



# SISTEMATIZAÇÃO DOS PROGRAMAS

*Toda Criança Nasce para ser Feliz e Juntos para Mudar, que deram origem à Iniciativa de Saúde*





## Ficha Técnica

---

### CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

#### Presidente

Synésio Batista da Costa

#### Vice-presidente

Carlos Antonio Tilkian

#### Conselheiros

Antonio Carlos Malheiros, Carlos Antonio Tilkian, David Baruch Diesendruck, Eduardo José Bernini, Fernando Vieira de Melo, Hector Nuñez, Humberto Barbato, José Eduardo Planas Pañella, Luiz Fernando Brino Guerra, Morvan Figueiredo de Paula e Silva, Otávio Lage de Siqueira Filho, Rubens Naves, Synésio Batista da Costa e Vitor Gonçalo Seravalli

### CONSELHO FISCAL

Bento José Gonçalves Alcoforado, Mauro Antonio Ré e Sérgio Hamilton Angelucci

### SECRETARIA EXECUTIVA

#### Administradora Executiva

Heloisa Helena Silva de Oliveira

#### Gerente de Desenvolvimento Institucional

Victor Alcântara da Graça

### INICIATIVA DE SAÚDE

Márcia Cristina Pereira da Silva Thomazinho, Cintia da Cunha Otoni e Thais Cristina Cardoso Rabelo

### FICHA TÉCNICA

#### Texto

Ricardo Prado

#### Edição

Cintia da Cunha Otoni e Márcia Cristina Pereira da Silva Thomazinho

#### Leitura crítica

Denise Maria Cesario e Daniela Resende Florio

#### Colaboração

Juliana Oliveira Mamona, Raquel Farias Meira e Victor Alcântara da Graça

#### Revisão de Texto

June Hellen Sant'Ana Marques

#### Projeto gráfico e diagramação

Denis Keiti Martines

#### Imagens

CEDOC, Hermes Costa Neto, RC Fotografia Digital (Rachel Hager), Angelina Maria da Silva e Sara Silva

## Apresentação

---

Maria Gabriela Carvalho da Silva, moradora de Juquitiba, na Grande São Paulo, tinha 17 anos quando descobriu que estava grávida. De acordo com a jovem, a descoberta não foi nada tranquila: “Fiquei com muito medo de falar para a minha família. Foi uma das coisas mais difíceis que passei. Conteí primeiro para a minha mãe, e no começo ela nem queria falar comigo. Depois, ela me ajudou a contar para o meu pai, que foi a parte mais difícil. Ele me expulsou de casa”, conta. Assustada, Maria Gabriela ficou fora de casa por alguns dias, até que precisou voltar, entretanto, o convívio doméstico a partir daquele momento não foi fácil: “Fiquei com minha mãe e meus irmãos. Meu pai não queria olhar para a minha cara e meus irmãos de vez em quando me culpavam porque o pai mudou tanto. Doeu muito. Ele acabou voltando a falar com minha mãe e com meus irmãos, mas comigo não. Parou de falar que me amava, não ficava mais aqui, falava que tinha raiva e vergonha de mim”, recorda.

Em algum momento durante a gravidez, no entanto, a sorte da jovem começou a mudar. Mais precisamente no dia em que foi localizada por uma agente comunitária da equipe Saúde da Família, que fazia uma busca ativa por gestantes no bairro onde morava a família de Maria Gabriela. Naquele ano, 2014, Juquitiba iniciava uma parceria com a Fundação Abrinq, que levava para o município da Grande São Paulo um programa inédito de

combate à mortalidade materno-infantil e de melhoria na qualidade de atendimento pré e pós-natal às gestantes e suas famílias.

Depois de fazer todos os exames necessários e saber que seu filho estava muito bem, Maria Gabriela foi convidada para participar de um grupo de gestantes que estava se formando no posto de saúde onde passou a fazer o atendimento pré-natal.

“Comecei a participar do grupo quando estava com dois meses. Como eu sentia muita vergonha, minha mãe sempre ia comigo. Eles falavam de como o bebê ia nascer, como ia ser, sobre o que estava acontecendo com a criança, falavam para não engordar, o que eu podia comer, quais exercícios eu tinha que fazer e sobre o alimento do bebê. Também diziam muito para eu não ficar com medo. Nesse grupo de gestantes eu conversava com mães que tinham os mesmos medos que eu, e isso me acalmou. Eu percebi que podia enfrentar tudo, que podia voltar ao normal e não precisava ficar sozinha no meu quarto. Foi muito bom participar”, lembra.

As mulheres daquele grupo também foram decisivas para que a jovem permanecesse morando com seus pais: “Foi muito bom participar do grupo. Eu pensava muito sobre sair de casa com o meu filho, por medo do meu pai bater

em nós. Elas me ajudaram muito nisso”, conta a jovem mãe, que decidiu permanecer na casa dos pais por durante a gestação. Maria Gabriela não perdia uma reunião do grupo de gestantes, onde pôde contar com o apoio de um psicólogo e da enfermeira treinada pelo programa.

Quando Maria Gabriela estava próxima de ganhar o bebê, outra mudança aconteceu, desta vez no comportamento do pai. Ela lembra que passou aquele dia com a mãe, pintando o quarto para receber a criança, quando viu seu pai surgir à porta: “Ele entrou para ver o quarto. E ficou olhando, olhando e chorando”, ressalta.

Veio o parto, um momento quase sempre tenso na vida de toda gestante e de quem a cerca. Com Maria Gabriela não foi diferente, mesmo que ela estivesse muito bem informada sobre os procedimentos que viriam até a chegada, tão esperada, de Bruno. Decidida quanto ao modo como seu filho viria ao mundo, a jovem havia aprendido bastante sobre o parto normal e seus benefícios: “Perdi o medo e me sentia segura quando fiz a escolha pelo parto normal, mas já estava com 42 semanas e o médico disse que eu estava ‘perdendo líquido’, e no meu caso seria mais seguro fazer a cesariana. Minha mãe me apoiou bastante nesse momento, pois chorei muito! Ela me deu forças e ficou comigo o tempo todo”.

Um dos primeiros efeitos da introdução desse programa nos municípios, hoje denominado Iniciativa de Saúde da Fundação Abrinq, é a queda no número de nascimentos por cesariana, que no Brasil alcança números bem acima da média mundial.

