POLITICAS E AÇÕES IMPORTANTES PARA SAÚDE DAS MULHERES – MARCOS

1983- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – o PAISM – Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Foi elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) **em 1983**, publicado em **1985.**

1986 - I Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, 10 a 16 de outubro de 1986 — até hoje 1ª. e única

1988 - Criação do Sistema Único de Saúde – SUS e **1990** - Sanção da Lei 8.080, 19/09/1990 - Sistema Único de Saúde – SUS e consagra os princípios finalísticos de Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira;

1994 - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD, Cairo 1994), símbolo de mudanças, alocando os direitos reprodutivos como parte integrante e indissociável dos direitos humanos;

1995 – Conferencia Mundial da Mulher – Beijing reforça o respeito pelos direitos humanos, incluídos os direitos sexuais e reprodutivos; promoção do desenvolvimento humano e do bem-estar, com reforço das políticas de educação, emprego, saúde e respeito ao meio ambiente; empoderamento das mulheres e equidade de gênero.

1998 - Organização da atenção as mulheres em situação de violência - Sistema de referência gestante de Alto Risco - Portarias que põem limites dos pagamentos-SUS dos partos cesárea - Atenção Básica incorpora indicador de investigação de óbitos MIF;

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

POLITICAS E AÇÕES IMPORTANTES PARA SAÚDE DAS MULHERES – MARCOS

2003 -A criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR)e sua elevação ao status de ministério em 2011, tem contribuído de forma decisiva para a melhoria de vida das mulheres;

2004 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – **PNAISM** - de linhas de ação, sob a perspectiva da integralidade, da visão filosófica e política preconizada pelo PAISM**: - Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal e Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento;**

2005 - Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e Lei do acompanhante no parto (Lei 11.108, 07/04/2005)

2004, 2007 e 2011 -Conferências Nacionais das Mulheres (2004, 2007 e 2011), ferramenta orientadora de políticas públicas que visam reduzir as desigualdades de gênero presentes em vários níveis, setores e atividades do País;

2007 - Pacto pelo Enfrentamento da violência contra a mulher

2008 - Regulamentação da vigilância do óbito materno e o Pacto de redução da mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal; e **2009** - Plano de qualificação das maternidades - PQM

2011 - **Rede Cegonha** - publicação da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 -*Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.*

2013 – Programa Mulher Viver Sem Violência - Casa da Mulher Brasileira, Ampliação da Central 180, Humanização e Adequação dos IMLs e Hospitais de Referência, Centro de Atendimento às Mulheres nas Fronteiras, Centro de Atendimento às Mulheres nas Fronteiras, Centro de Atendimento às Mulheres nas Fronteiras

No cenário internacional, o Brasil assumiu as metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, dentre as quais a redução da mortalidade Materna e de crianças menores de 5 anos de idade , entre 1990 e 2015.

No ano de 2004, no âmbito da Presidência da República, e como ações Estratégia da PNAISM - na Atenção Obstétrica - foi firmado o “Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal” com o objetivo de articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças.

A redução da mortalidade Materna e neonatal foi assumida como umas das metas para a redução das desigualdades regionais no País, sob a coordenação do Ministério da Saúde

A Rede Cegonha está sendo implementada em parceria com estados e municípios, gradativamente, em todo o território nacional.

Ela traz um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos e em especial no período neonatal.

Baseia-se na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto, qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades) e a ampliação de serviços e profissionais visando estimular a prática do parto fisiológico, a humanização do parto e nascimento.

Pacto para Redução da Morte Materna e Neonatal

I. Estratégias para implementação:

ção com a sociedade civil fortalecendo o controle social: O envolvimento de diferentes atores sociais;• **A participação de diferentes setores do Governo Federal no Pacto Nacional;• Efetivar pactos estaduais e municipais:** Construir pactos locais contendo a agenda de compromissos; estratégias, ações; cronograma e definições de responsabilidades;• **Redirecionar recursos para projetos:** Redirecionar recursos financeiros com vistas à apoiar projetos para fortalecimento de ações voltadas para a redução da mortalidade materna e neonatal, pactuando nas instâncias gestora;

II. Ações estratégicas redução da mortalidade materna e neonatal:

. Expansão da atenção básica- A ampliação da Estratégia Saúde da Família permite a reorganização do sistema a partir da atenção básica; **. Qualificação e humanização da atenção ao pré-natal -**Por intermédio da expansão do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN); **. Qualificação e humanização da atenção ao planejamento Reprodutivo:** no contexto da garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, entendidos como direitos humanos; **. Atenção humanizada ao abortamento:** Garantir a qualidade e ampliação de serviços de atenção ao abortamento previsto em lei. Assegurar atenção humanizada às mulheres com abortamento inseguro; **. Atenção humanizada ao parto domiciliar:** Ampliação do programa ***Trabalhando com Parteiras Tradicionais,*** buscando sensibilizar gestores e profissionais de saúde para que reconheçam as parteiras tradicionais como parceiras na atenção à saúde da comunidade e desenvolvam ações para valorizar, resgatar, apoiar, qualificar e articular o seu trabalho ao SUS; **. Qualificação e humanização da atenção ao parto e nascimento**; **. Apoiar a criação de centros de parto normal; . Estimular a formalização da referência e contra-referência na Atenção à mulher durante a gestação-** Integrar os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado**. Garantir o direito a acompanhante e ao alojamento conjunto;. Redução da transmissão vertical do hiv/aids e sífilis congênita; . qualificação das urgências emergências maternas e neonatais;. Reduzir as cesáreas desnecessárias; . expandir e regionalizar a rede de bancos de leite humano; . Expandir e/ou regionalizar a rede de hemoderivados;. Primeira semana: saúde integral** que intensificará o cuidado com o recém-nascido e a puérpera na primeira semana após o parto;**. Expansão da oferta de exames; . Vigilância do óbito materno e infantil-** Fortalecer a implementação e atuação dos Comitês de Morte Materna e Infantil, neonatal e fetal, bem como a investigação de óbitos; **. Saúde da mulher trabalhadora; . Saúde das mulheres negras e índias e dos recém-nascidos negros e indígenas; . Saúde da mulher portadora de transtornos menta; . Saúde da mulher privada de liberdade ;. Fortalecimento de projetos de premiação de serviços exemplares**

III. Monitoramento da implementação do pacto nacional nos estados e municípios

Estimular a organização de Comissão para **monitorar e avaliar a execução de todas as ações estratégicas do Pacto nos estados**.

