades desenvolvidas

Em 2018, após a estruturação do grupo e as capacitações teórico-práticas, o grupo entrou em contato com diversas UBS para participar das rodas de gestantes. Com a boa adesão por parte dos profissionais de saúde das equipes e das gestantes, o grupo passou a ofertar módulos temáticos para serem aplicados nas referidas rodas. São cinco módulos: (1) os mitos e as verdades sobre a gestação; (2) o plano de parto e o preparo para o parto; (3) o jogo de tabuleiro para acompanhante ativo; (4) os cuidados com o recém-nascido e (5) o planejamento reprodutivo. Em 5 anos de atividades, o grupo já esteve presente em mais de 20 UBSFs do município e região, atingindo um público aproximado de 1.000 gestantes/acompanhantes e mais de 500 profissionais de saúde. As atividades do módulo 5 são realizadas semanalmente, no ambulatório de saúde sexual e reprodutiva, sob a responsabilidade do GESTAR. As acadêmicas acompanham os plantões da professora coordenadora e atuam efetivamente na assistência ao Parto Humanizado, aplicando as técnicas e as abordagens não farmacológicas como Spining Babies, Rebozo, escalda pés, ambiência com musicoterapia, óleos essenciais e bola do nascimento, que favorecem o parto natural e proporcionam assistência humanizada, digna, respeitosa e segura. Atualmente, o GESTAR recebe convites com frequência para atuar em empresas particulares e participar de eventos científicos.

Resultados

Para ampliar o impacto dessas ações, foi criado um guia intitulado "Ações Educativas no Pré- Natal: Um Guia Prático". Esse guia fundamenta e auxilia os profissionais da saúde no planejamento, na elaboração e na implementação de ações educativas durante o acompanhamento de pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Devido à pandemia de COVID-19, também foram incluídas dinâmicas para serem realizadas de forma on-line, tendo em vista a necessidade de manter a realização das ações, mesmo nesse cenário. O guia foi validado por profissionais do setor materno infantil do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

O Guia traz o passo a passo explicitado sobre cada módulo, como o uso do plano de parto e o jogo de tabuleiro sobre o papel do acompanhante. O modelo de plano de parto foi elaborado, inicialmente, pelo grupo e, posteriormente, apresentado e discutido entre representantes de todas as instituições públicas de Uberlândia. O modelo final foi, então, apresentado ao público em um evento realizado na Universidade (UFU) e, posteriormente, recomendado para publicação no Portal das Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Fiocruz, o qual, atualmente, se encontra disponível como modelo nacional (BRASIL, 2017). Também foram publicados artigos científicos referentes à assistência realizada nos módulos, no que tange às ações relacionadas ao jogo do tabuleiro e ao plano de parto.

Considerando a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016-2030), divulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2015, a elaboração de ações de educação em saúde previne a mortalidade materna e infantil, ao proporcionar atenção de qualidade e reduzir as desigualdades de acesso aos Serviços de Saúde. Dessa forma, as atividades realizadas pelo grupo GESTAR, como o guia prático, o plano de parto e o jogo, promovem repercussões positivas no pré-natal, no parto e no puerpério, além de garantir o direito sexual e reprodutivo, sobretudo, visando o atendimento integral e universal proposto pelo Sistema Único de Saúde na Atenção Primária à Saúde, considerado a proposta da antropóloga britânica Sheila Kitzinger "para que todas as mulheres tenham um feliz dia do nascimento" (Kitzinger, 2016, p. 24).

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. **Plataforma integrada de vigilância em Saúde**. Painel de monitoramento de nascidos vivos. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em: 26 set. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação N° 011, de 07 de maio de 2021**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1731-recomendacao-n-011-de-07-de-maio-de-2021#>. Acesso em: 26 set. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Parto Adequado**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado-1>. Acesso em: 26 set. 2023.

KITZINGER, Sheila apud LESLEY, P. A legacy from: Continuity of care is crucial. In: **British Journal of Midwifery**. 2016, p. 24.

PROGRAMA MARIANAS PROGRAMA DE ACOLHIDA DE MULHERES DE SETE LAGOAS QUE DESEJAM ENTREGAR SUA CRIANÇA RECÊM-NASCIDA PARA ADOÇÃO.