Para Maria Gabriela não foi possível ter seu filho por parto normal, mas sua frustração logo foi trocada pela alegria ao descobrir que conseguiria amamentar seu filho sem problemas: “Não tive dificuldades para a ‘pega’, pois havia feito tudo o que me ensinaram no grupo. Então, quando o Bruno nasceu não tive dificuldades para amamentá-lo. Ele ficou só com o meu leite até quase seis meses. Ainda estou amamentando o meu bebê e espero continuar até quando ele não quiser mais”, explica.

Participar do grupo de gestantes da cidade foi muito importante para Maria Gabriela, como ela reconhece, citando a própria mãe como testemunha: “Minha mãe diz que com o grupo eu me abri mais, aprendi a ser mais comunicativa, pois pude ter contato com outras pessoas vivendo a mesma experiência que eu estava vivendo, e vi que não era só eu que estava naquela situação”. Um ano depois, ela se sente mais confiante e a vida familiar ganhou uma nova dinâmica com a chegada do pequeno Bruno: “Hoje eu sou uma mãe muito feliz. Sei cuidar bem do meu filho e sou

## Apresentação

---

responsável. Ele me ajudou muito e me deu uma alegria que eu não tinha. Meu relacionamento com minha família também mudou. Estou feliz porque meu pai começou a pegar meu filho no colo, fiquei muito feliz quando eu vi isso pela primeira vez”, lembra emocionada.

A jovem já faz planos para Bruno: “Quero dar uma vida melhor para ele e mostrar para não fazer os mesmos erros que eu fiz, como o de brigar com os meus pais, fazer o pai ficar preocupado. Quero um futuro muito bom para o meu filho e que ele possa fazer uma faculdade, arrumar um emprego direitinho e fazer uma família também. Quero tudo isso para ele”, diz, com a confiança de quem sabe que o período mais difícil já está terminando.

Virão outros desafios, mas a primeira barreira foi superada: Bruno é uma criança saudável, que teve toda a atenção que precisou enquanto estava na barriga de sua mãe, que, por sua vez, teve toda a atenção das enfermeiras, dos agentes de saúde e do grupo de gestantes. Um bom trabalho, feito de forma coletiva, compartilhada e com objetivos muito claros: cuidar de cada criança que está para nascer e de cada mãe naquele município, somando esforços com o trabalho já feito pelas equipes da Atenção Básica. É sobre esse cuidado que se trata esta publicação.



*Maria Gabriela com Bruno em seu primeiro e segundo depoimento: de adolescente grávida a mãe realizada em um ano.*

## SÚMARIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	10
A hora da vida.....	10
O Programa Saúde da Família .....	12
O agente comunitário de saúde.....	13
A Fundação Abrinq entra na estratégia .....	15
Um problema persistente .....	15
Um programa dentro de outro programa.....	15
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	18
A Metodologia e Seus Atores .....	19
Vontade política, o primeiro passo.....	19
Objetivos principais .....	20
Ações estratégicas .....	20
Principais fases de implantação do Projeto .....	20
As oficinas de capacitação e seus conteúdos .....	22
1. Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.....	22
2. Agentes comunitários de saúde .....	27
3. Os grupos de gestantes.....	31
4. Comitês de Mortalidade.....	38
5. Comitês de Educação Permanente em Saúde .....	40
<b>CAPÍTULO 3. O QUE OS AVALIADORES EXTERNOS DISSERAM</b> .....	42
Principais conclusões da avaliação.....	43
<b>CAPÍTULO 4. A HORA DE POR A MÃO NA MASSA</b> .....	46
Como acabar com as mortes evitáveis no seu município.....	48
<b>ENSAIO FOTOGRÁFICO</b> .....	50



### **Uma publicação para gestores e profissionais da saúde**

A história de Maria Gabriela e seu filho Bruno, com todos os percalços e inseguranças que envolvem uma gravidez na adolescência, teve um final feliz. Ou melhor, um início feliz. Isso aconteceu graças a uma série de ações coordenadas envolvendo a Estratégia de *Saúde da Família* do Ministério da Saúde, avançada e bem-sucedida política de prevenção em saúde pública e a *Iniciativa de Saúde*, da Fundação Abrinq, programa de atenção à gestante e aos recém-nascidos, que envolveu gestores da área da saúde, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde

de 12 municípios dos Estados de São Paulo, Pernambuco e Sergipe.

É sobre esse projeto, hoje denominado Iniciativa de Saúde, que vem sendo aplicado desde 2014 sob dois nomes distintos, mas seguindo a mesma metodologia (*“Toda Criança Nasce para Ser Feliz”* e *“Juntos para Mudar”*), que chamamos a sua atenção, leitor (a) que tem atuação profissional vinculada à área da saúde, especialmente aos gestores municipais que querem mudar e melhorar a saúde da gestante, assim como reduzir os óbitos infantis por causas evitáveis, impactando na redução da taxa de mortalidade infantil da sua cidade.

Tudo iniciou em 2011, com o lançamento da campanha “*Por Todas as Crianças*”, ocasião na qual a Fundação Abrinq lançou um estudo sobre as principais questões envolvendo o problema das elevadas taxas de mortalidade materna, infantil e na infância presentes no Brasil. A partir daí foram sendo delineadas estratégias para o enfrentamento da questão. De uma delas nasceu o *Projeto Toda Criança Nasce para Ser Feliz*, que foi aplicado em seis cidades do Estado de São Paulo e uma de Pernambuco, e, posteriormente, o *Projeto Juntos para Mudar*, implantado nos municípios paulistas de Biritiba-Mirim, Salesópolis e Mogi das Cruzes, atualmente denominado *Iniciativa de Saúde*, em execução nas cidades sergipanas, Itaporanga D’Ajuda e São Cristóvão.

Acreditamos que o maior poder de convencimento está na palavra de quem viveu a experiência na própria pele, seja como gestante ou como um dos integrantes desta cadeia de profissionais que diariamente fazem girar uma estrutura gigantesca voltada à atenção básica, mas com uma capilaridade impressionante, a Estratégia Saúde da Família do Sistema Único

de Saúde (SUS), que vem obtendo ganhos expressivos no combate à mortalidade infantil (zero a um ano de idade) e na infância (um a cinco anos de idade) no Brasil.

Desta forma, teoria e prática se completam nesta publicação, testemunhando a viabilidade de um projeto que tem vocação para ser expandido a todos os cantos do país, especialmente para aqueles com altas taxas de mortalidade infantil, como é o caso dos municípios envolvidos nesta experiência, que passará a ser contada a partir do próximo capítulo.