Rede Cegonha

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

I Qualificação da atenção pré-natal :

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

II Qualificação da atenção ao parto e nascimento:

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

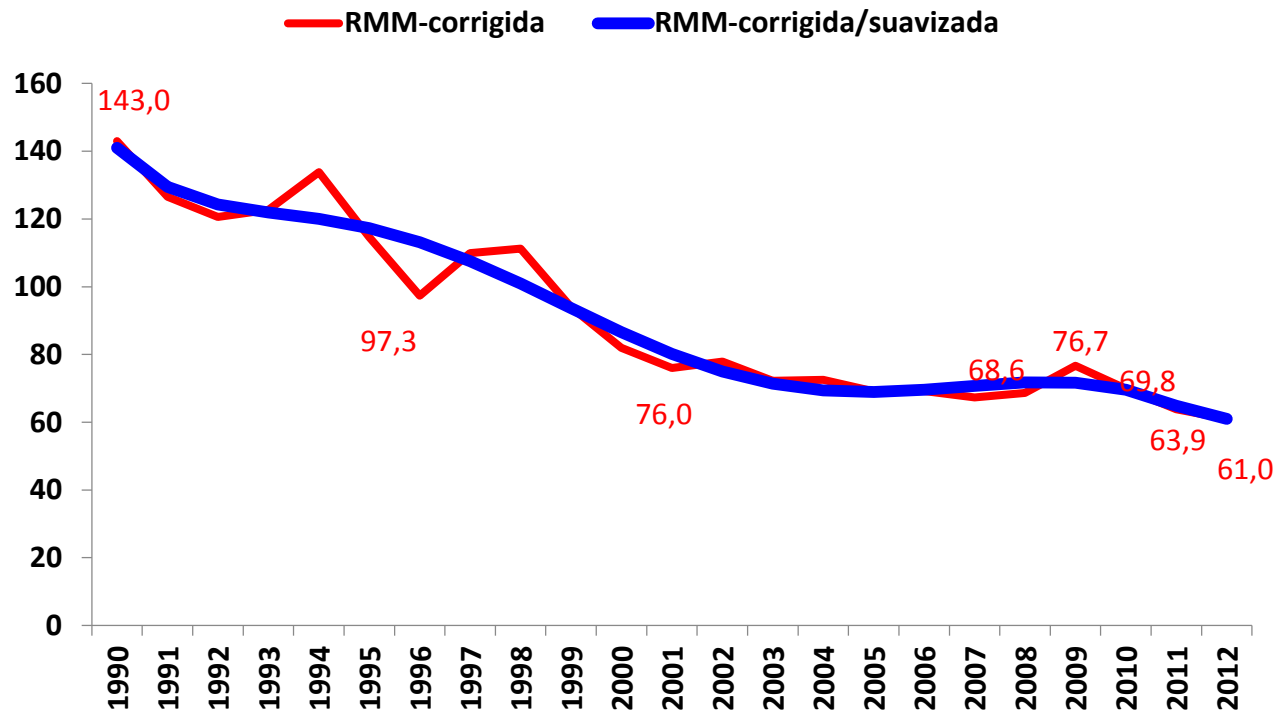
III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança:

• Promoção do **aleitamento materno e da alimentação** complementar **saudável**; • **acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira se**mana após a realização do parto e nascimento; • **busca ativa de crianças vuln**eráveis; • implementação de **estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiv**a; • **prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites**; e orientação e oferta de **métodos contraceptivos**

IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação:

• promoção, nas situações de urgência, do a**cesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco**, por meio do Sistema de Atendimento **Móvel de Urgência - SAMU Cegonha**, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; • implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de **vinculação da gestante ao local de ocorrência do part**o; e • implantação e/ou implementação **da regulação de leitos obstétricos e neonatais**, assim como a **regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).**

Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil nv), estimações pelo Ministério da Saúde. Brasil, 1990 a 2012



RMM - 2012: 61 óbitos maternos por 100 mil n.v.