<i>Cristiana Gonçalves dos Santos Gusmão¹</i>	<i>Magda T. Speltz¹⁰</i>
<i>Ana Amarília S. G. Almeida²</i>	<i>Maria José G. A. Pereira¹¹</i>
<i>Camila Vanessa V. França³</i>	<i>Priscila Clemencia Braga¹²</i>
<i>Cristina Oliveira Valadares⁴</i>	<i>Renata Lanza e Almeida¹³</i>
<i>Danielle Froes S. dos Santos⁵</i>	<i>Rosangela Torres¹⁴</i>
<i>Josy de Araújo Gonçalves⁶</i>	<i>Simone Cerqueira P. Vasconcelos¹⁵</i>
<i>Liziane Maria de O. Gripp⁷</i>	<i>Simone Sany Silva¹⁶</i>
<i>Lucia Helena de S. Silva⁸</i>	<i>Sônia Andrelhas Gomes Silva¹⁷</i>
<i>Luiz Gustavo C. Soares⁹</i>	

Contextualização e justificativa

A entrega voluntária de recém-nascidos para adoção é um direito que confere à genitora (que não quer ou não pode exercer a maternidade de sua criança) a possibilidade de entregá-la aos cuidados de terceiros, sob sigilo ou não, por meio do Poder Judiciário, que lhe assegurará o direito à convivência familiar. Embora inserido na Lei nº 8.069/90, no ano de 2009, esse direito, que poderia reduzir o número de mortalidade materna e infantil decorrente da prática de abortos e abandonos, ainda é pouco conhecido e gera inúmeras violações de direito a quem pretende exercê-lo. Foi o que

1- Oficiala do Ministério Público de Minas Gerais. 2- Assistente Social (Instituição de Acolhimento Bem Viver I, à época). Atualmente, trabalha no SESC de Sete Lagoas - MG. 3- Psicóloga na Irmandade de Nossa Senhora das Graças (Hospital Maternidade de Sete Lagoas - MG). 4- Conselheira Tutelar de Sete Lagoas - MG. 5- Defensora Pública da Unidade de Sete Lagoas - MG. 6- Assistente Social (representante da Irmandade de Nossa Senhora das Graças, na época da criação do Programa). Atualmente, trabalha na APAE de Sete Lagoas - MG. 7- Fisioterapeuta da Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas - MG. Atualmente, está lotada na Vila Vicentina e na APAE de Sete Lagoas - MG. 8- Pedagoga, representante da Secretaria Municipal de Educação de Sete Lagoas - MG. 9- Promotor de Justiça da 10ª Promotoria de Justiça de Sete Lagoas - MG. 10- Assistente Social da Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos de Sete Lagoas - MG. 11- Conselheira Tutelar de Sete Lagoas - MG. 12- Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas - MG. 13- Psicóloga da Instituição de Acolhimento Bem Viver I de Sete Lagoas - MG. 14- Assistente Social da Vara da Infância e Juventude de Sete Lagoas - MG. 15- Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas - MG. 16- Psicóloga da Vara da Infância e Juventude de Sete Lagoas - MG. 17- Conselheira Tutelar de Sete Lagoas - MG.

ocorreu em Sete Lagoas - MG, no ano de 2018, quando, acionados pela maternidade, alguns Órgãos de Defesa da Criança, por desconhecerem o direito e estarem despreparados para aquela situação, violaram frontalmente o sigilo invocado, a intimidade e a vida privada de uma genitora que desejou entregar sua criança após o parto. O episódio, contudo, oportunizou uma articulação entre as Secretarias de Saúde, de Assistência Social e Educação do Município, o Ministério Público, a Defensoria Pública, o Tribunal de Justiça e o Hospital Nossa Senhora das Graças, que, após meses de estudo, reuniões e capacitações, lançaram o Programa MariAnas, como uma política pública inovadora no município, que pretende atender, de forma humanizada, todas as mulheres que desejarem exercer o direito.