Boa leitura!



# CAPÍTULO 1

## A hora da vida

Ao longo da década de 1980, o Brasil começou a reduzir significativamente seus índices de mortalidade infantil. No início daquela década o país chegou a apresentar o alarmante dado de 82,8<sup>1</sup> crianças mortas para cada mil nascidos vivos, sendo que, para a Organização das Nações Unidas (ONU), uma média acima de dez óbitos de menores de um ano de idade por mil nascimentos é considerada elevada. No entanto, a partir dessa década e das seguintes houve uma redução sistemática, em média de 4,9%<sup>2</sup> ao ano nesses índices, fazendo com que, entre 1990 e 2015, a mortalidade infantil caísse espantosos 73%<sup>3</sup> no Brasil.

<sup>1</sup> Fonte: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

<sup>2</sup> Fonte: IBGE e <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/brasil-registra-alta-de-mortalidade-infantil-apos-decadas-de-queda.ghtml>.

<sup>3</sup> Fonte: <https://nacoesunidas.org/brasil-reduziu-mortalidade-infantil-em-73-desde-1990-afirma-unicef/> e Relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância.



A queda expressiva na mortalidade infantil fez com que o país alcançasse a meta de redução estipulada pela ONU em seus Objetivos do Milênio. Com efeito, em 2015 alcançamos o índice histórico mais baixo (12,4 mortes por mil nascidos vivos)<sup>4</sup>, embora em 2016, pela primeira vez, a queda sustentada de quase três décadas tenha sido interrompida, com a elevação do índice para 12,7 para cada mil nascidos vivos.

A emergência da epidemia do Zika Vírus e o agravamento da crise econômica, pelo desinvestimento orçamentário de 22%<sup>5</sup> de 2014 para 2018 para atenção básica foram fatores que os epidemiologistas creditam ter influenciado a elevação inoportuna desse índice. Essa elevação na taxa de mortalidade infantil, embora pequena, fez nascer um sinal de alerta.

Por trás da queda expressiva na morte de crianças no Brasil, que se revela consistente e vinha se prolongando por décadas até 2015, criou-se a partir da iniciativa nascida no Ministério da Saúde, em 1993, que se transformou em uma estratégia basilar da atenção básica no Brasil: o Programa Saúde da Família.

Foi por meio desse programa que a Fundação Abrinq enxergou, em 2011, um modo bastante eficaz de atuar junto ao poder público, sem duplicação de esforços, que pudesse fazer a diferença em relação aos perversos índices de mortalidade materno-infantil.

No processo de criação da atual Iniciativa de Saúde foram definidos os principais atores para a implementação das estratégias: gestores municipais, secretários municipais de saúde, educação e assistência, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, claro, as próprias gestantes.

Mas para entendermos como aplicar a metodologia criada pela Fundação Abrinq é importante compreender, antes, como funciona o Programa Saúde da Família, estratégia do Ministério da Saúde.

<sup>4</sup> Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

<sup>5</sup> Fonte: Fundação Abrinq – VI Relatório Um Brasil Para as Crianças e os Adolescentes: avaliação da gestão 2015-2018.

### **O Programa Saúde da Família**

Influenciado por experiências semelhantes na área de saúde pública feitas na Holanda, na Grã-Bretanha, em Cuba e no Canadá, o Programa Saúde da Família surgiu em dezembro de 1993, durante a gestão de Henrique Santillo à frente do Ministério da Saúde, durante o governo de Itamar Franco. Foi pensado com o objetivo de reorganizar a atenção básica no país a partir da criação de milhares de equipes volantes, formadas por agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros e técnicos de enfermagem, além de médicos e dentistas. Em 1998, o programa passaria a denominar-se Estratégia Saúde da Família, consolidando-se como elemento estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo o desenho original do programa, cada agente comunitário de saúde cuidaria de 100 a 200 famílias e seria o elemento de ligação entre estas e os serviços públicos de saúde. O papel destes agentes de saúde, conforme destacou o ex-Ministro da Saúde Dr. Adib Jatene em artigo que integra o livro *Memórias da Saúde da Família no Brasil* (Ministério da Saúde, Brasília, 2010), era “cadastrar a população daquele núcleo e visitar mensalmente cada família, servindo de intermediário no atendimento do posto com os demais membros da equipe, restabelecendo duas características para o atendimento

médico, que era o vínculo e a responsabilidade de quem atende para com quem é atendido”, avaliou Jatene, sucessor de Henrique Santillo no ministério, que ampliou o programa herdado da gestão anterior.

Esse vínculo e responsabilização entre a rede de atenção básica e cada uma das famílias atendidas pelo programa, no entanto, se reveste de características especiais, que garantiram, em boa parte, o sucesso do programa. Isso porque a ação dos agentes comunitários de saúde escapa à burocracia e à impessoalidade características dos serviços públicos. Trata-se de um vínculo de natureza especial porque inclui afetos e o envolvimento pessoal de um servidor, ou de uma equipe, com cada família atendida.

Os efeitos de uma política pública que leva o servidor público para dentro da casa dos usuários do SUS foram evidentemente positivos desde o início da experiência. “Ao levar as mães para os serviços de pré-natal e de puericultura, vacinar as crianças e estimular o aleitamento materno, a higiene e o uso do soro oral, o agente comunitário de saúde fez cair, em todo o Brasil, a mortalidade infantil após a primeira semana de vida”, avalia o médico cearense, Antonio Carlile Lavor, que participou de um projeto-piloto desenvolvido pela Universidade de Brasília (UnB) de formação de agentes comunitários



de saúde e levou sua experiência para a criação do programa em 1993. Lavor credita o sucesso da iniciativa à característica essencialmente adaptativa do ACS, que precisa conciliar as habilidades de um bom observador da estrutura daquela família específica que está atendendo, às necessidades de saúde, também específicas, dessa mesma família. “Os agentes comunitários não seguem protocolos fixos, necessitam criar formas novas de ação para alcançar os seus objetivos. Enfrentam diferentes tipos de problemas culturais, religiosos, educativos, econômicos, mas conseguem trabalhá-los pacientemente no dia a dia”, destaca.