Queda :
1990 - 2012 = 57%

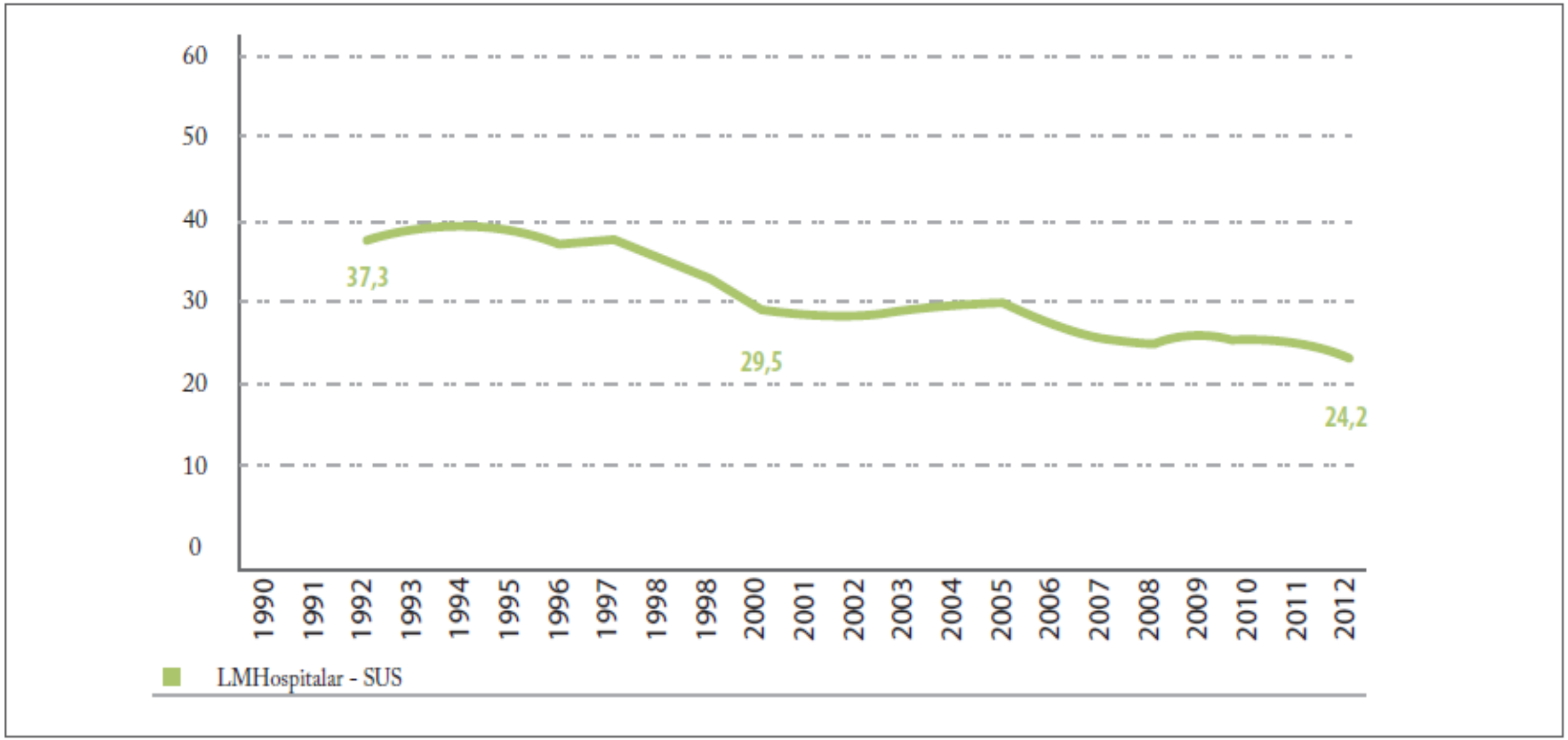
2000 – 2008 = 16%
2009 – 2010 = 9%
2010 – 2011 = 9%
2011 – 2012 = 5%

	1990	1996	2001	2009	2010	2011	2012
Fator de Correção	2,5	2	1,4	1,18	1,16	1,15	1,13

Fonte: CGIAE/SVS/MS

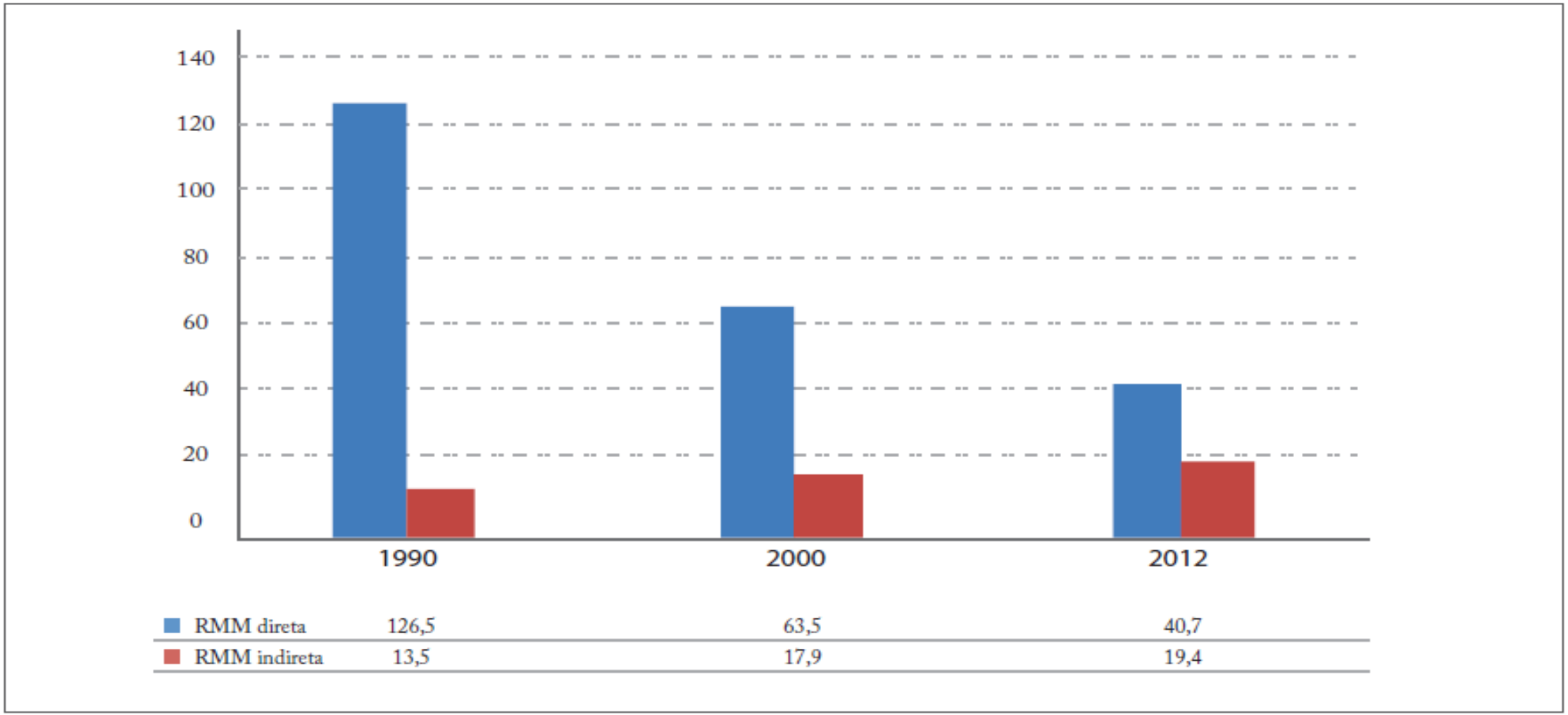
€ Em 2009, aumento de óbitos maternos pela epidemia de H1N1.