Objetivos

Após meses de estudo, escuta e observação de casos, foi definido, como objetivo geral do Programa, proporcionar às gestantes e às puérperas de Sete Lagoas, que manifestarem interesse na entrega de sua criança recém-nascida para adoção, o atendimento humanizado e integral (saúde, psicológico, social e jurídico), baseado na empatia, escuta ativa e livre de preconceitos, de forma a garantir que sua decisão, de permanecer com a criança ou de entregá-la, efetivamente, para adoção, seja consciente e responsável, em favor da garantia do direito à convivência familiar e comunitária da criança. Além disso, ficaram estabelecidos como objetivos específicos: a) criação e fomento de uma Rede de Acolhida às mulheres interessadas na entrega; b) divulgação do direito à entrega voluntária e da obrigatoriedade de encaminhamento da interessada à Vara da Infância e da Juventude ao público em geral e, em especial, às gestantes, puérperas e profissionais que as atendem; c) capacitação contínua dos profissionais envolvidos em todo o fluxo de atendimento; d) acompanhamento e discussão dos casos atendidos para fins estatísticos e de aperfeiçoamento do Programa; e) contribuição para a redução da mortalidade materna e infantil decorrente das práticas de aborto e de abandono de recém-nascidos, bem como das práticas em si.

Atividades desenvolvidas de novembro de 2019 a dezembro de 2022

Realização do Seminário "Diálogos sobre entrega voluntária de recém-nascido para adoção", para mais de 350 pessoas (06/11/2019); difusão da entrega voluntária e do

Programa em eventos de redes sociais (05 lives) e diversos programas de televisão e rádio; encontros e reuniões com representantes

da Câmara de Vereadores, da Diocese de Sete Lagoas, Subseção da OAB e OAB feminina, da Delegacia de Atendimento à Mulher, Orientação e Proteção à família e das Faculdades FACSETE e Ciências da Vida, para divulgação do Programa e solicitação de apoio na Rede de Acolhida; capacitação de cerca de 1.000 profissionais da rede de saúde, assistência social, educação e direito, dos diversos equipamentos do Município, e, também, do Hospital-Maternidade e do Serviço de Promoção ao Menor e à Família (SERPAF); participação em eventos públicos para distribuir panfletos e informações a respeito da entrega voluntária e do **Programa MariAnas**; realização do **Seminário Entrega voluntária de recém-nascidos para adoção**, para capacitação de cerca de 450 profissionais da saúde e educação (19/10/2022); reuniões ordinárias mensais para preparação e avaliação de eventos, preparação de material publicitário e discussão de casos.

Resultados

De março de 2019 a dezembro de 2022, 14 mulheres manifestaram o interesse na entrega voluntária, as quais foram acolhidas adequadamente e encaminhadas ao Setor Psicossocial da 1ª Vara Criminal e da Infância e da Juventude de Sete Lagoas. Desse total, 1 foi espontaneamente à Vara, 2 foram encaminhadas pelo Conselho Tutelar, 2, pelo Ministério Público, 4, pela Maternidade e outras 4, pela Estratégia Saúde da Família. De todas elas, 7 genitoras mantiveram a intenção de efetuar a entrega protegida por lei e outras 7 desistiram de fazê-lo, permanecendo com sua criança. Urge realçar, que essas 14 mulheres, devidamente acolhidas, tiveram acesso a uma escuta humanizada estendida a todos os órgãos e, por isso, puderam tomar uma decisão consciente com relação à sua criança. Quatorze (14) mulheres, cuja saúde materna pôde ser acompanhada pelos órgãos da Atenção Primária de Saúde, em virtude da opção legal que fizeram, e 14 crianças que, pela mesma opção das mães, tiveram garantidos o direito à vida, à saúde e à convivência familiar. Esse resultado expressa o êxito das ações realizadas pelo Programa, cuja experiência vem contribuindo para o atendimento de casos e capacitação de profissionais nos Municípios de Paraopeba, Caetanópolis, Araçá e Cordisburgo, que estão implantando sua própria política pública municipal.

CRÉDITOS DE IMAGENS:

BANCO DE IMAGENS CONASEMS

Freepik: https://br.freepik.com/fotos-gratis/close-up-na-equipe-de-profissionais-de-saude_18776101.htm#query=equipe%20m%C3%A9dica&position=7&from_view=search&track=ais. Acesso em: 14 nov. 2023.

Istock Photo: <https://www.istockphoto.com/br>. Acesso em: 14 nov. 2023.