### **O agente comunitário de saúde**

A criação da função de Agente Comunitário de Saúde (ACS), profissional de nível técnico já presente em alguns serviços municipais e estaduais e até mesmo em ações isoladas do Ministério da Saúde desde o início de 1990, seria a principal inovação dessa estratégia de saúde pública preventiva que se propunha a entrar na casa das pessoas em vez de esperá-las irem aos hospitais e postos de saúde após adoecerem. Por esta especificidade, a carreira de ACS foi reconhecida por lei, em 2002, como uma nova categoria de profissional da saúde, sendo que nos anos seguintes os primeiros 200 mil técnicos seriam integrados a uma formação em três etapas.

Segundo o Ministério da Saúde, até novembro de 2018 havia um exército composto por 263.259 equipes de agentes comunitários de saúde, atendendo em 5.505 municípios e 43.015 equipes de Saúde da Família (ESF) atuando em 5.479 municípios. O financiamento do sistema, fortemente bancado pela União, não é, no entanto, de responsabilidade única da esfera federal. A Política Nacional de Atenção Básica define que o financiamento da Estratégia Saúde da Família deve ser tripartite, além de estar garantido nos Planos Nacional, Estaduais e Municipais de gestão do SUS.

Efetivado como um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), o programa Estratégia Saúde da Família ganhou notoriedade mundial diante dos resultados expressivos alcançados, especialmente no combate à mortalidade infantil, e motivou pelo menos um estudo acadêmico de longo prazo, conduzido por 12 anos, envolvendo pesquisadores da Universidade Harvard (EUA), do Imperial College London (Inglaterra), da Fundação Oswaldo Cruz e da Universidade Federal da Bahia. Foram analisados dados de 1.622 municípios, nos quais foi possível observar uma diminuição de até 11% na mortalidade infantil onde a plataforma funcionava adequadamente. Segundo o estudo, divulgado em 2017, estima-se que seria possível salvar 10 mil vidas adicionais por ano

se o programa fosse ampliado e a qualidade na gestão dos serviços públicos melhorasse.

### **A Fundação Abrinq entra na estratégia**

Criada em 1990 com o objetivo de mobilizar a sociedade para os direitos da infância e da adolescência, a Fundação Abrinq é uma das representantes da primeira onda de organizações da sociedade civil que emergiram logo após a redemocratização do país.

Ao fim daquela mesma década em que o Programa Saúde da Família havia sido criado, a Fundação Abrinq já havia realizado diversas ações e projetos específicos voltados à primeira infância. Eram iniciativas naturalmente alinhadas à missão institucional, dentre as quais destacamos o *Programa Adotei um Sorriso*, envolvendo dentistas voluntários, o *Prêmio Criança*, que em alguns anos apoiou iniciativas de humanização hospitalar, e o *Programa Prefeito Amigo da Criança*, que oferece assessoria técnica aos gestores municipais na aplicação eficiente de recursos dentro de um enfoque que priorize o investimento nas crianças e nos adolescentes.

### **Um problema persistente**

A despeito dos grandes avanços no combate à mortalidade infantil, esse problema permanecia grave em alguns municípios. Somado a alta taxa de recém-nascidos mortos, esses municípios

também apresentavam elevados índices de morbidade entre as gestantes. O número de atendimentos no período pré-natal nesses municípios costumavam apresentar frequências abaixo das seis consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde. Era preciso fazer alguma ação mais focada, se possível que, depois de testada em alguns municípios, pudesse servir de paradigma para que outros municípios também pudessem melhorar a atenção às gestantes e aos bebês.

Em 2011, a Fundação Abrinq tomaria uma decisão estratégica em relação aos esforços e investimentos que vinha canalizando para a área da saúde e passaria a se dedicar a sobrevivência das crianças de até cinco anos. A partir daquele momento, a organização teria como meta engajar e apoiar municípios brasileiros na manutenção do direito à vida.

Tal decisão veio a partir de algumas constatações levantadas em planejamento estratégico, como a de que um atendimento de qualidade realizado no período que compreende a gestação e os dois primeiros anos de vida do bebê, é decisivo para que as crianças sobrevivam e se desenvolvam adequadamente. E que o desafio da mortalidade infantil no Brasil estava associado, principalmente, à mortalidade neonatal (aquela que acontece de zero a 27 dias

após o parto), e os fatores que levavam ao óbito estavam diretamente relacionado à atenção dada à gestante e ao recém-nascido. No Brasil, 66,3%<sup>6</sup> das crianças menores de um ano ainda morriam por causas evitáveis, não claramente evitáveis e causas mal definidas.

O passo seguinte seria pensar como que um programa voltado ao combate de mortes evitáveis atuaria nos municípios sem que a ação representasse qualquer esforço duplicado ou exigisse mudança no modo de trabalhar das equipes da Atenção Básica. Essas já estavam trabalhando sob a estratégia do Programa Saúde da Família. E seria ali a inserção mais acertada: atuar junto às equipes do programa. Assim, um programa se encaixou em outro para melhorar sua eficácia e efetividade.

### **Um programa dentro de outro programa**

A discussão interna que levou à criação da primeira fase do Programa Toda Criança Nasce para Ser Feliz, em 2012, teve como eixo norteador os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, criados pela Organização das Nações Unidas (ONU), que propõem, como quarto objetivo dos países para o milênio, combater a mortalidade infantil.

Uma evolução desta proposta seriam os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), uma iniciativa da ONU, lançada em 2015, que trouxe um conjunto ambicioso de metas a serem atingidas. Por exemplo, a meta 3.1 traz “Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos”, já a meta 3.2 apresenta “Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de cinco anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos”.

A *Iniciativa de Saúde* surgiu, portanto, como uma estratégia de articulação, empoderamento e fortalecimento das políticas públicas de saúde, com foco na atenção básica, tendo como local de atuação o município. Como no Brasil o Programa Saúde da Família é a porta de entrada para a Atenção Básica oferecida a todos pelo SUS, a ação da Fundação Abrinq se daria por termos de cooperação firmados com prefeituras, sempre buscando atuar de forma complementar à Estratégia Básica do Ministério da Saúde, evitando duplicar esforços.

<sup>6</sup> Fonte: Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM em 2011.

## Capítulo 1

---

Em sua primeira aplicação no território, sob o nome *Programa Toda Criança Nasce para Ser Feliz* (2014-2016), o projeto buscou identificar algumas regiões do país que concentrassem municípios com altas taxas de mortalidade infantil, pois isso facilitaria o processo de articulação e fortalecimento de uma rede integrando cidades vizinhas que, por sua vez, fizessem parte de um mesmo distrito em termos de administração do Ministério da Saúde — que agrupa municípios de um determinado estado em divisões regionais, com características populacionais semelhantes e infraestrutura hospitalar. Cada uma dessas divisões regionais conta com um município de referência para onde são encaminhados os casos mais graves ou especialidades.