Gráfico 2 – Mortalidade materna hospitalar no Sistema Único de Saúde – Brasil, 1992 a 2012



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)/ Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/Ministério da Saúde (MS).

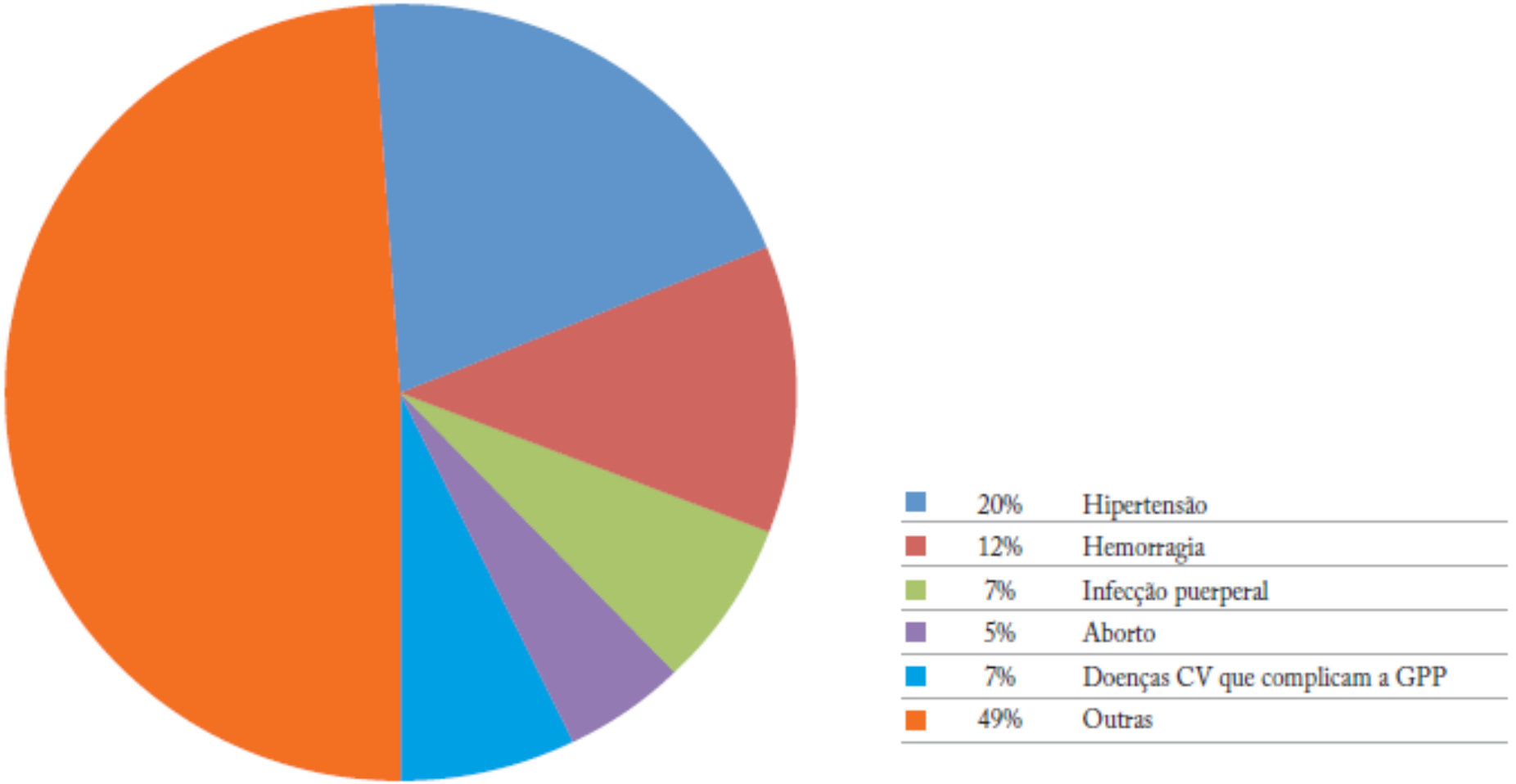
Gráfico 3 – Razão de mortalidade materna (RMM) por causas obstétricas diretas e indiretas (por 100 mil nascidos vivos) – Brasil, 1990, 2000 e 2012*



	1990	2000	2012
RMM direta	126,5	63,5	40,7
RMM indireta	13,5	17,9	19,4

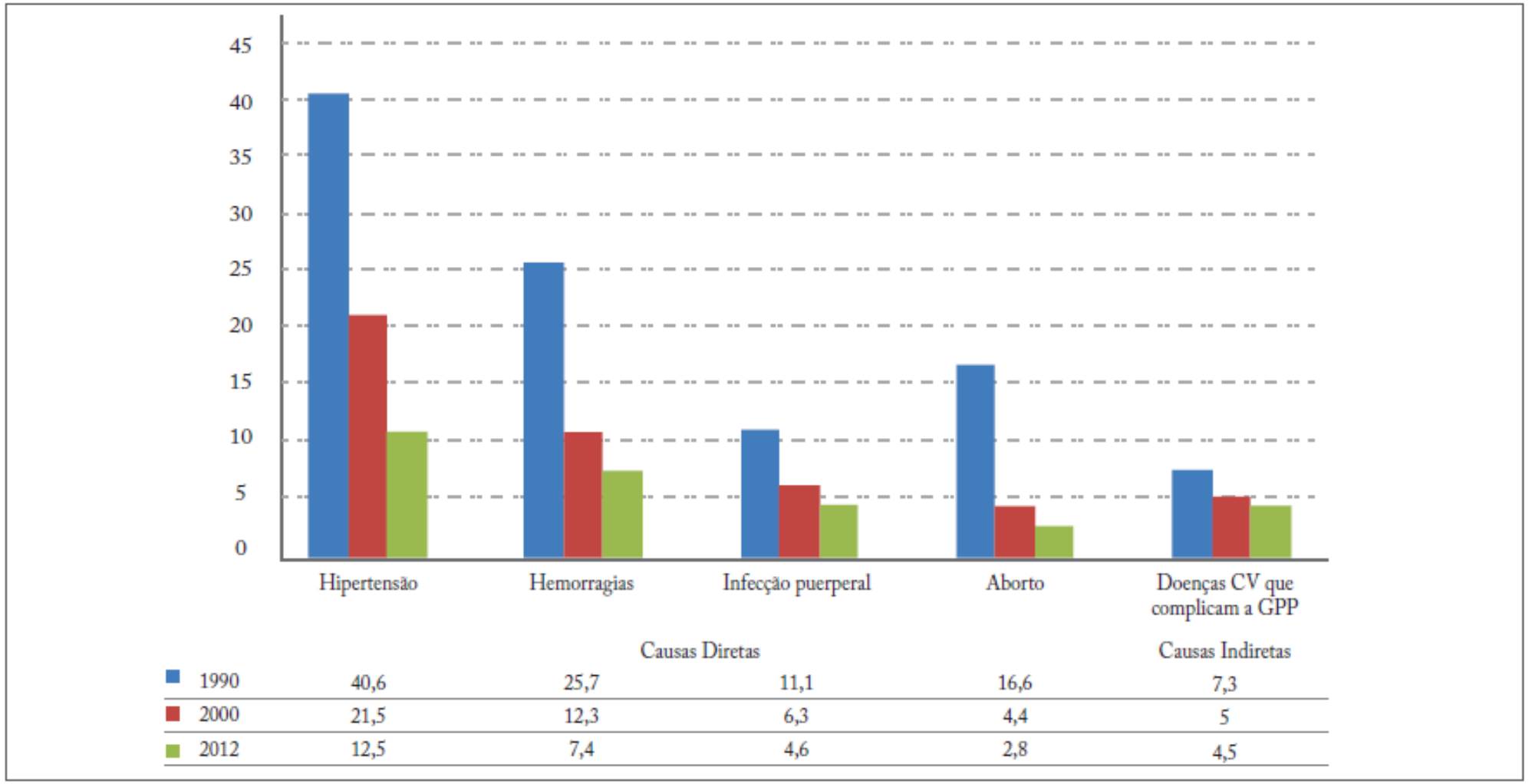
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Ministério da Saúde (MS).
* As causas obstétricas inespecíficas representaram 3 e 2 óbitos por 100 mil nascidos vivos para os anos 2000 e 2012, respectivamente. Em 1990, não houve especificação destas causas.

Gráfico 4 – Proporção (%) dos óbitos maternos, segundo tipo de causa – Brasil, 2012



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Ministério da Saúde (MS).

Gráfico 5 – Razão de mortalidade materna (RMM) por causas específicas de morte (por 100 mil nascidos vivos) – Brasil, 1990, 2000 e 2012



1990	40,6	25,7	11,1	16,6	7,3
2000	21,5	12,3	6,3	4,4	5
2012	12,5	7,4	4,6	2,8	4,5

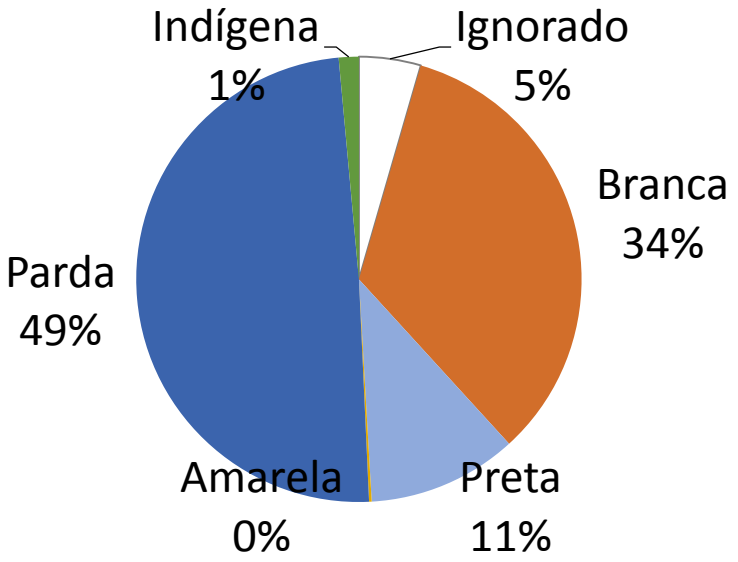
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Ministério da Saúde (MS).
Nota: CV, doenças cardiovasculares; GPP, gestação, parto e puerpério.