A região do Sul do Estado de São Paulo foi uma dessas áreas identificadas, por apresentar índices elevados de mortalidade infantil. Identificada a região, a Fundação Abrinq apresentou o projeto para os gestores de saúde dos municípios de Jujuitiba, Miracatu, Pariquera-Açu, Peruíbe, Iguape e Sete Barras. Um município isolado do Nordeste, Sirinhaém, em Pernambuco, também foi convidado a participar do programa.

Uma segunda fase do programa se iniciou em 2016, sob um novo nome, *Juntos para Mudar* e aconteceu em duas cidades paulistas da

Diretoria Regional do Alto Tietê, Biritiba-Mirim e Mogi das Cruzes, e, em 2017, incluiu também a cidade vizinha, Salesópolis.

Em 2018, com metodologia aprimorada a partir das experiências exitosas dos projetos *Programa Toda Criança Nasce para Ser Feliz* e *Juntos para Mudar*, nasceu a Iniciativa de Saúde, que passou a ser desenvolvida em duas cidades de Sergipe: Itaporanga D’Ajuda e São Cristóvão, agregando nova estratégia ao programa e se organizando para disponibilizar a metodologia e as aprendizagens aos municípios que tenham interesse em replicar essa iniciativa exitosa.





## CAPÍTULO 2

### A METODOLOGIA E SEUS ATORES

Neste capítulo vamos mostrar como o programa atua com cada um dos públicos específicos da Atenção Básica de Saúde: gestores municipais de saúde; médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem; agentes comunitários de saúde e gestantes.

É possível estabelecer um passo a passo do projeto, guardadas as especificidades de cada município, para facilitar a compreensão da metodologia empregada. É o que será feito a seguir.

Para efeitos de replicabilidade da experiência, é desejável que o gestor municipal de saúde designe um profissional para coordenar as ações propostas.



### **Vontade política, o primeiro passo**

A vida acontece nos municípios. É lá que os cidadãos vivem, trabalham, circulam e buscam atendimento quando adoecem. Por isso, a Atenção Básica tornou-se eminentemente uma ação municipal no Brasil, principalmente a partir da implantação do SUS nos anos 1990. Em cada município formaram-se as equipes do Programa Saúde da Família, por sua vez vinculadas a uma rede de postos de saúde. Também foi implementada uma gestão descentralizada de recursos, com vistas a atender a população nos próprios municípios ou, em casos de maior complexidade, no centro regional de referência mais próximo.

Como boa parte das ações de saúde pública acontece nas cidades, é no âmbito municipal que as ações do programa acontecerão. Para isso, o primeiro passo é engajar o Poder Executivo, seja na pessoa do próprio Prefeito, seja de seu Secretário Municipal de Saúde, no programa. É preciso haver vontade política para se reverter um quadro desfavorável. É da determinação de não deixar mais que mortes evitáveis aconteçam que terá início o movimento que apresentará resultados visíveis, como demonstrou a experiência realizada pela Fundação Abrinq.

No Brasil, em 2015, 65,4%<sup>7</sup> dos óbitos de crianças até um ano de idade foram por causas claramente evitáveis. Dentre as causas estão a baixa qualidade na atenção à mulher durante a gestação e a baixa qualidade na atenção ao recém-nascido. É um dado chocante, mas que traz esperanças de reversão, afinal, são mortes evitáveis. Um pré-natal adequado, com no mínimo seis consultas, pode identificar precocemente muitas das causas de mortes evitáveis para os bebês, bem como as gestações de risco. A busca ativa por gestantes no município, feita a partir dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a formação dos grupos de gestantes, a coleta de dados para municiar os Comitês de Mortalidade Materno-Infantil, as ações de educação continuada e as oficinas específicas para médicos, enfermeiros, técnicos, ACSs e gestantes formarão um conjunto de ações que, quando integradas, resultam na mobilização de todos para a mesma causa: melhorar a qualidade no atendimento às gestantes e aos bebês, evitando assim que mais crianças ou mães morram por causas evitáveis.

A mortalidade infantil, um fenômeno multifatorial, sofre influências que vão além das condições biológicas maternas e infantis, tais como: a existência e o acesso aos serviços de saúde, saneamento básico, abastecimento de água

<sup>7</sup> Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

potável, etc. Além dos fatores econômico-sociais do ambiente, as relações sociais que organizam a vida concreta das pessoas (como condições de moradia, trabalho, renda, nível de educação, proteção social etc.) também influenciam as taxas de mortalidade materno-infantil. Portanto, depende de uma mobilização de uma cidade inteira para o combate à mortalidade infantil, e tal mobilização precisa começar com os responsáveis legais e constitucionais, pelo atendimento à saúde: o prefeito (a) e o secretário (a) de saúde municipal. Quando estes “compram” a ideia, o primeiro passo foi dado.

### **Objetivos principais**

Os objetivos específicos da Iniciativa de Saúde são três:

1. Aprimoramento do atendimento pré-natal, puerpério e cuidados com o bebê no município;
2. Fortalecimento da atuação do Comitê de Mortalidade (ou sua criação, caso não haja no município);
3. Apoio técnico para a construção de um Plano Municipal de Enfrentamento à mortalidade infantil.

### **Ações estratégicas**

Para alcançar os objetivos específicos, foram realizadas as principais atividades listadas. Vale destacar que as ações podem ser simultâneas dependendo das condições locais.

Antes de mais nada é fundamental lembrar que deve haver intencionalidade política e compromisso para melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade infantil por causas evitáveis – Cada vida conta.

O passo seguinte é o alinhamento prévio das expectativas, da proposta de trabalho e da forma de coordenação e cooperação entre as equipes de Atenção Básica.