Entre 1990 e 2012, mostra uma redução no risco de morrer, sendo mais evidentes a quedas de risco nas morte por aborto e hemorragia

Secretaria de Políticas para as Mulheres - PR

Óbitos maternos segundo raça cor e causas de mortalidade

Brasil, 2012

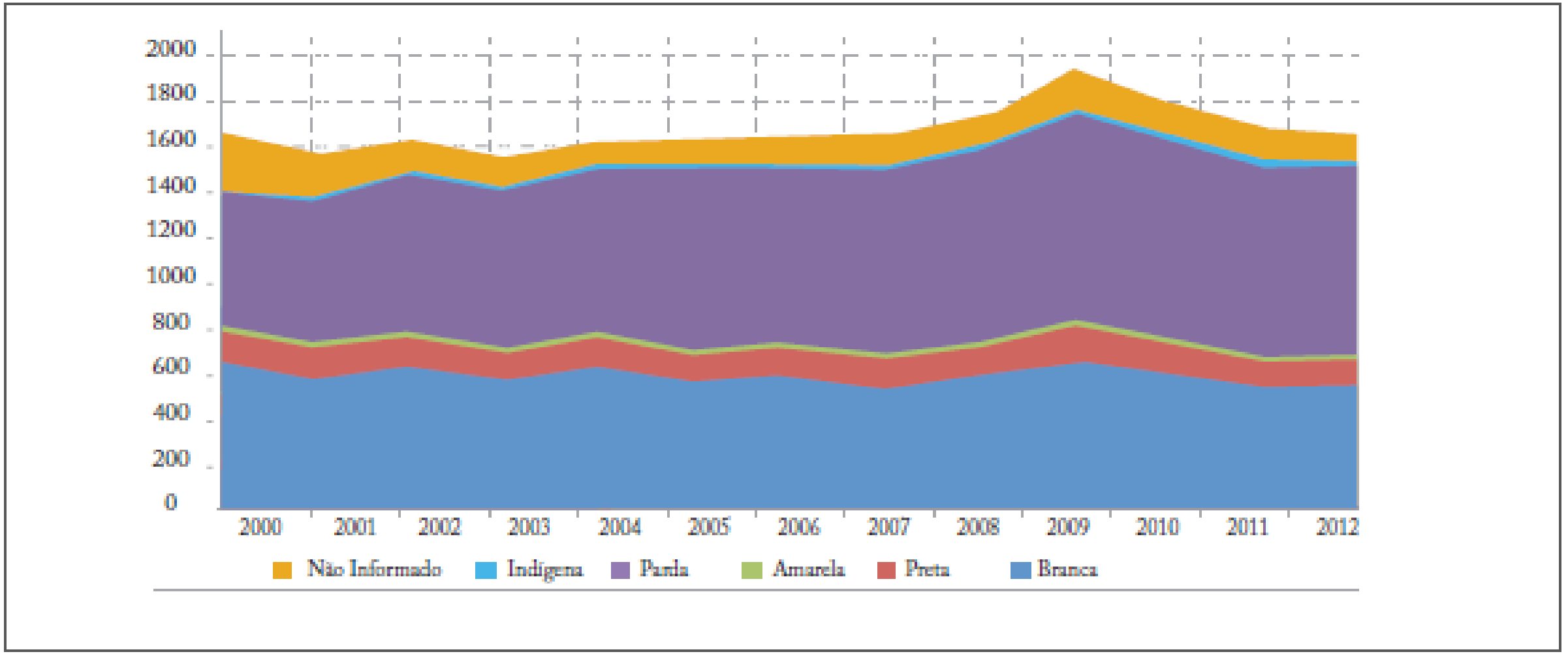


Preta (11% e Pardas (49)=
Negras - 60% dos óbitos maternos segundo raça/cor são em mulheres negras essa proporção vem aumentando ao longo dos anos

	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	IGN
Hipertensão	17,4	22,7	0	20,9	13	18,3
Hemorragia	11,4	8,7	33,3	11,9	17,4	12,7
Infecção puerperal	6,9	7	33,3	7,1	13	7
Aborto	2,8	8,1	0	4,7	4,3	2,8
DCV – GPP	8,8	5,2	0	6,2	0	11,3
Outras Causas	52,7	48,3	33,4	49,2	52,3	47,9
Total Óbitos Maternos (n)	534	172	3	780	23	71

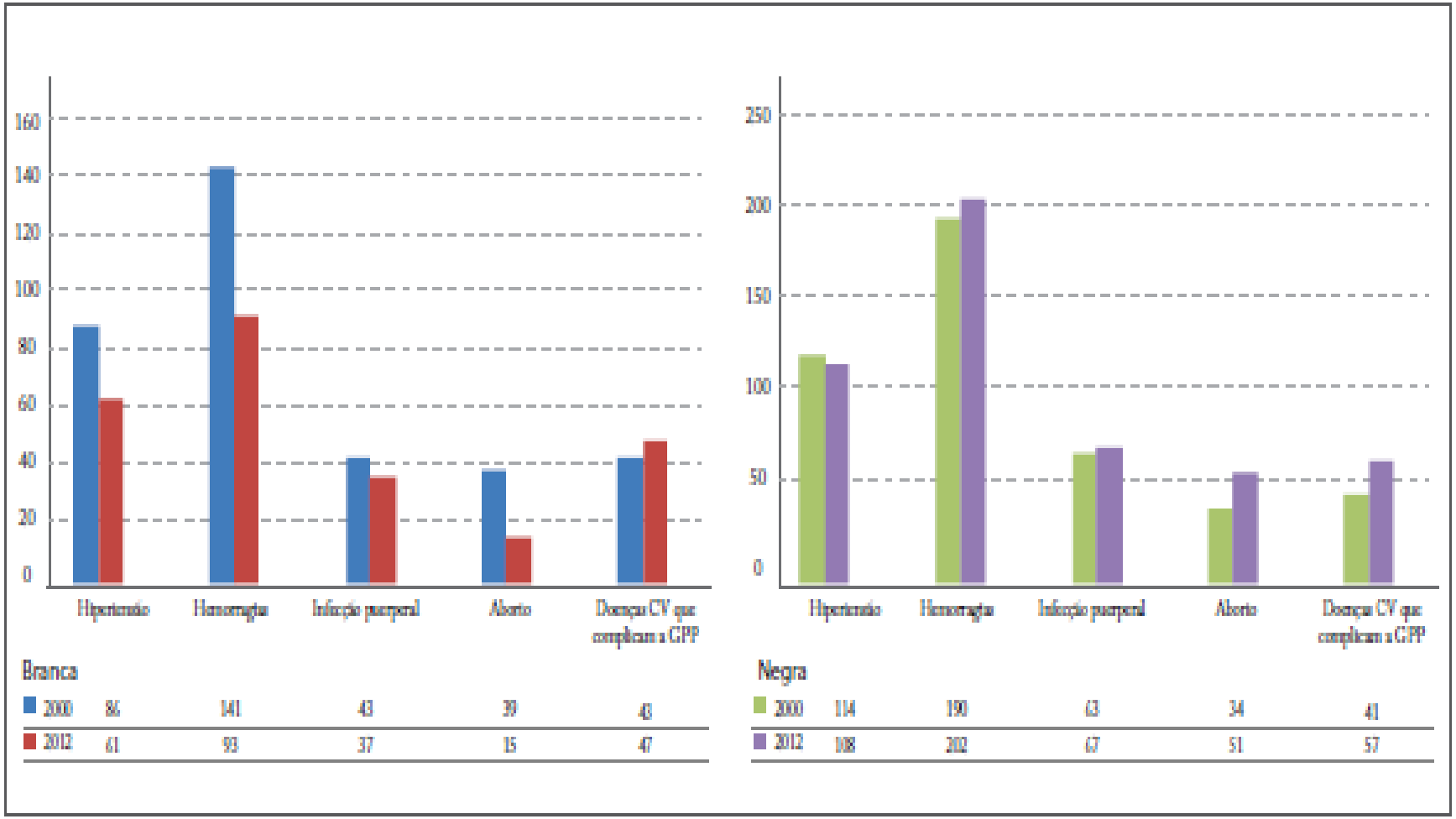
Fonte: CGAIE/SVS/MS
* 2013: dados preliminares DCV-GPP, doenças cardiovasculares complicando a gestação, parto e puerpério

Gráfico 6 – Número de mortes maternas, segundo cor ou raça – Brasil, 2000 a 2012



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Ministério da Saúde (MS).

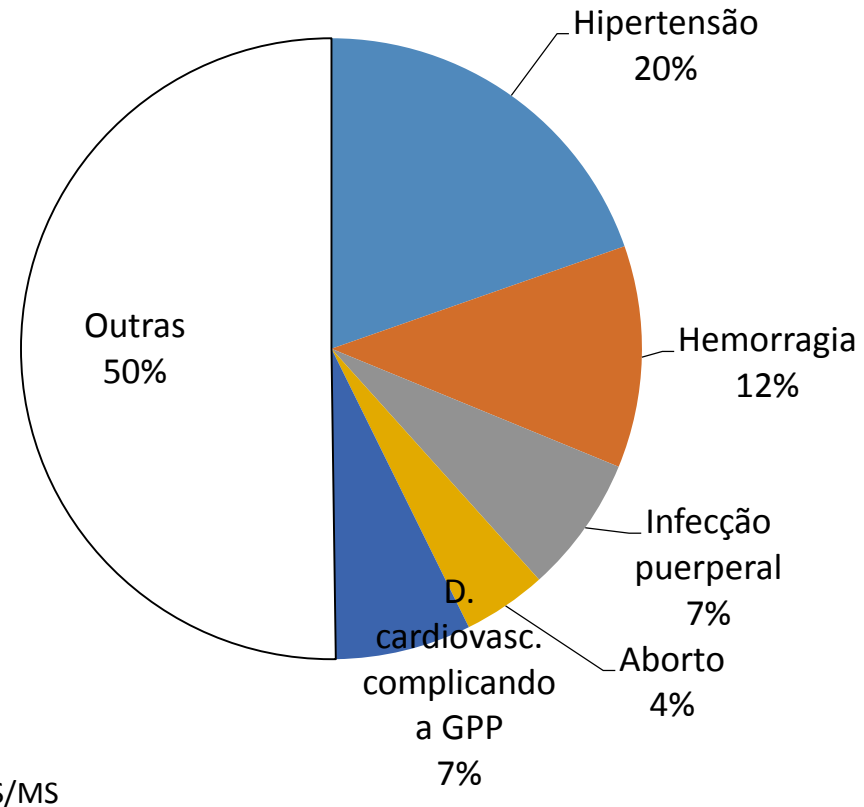
Gráfico 7 – Número de mortes maternas segundo as principais causas e cor ou raça (branca e negra) – Brasil, 2000 e 2012



Fonte:Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Ministério da Saúde (MS).
Nota: CV, doenças cardiovasculares; GPP, gestação, parto e puerpério.

Preta (11% e Pardas (49)= Negras (60%) de óbitos maternos ocorrem em mulheres negras e essa proporção vem aumentando ao longo dos ano.

Causas de óbitos maternos |
Brasil e UFs, 2012 e 2013*



UF	2012 Hipert.	Hemor.	Inf.puerp.	Aborto	DCV-GPP	Total	2013* Hipert.	Hemor.	Inf.puerp.	Aborto	DCV-GPP	Total
RO	3	1	6	0	2	17	7	0	0	2	0	18
AC	1	1	1	1	1	9	2	1	0	0	0	7
AM	13	2	4	1	5	50	6	6	4	5	1	48
RR	0	2	0	0	0	4	0	1	1	0	0	5
PA	24	16	8	6	1	94	20	14	3	4	2	84
AP	2	1	0	2	0	6	3	3	0	2	0	13
TO	3	1	1	0	0	13	2	3	2	0	0	13
MA	19	18	4	4	2	84	34	15	8	5	1	101
PI	12	4	4	1	5	48	8	3	2	3	4	42
CE	27	4	5	2	6	88	20	7	4	2	5	80
RN	4	5	3	0	2	31	4	1	4	0	0	18
PB	7	5	2	1	0	27	8	4	6	2	4	41
PE	17	5	4	3	4	73	10	7	4	1	11	69
AL	7	1	4	1	1	24	2	4	4	2	0	24
SE	7	3	0	0	3	24	7	1	1	2	0	16
BA	24	20	7	6	10	147	28	18	3	3	7	112
MG	17	15	4	7	4	88	25	16	6	6	5	90
ES	9	2	3	0	4	34	3	1	2	1	4	23
RJ	23	13	20	13	11	180	27	9	5	13	10	154
SP	33	21	14	8	29	227	27	23	14	6	13	175
PR	9	11	4	1	6	59	11	11	4	0	3	53
SC	3	5	3	1	2	32	2	5	1	1	3	24
RS	18	10	4	5	7	92	7	7	1	0	5	35
MS	4	4	0	1	0	29	3	3	2	0	0	21
MT	8	0	3	1	0	30	8	2	3	0	0	32
GO	13	12	4	0	3	54	15	6	3	0	3	39
DF	4	1	1	4	4	19	2	4	0	6	1	23
Brasil	311	183	113	69	112	1583	291	175	87	66	82	1360