1. Criação de uma equipe de Educação Permanente em Saúde;
2. Estruturação e fortalecimento dos Comitês de Investigação de Mortalidade Infantil;
3. Orientação e estímulo para a formação de grupos de gestantes, com a realização de reuniões periódicas nos postos de saúde onde se dá o atendimento pré-natal;
4. Treinamento presencial dos profissionais de saúde, divididos em oficinas direcionadas para atores sociais distintos. Cada um desses grupos tem um material didático orientador para os responsáveis pela formação, que será descrito a seguir:
  - a. Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem;
  - b. Agentes comunitários de saúde;
  - c. Membros do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil;
  - d. Grupos de gestantes;



- e. Comitê de Educação Permanente em Saúde.
  5. Realização de ações para estimular o aleitamento materno até dois anos ou mais, buscando apoio dos veículos de comunicação locais, especialmente jornais e emissoras de rádio;
  6. Assessoramento técnico no sentido de fortalecer a coleta de dados que alimentarão o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), bem como auxiliar a análise das informações coletadas pelos Comitês de Mortalidade, com vistas à criação de um Plano Municipal de Combate à Mortalidade Infantil.
- Principais fases de implantação do projeto**
- Para efeitos didáticos, elencamos as principais fases pelas quais a experiência passou. Tudo começa com o mapeamento dos recursos locais da atenção básica e uma análise da situação de cuidados às gestantes e aos recém-nascidos no município.
1. Delineamento do marco zero de indicadores relacionados à qualidade do pré-natal;
  2. Mapeamento dos equipamentos de saúde locais e dos profissionais da Atenção Básica em saúde;
  3. Mapeamento dos programas federais, estaduais, municipais e de organizações sociais presentes;
  4. Treinamento dos agentes comunitários de saúde para a busca ativa de gestantes, para captação precoce e adesão ao pré-natal;
  5. Treinamento dos profissionais de saúde da atenção básica que realizam pré-natal (médicos e enfermeiros) para a identificação de problemas durante o período gestacional, necessidade de realização de exames básicos e complementares, identificação dos casos de gestantes de risco e encaminhamentos apropriados;
  6. Estímulo à criação de grupos de gestantes;
  7. Acompanhamento dos serviços materno-infantis após os treinamentos;
  8. Realização de eventos e campanhas de conscientização na Semana Mundial de Aleitamento Materno (1 a 7 de agosto);
  9. Acompanhamento da evolução das ações dos agentes comunitários de saúde e dos profissionais da Atenção Básica participantes;
  10. Participação nas reuniões dos Comitês de Mortalidade;
  11. Participação nas reuniões das diretorias ou gerências regionais de saúde para fortalecer a integração regional;
  12. Monitoramento da situação da mortalidade infantil e materna na região e no município

### **As oficinas de treinamento e seus conteúdos**

#### **1. Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem**

Os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem atuam no estratégico papel de receberem os usuários do sistema de Atenção Básica do SUS. Cabe a eles uma série de ações de encaminhamento das mulheres grávidas para a realização de exames e vacinas, além de providenciar documentação e suprir a mãe com orientações básicas, que, se bem executadas, terão um papel decisivo no sucesso da gravidez. Também tem um papel importante na conscientização sobre a importância da realização das consultas de pré-natal que devem ser realizadas de forma intercalada entre médico e profissional de enfermagem.

#### **Encontro 1: Pré-natal de baixo risco**

O objetivo deste primeiro encontro é compartilhar com os profissionais que fazem o primeiro atendimento à gestante, conhecimento científico sobre o período da gravidez, bem como repassar os protocolos de atendimento pré e pós-natal preconizados pelo Ministério da Saúde. Se o município possui fluxos e protocolos próprios de atendimento é um bom momento

para compartilhar com a equipe e alinhar o conhecimento de todos.

Por meio de apresentações e estudos de caso, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem serão orientados na primeira oficina sobre os procedimentos desejáveis para a primeira consulta de uma gestante. Será nesse momento que o profissional poderá observar as condições gerais da mãe, se apresenta carências nutricionais, se está muito acima do peso ou se apresenta sinais de uma gravidez de risco. Também terão a função de solicitar os exames pré-natal de rotina, bem como a sorologia para eventual identificação de sífilis, citomegalovírus, hepatite B ou do vírus HIV na gestante, além de realizarem o acompanhamento periódico da pressão arterial e do controle glicêmico. A oficina também lembrará a necessidade de inscrever cada nova gestante no Sis prenatal<sup>8</sup>, um sistema que irá acompanhar cada gravidez registrada no SUS.

Por fim, apresentamos a seguir um estudo de caso de uma grávida de 23 anos, modelo fotográfica, que realiza sua primeira consulta pré-natal, relatando dois abortos espontâneos anteriores e um quadro de depressão e náuseas, com referências de emagrecimento e anorexia

---

<sup>8</sup> O SisPreNatal é um sistema do Ministério da Saúde para o acompanhamento adequado das gestantes que apresenta o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal.



propiciarão a oportunidade do grupo discutir os possíveis procedimentos.

*Estudo de caso sugerido:*

*HISTÓRICO: AMS<sup>9</sup>, sexo feminino, 23 anos de idade, paulista, casada, trabalha como modelo fotográfica, interrompeu curso de graduação em propaganda e marketing há 3 meses, terçigesta, DUM<sup>10</sup>: 11/10/16, refere dois abortos espontâneos anteriores, está em sua primeira consulta de pré-natal. Refere anorexia e emagrecimento. Sente-se deprimida e refere crises de choro, além de náuseas, vômitos e polaciúria<sup>11</sup>. A “barriga” está crescendo e as mamas também; está perdendo a forma física. Sente-se realizada profissionalmente e mantém um bom relacionamento no ambiente de trabalho. Gosta do marido, porém tem receio de que este se distancie por causa da gravidez, em decorrência das alterações anatômicas que ocorrerão em seu organismo. Considera-se uma pessoa bonita, mas com a gravidez sente que isso poderá se modificar.*

*Refere que é alegre e bastante comunicativa, mas atualmente apresenta-se ansiosa, triste e com constantes oscilações de humor. Quanto à aceitação da gravidez, diz gostar de criança, porém a gestação a preocupa, pois podem ficar marcas como estrias, varizes, flacidez e teme não retornar logo ao seu peso, além do medo da dor do parto.*

*Não conhece o médico que irá acompanhar a sua gestação e desconhecia a participação da enfermeira obstetra no pré-natal. Nega antecedentes cirúrgicos e doenças pré-existentes. Mãe tem HAS<sup>12</sup> e pai DM<sup>13</sup>.*

*Ao exame físico: PA<sup>14</sup>= 110X80mmHg, P=68bpm<sup>15</sup>; R=22ipm; T=36,5o C; Peso= 51kg (53kgantesdagravidez);Altura=1,72m.Paciente apresenta-se descorada 2+/4+, hidratada, com presença de gânglios submandibulares dolorosos a palpação. Observada hipertrofia de gengivas. Mamas aumentadas, sensíveis, com mamilos planos. AC= BRNF<sup>16</sup> em 2T; AP= MV+ RA -; Abdome distendido e doloroso a palpação, RHA +; paciente refere não evacuar há 3 dias,*

<sup>9</sup> AMS é a sigla do nome da mãe, para que seja mantido sigilo. No exemplo em questão é um nome fictício.