Fonte: CGAIE/SVS/MS
* 2013: dados preliminares
DCV-GPP, doenças cardiovasculares complicando a gestação, parto e puerpério

Óbitos maternos segundo faixa etária - Brasil e Regiões, 2012

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

Em todas as faixas etárias a principal causa de morte materna e a Hipertensão relacionada a gravidez. Em segundo lugar está a hemorragia, exceto nas menores de 15 anos.

Fonte: CGAIE/SVS/MS
DCV-GPP, doenças cardiovasculares complicando a gestação, parto e puerpério

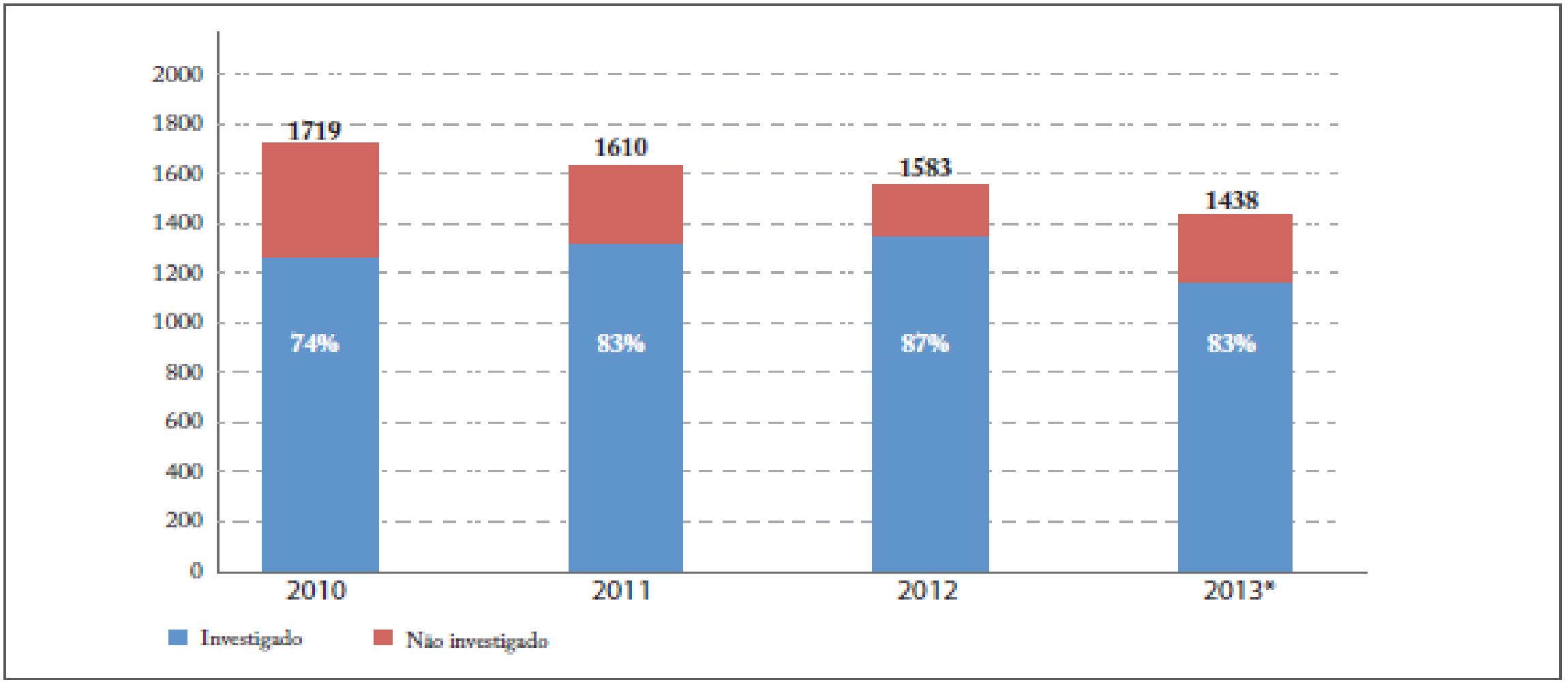
Tabela 5 – Cálculo da taxa de incidência de morbidade materna grave (MMG) no Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasil, 2008 a 2013

Internações obstétricas no SUS	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Com MMG*	24004	25710	27466	27133	26521	27495
Com Parto	1999343	1982263	1955634	1947352	1892545	1880277
Taxa de MMG **	12,0	13,0	14,0	13,9	14,0	14,6

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS)/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/ Ministério da Saúde (MS).

Nota: * MMG, morbidade materna grave; ** taxa: (internações com MMG/internações com parto) x 1.000

Gráfico 11 – Número de óbitos maternos e proporção (%) de óbitos maternos investigados – Brasil, 2010 a 2013*



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Ministério da Saúde (MS).

* Dados preliminares para 2013.

Obrigada.

Rurany Ester Silva

Contato na SPM/PR
Fone: 3313 7071
E-mail: rurany.silva@spm.gov.br