<sup>10</sup> DUM é a abreviação para “data da última menstruação”.

<sup>11</sup> Polaciúria - Aumento da frequência urinária, sem grande relação com o volume de urina excretado.

<sup>12</sup> HAS abreviação para Hipertensão Arterial Sistêmica.

<sup>13</sup> DM abreviação para Diabete Mellitus.

<sup>14</sup> PA abreviação para Pressão Arterial.

<sup>15</sup> BPM abreviação para batimentos cardíacos por minuto.

<sup>16</sup> BRFN abreviação para Bulhas rítmicas normofonéticas.

*embora tenha hábito intestinal diário. AU= 7cm. BCF<sup>17</sup> presentes à ausculta com sonnar Doppler – 132bpm. MF não perceptíveis ao exame. Paciente não permitiu a realização de exame ginecológico, nega sangramento e leucorréia, refere ter realizado colpocitologia oncótica há três meses com resultado dentro dos padrões de normalidade segundo o médico. MMII<sup>18</sup> sem edema e varizes. Não tem carteira de vacinação e refere ter tomado todas as vacinas da infância.*

*O estudo de caso poderá ser trabalhado em grupo e ao final do tempo determinado, sugerimos que calculem a DPP<sup>19</sup> e IG<sup>20</sup>; que informem se AU<sup>21</sup> é compatível com a idade gestacional; identificar quais pistas são oferecidas pelo histórico podem ser levantadas; qual o plano de cuidados; quais condutas devem ser realizadas.*

### **Encontro 2: Gestação de alto risco e patologias obstétricas**

Dividido em duas oficinas, uma com leitura compartilhada de artigo científico sobre gravidez de alto risco e outra com um jogo de “certo ou errado”, esse tópico do treinamento aborda as intercorrências mais comuns no período pré-

natal, bem como os fatores de risco que devem ser observados durante esse período, como a ocorrência de hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo, dependência de drogas ou obesidade. Serão repassadas as características das principais ameaças à saúde da gestante a cada trimestre de gravidez, como eclâmpsia, diabetes gestacional, hemorragias, doenças infecciosas e autoimunes, descolamento prematuro de placenta, além de problemas de crescimento relacionados ao feto. Também serão repassados aos participantes os tipos de parto e anestésias.

### **Encontro 3. Cuidados no período puerperal**

O período compreendido entre o nascimento da criança até a regularização do ciclo menstrual da mulher, é chamado de puerperal. O terceiro encontro com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem será focado nessa fase em que a mulher – e sua família – passam por grandes transformações, repassando os cuidados necessários durante os períodos do puerpério imediato (até o 10º dia após o parto), tardio (11º ao 42º dia) e remoto (do 43º dia em diante).

Por ser este um período de grandes mudanças na dinâmica familiar, bem como no corpo da

---

<sup>17</sup> BCF abreviação para Batimentos Cardíacos Fetais.

<sup>18</sup> MMII abreviação para membros inferiores.

<sup>19</sup> DPP abreviação para data provável do parto.

<sup>20</sup> IG abreviação para idade gestacional.

<sup>21</sup> AU abreviação para altura uterina.

mulher em seu retorno ao estado pré-gravídico, essa oficina pretende ser mais abrangente, não se limitando aos cuidados em relação à assistência médica. Propõe-se também a leitura de um artigo acadêmico abordando os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do período puerpério, já que essa fase da gestação se caracteriza por inúmeras dificuldades e/ou desafios de caráter psicológico e comportamental.

Outros tópicos abordados na oficina dizem respeito aos cuidados higiênicos com a própria mãe e com o bebê, a oferta de estímulo e orientação sobre o aleitamento, bem como reforça-se a importância de o profissional de enfermagem observar a evolução da cicatriz cirúrgica (quando houver) e detectar qualquer alteração na saúde da mãe ou do recém-nascido.

#### **Encontro 4. Microcefalia**

A epidemia do Zika Vírus que atingiu o país em 2015 fez com que surgissem centenas de casos de crianças nascidas com microcefalia, uma malformação congênita que pode ter diversos fatores causadores, entre eles, possivelmente, a ação do Zika Vírus no corpo da gestante. O objetivo deste encontro, incluído a partir da segunda versão do programa, foi suprir a falta de informações junto aos enfermeiros, bem como implementar campanhas para esclarecer a população dos bairros de maior epidemia do

*Aedes Aegypti*, sobre como se prevenir das doenças causadas pelo mosquito, orientando especialmente as gestantes.

No contexto da Atenção Básica, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem se apresentam como os melhores vetores para fazer circular entre as gestantes e suas famílias as informações científicas mais atualizadas sobre as relações entre Zika Vírus e microcefalia e, principalmente, como proceder em caso de diagnóstico positivo. Não há tratamento para a microcefalia, no entanto, existem diversos procedimentos médicos, bem como próteses e serviços de reabilitação, que podem auxiliar o desenvolvimento da criança, e este acompanhamento é realizado pelo SUS a partir de uma série de protocolos que identificarão as complicações de saúde decorrentes da microcefalia, que variam de indivíduo para indivíduo.

#### **Encontro 5. Fluxo de atendimento da criança até 5 anos**

Por fim, a metodologia dedica outra oficina presencial para repassar com os profissionais da área de medicina e enfermagem um tema da maior importância: o fluxo de atendimento das gestantes e das crianças com menos de um ano de idade dentro do SUS, no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

## Capítulo 2

---

Por meio de uma roda de conversa, os participantes conhecerão os principais eixos que compõem a [Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança \(PNAISC\)](#) e suas respectivas estratégias, bem como analisarão, em situações comentadas, os fluxogramas que indicam o

encaminhamento correto da gestante assim que a gravidez é detectada, passando pelos procedimentos usuais do período pré-natal e, após o parto, as providências em relação à saúde da mãe e do bebê.

*“A principal mudança que a Fundação Abrinq conseguiu facilitar foi a humanização do serviço, ou seja, colocar a gestante no topo. É para a gente saber identificar mesmo, saber que a mortalidade é um problema existente e que dá para reduzir, talvez até zerar. Mas tem coisas que não cabe só a gente fazer, para essa mortalidade não acontecer. (...)”*

*Na minha prática, o que mudou foi dar mais importância àquele momento com a gestante, trazer ela para o meu lado mesmo, se ela faltar a consulta ir atrás, dar mais importância...*

*Em vez de ser assim: ‘Ah, não veio... deixa! Outra hora ela vem!’, é ir atrás mesmo, saber porque não veio... É estar grávida junto com ela.”*

*Camila Teodoro, enfermeira de Biritiba-Mirim (SP)*





## 2. Agentes comunitários de saúde

Pela própria natureza de seu trabalho, atuando junto às famílias e suas comunidades em atendimentos domiciliares, os agentes comunitários de saúde (ACS) representam a linha de frente da Atenção Básica dentro da Estratégia Saúde da Família. São esses profissionais que se tornarão a referência para os usuários do serviço, por estarem em contato frequente com cada núcleo familiar e, muitas vezes, pertencerem à própria comunidade atendida. Por isso, é da maior importância que o ACS saiba como funciona cada família que visita em seu território, conhecendo seus valores e crenças, compreendendo como se dá a divisão da renda doméstica porque isso pode impactar em algum caso de adoecimento, que tipo de trabalho cada membro exerce, se todos da família possuem documentos etc. Além disso, o ACS também deve estar atento a aspectos mais subjetivos, como observar quem parece ser o alicerce material e emocional ou identificar eventuais preconceitos e costumes que possam interferir no cuidado à saúde, especialmente da gestante e do recém-nascido.

Por essa soma de atribuições explícitas e implícitas, o ACS tem um papel muito importante durante o período pré-natal, pois ao criar vínculos com as famílias passa a exercer, igualmente, um papel educativo relevante. Nas oficinas dedicadas aos ACSs destaca-se que um bom profissional

com essa atribuição estratégica precisa conhecer bem o território onde trabalha, seus problemas e potencialidades, além de saber identificar áreas e situações de risco para gestantes e recém-nascidos.

A primeira visita domiciliar de um ACS após o parto deve acontecer, no máximo, até o sétimo dia da alta do bebê. Na ocasião, o agente deverá pesar o recém-nascido, observar a ocorrência de eventuais problemas de pele ou má formação, perguntar sobre a qualidade do sono do bebê, conferir se foram feitos os exames do pezinho e aplicadas as primeiras vacinas (BCG e hepatite B), e, se for possível, observar e acompanhar uma mamada e a troca da fralda na casa da família visitada.

Este momento que marca a chegada de um novo membro é, sem dúvida, especial na vida de toda família. Se o agente comunitário de saúde vem acompanhando aquela gravidez desde seu início, orientando mãe e os demais habitantes da casa ao longo de meses, é natural que também se sinta envolvido emocionalmente com a chegada da nova criança e sua visita será aguardada com expectativa pela família.

Dessa forma, com a confiança entre servidor e seu público sendo criada e reforçada a cada visita domiciliar, a Estratégia Saúde da Família

criou um círculo virtuoso na Atenção Básica que, ao ser realimentado por iniciativas como a da Fundação Abrinq, fez com que tenha ocorrido uma diminuição sensível no número de mortes por causas evitáveis de recém-nascidos.

### **Encontro 1. Atribuições e competências do ACS**

O primeiro encontro se constitui de discussão em grupo sobre as atribuições dos ACSs na Atenção Básica, com dois estudos de caso, um abordando aspectos importantes de atenção ao recém-nascido e outro de atenção à gestante. Em relação a essa, o ACS deve estar atento se ela está indo às consultas de pré-natal. Caso as consultas não estejam acontecendo regularmente o ACS deve fazer a busca ativa da gestante faltosa. Também é importante saber se foram feitos os exames de grupo sanguíneo e fator RH, hemogramas, glicose e urina, além de sorologia para detectar sífilis, toxoplasmose, hepatite B e o teste anti-HIV — em relação a este último, a mãe deve ser consultada se deseja fazê-lo, bem como orientada e esclarecida sobre a diferença entre ser portadora do vírus HIV e ter AIDS e os recursos disponíveis atualmente para evitar a transmissão vertical do vírus pela placenta da mãe.

Nesse primeiro encontro serão repassados outros procedimentos, como verificar pelo cartão de vacinação se a vacina antitetânica foi realizada, bem como conferir se o cartão da gestante está

sendo preenchido corretamente. Orientações sobre alimentação da gestante, exercícios físicos, sexualidade, amamentação, sinais de perigos na gravidez, queixas mais frequentes e cuidados básicos com bebê também serão abordados durante o encontro.

### **Encontro 2. Acolhimento, fatores de risco e busca ativa de gestantes**

Uma segunda oficina abordará os cuidados com a saúde da gestante, instruindo os ACSs sobre possíveis sinais de alerta que necessitem o encaminhamento a uma UBS ou hospital, tais como sangramentos, vômitos ou dores de cabeça muito frequentes, contrações fortes na barriga antes do período previsto para o parto, membros muito inchados ao acordar, falta de movimento fetal, etc. Na mesma oficina, os ACSs são estimulados à fazerem a busca ativa por gestantes em suas áreas de trabalho e, assim que forem identificadas, proceder a inclusão nos serviços de pré-natal.

### **Encontro 3. Cuidados com a mulher e o recém-nascido**

O terceiro encontro aborda um itinerário que deve ser percorrido atentamente pelo ACS, a partir de sua primeira visita à casa da mais nova mamãe do pedaço — o que deve acontecer uma semana após a alta do bebê (ou no 3º dia, caso tenha sido uma gravidez de alto risco).

Inclui procedimentos sobre a amamentação, cuidados e pontos de atenção da mãe e do recém-nascido a serem observados, bem como um estudo de caso de uma mãe que está tendo dificuldades para amamentar e que colocou uma moedinha sobre o umbigo da criança, simpatia recomendada pela avó.

#### **Encontro 4. Violência**

A metodologia também prevê uma oficina que abrange violência doméstica e obstétrica, um problema que pode ser mais comum para a gestante do que a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional ou a placenta prévia. E, na maioria das vezes, as mulheres que sofreram violência antes de engravidar tendem a continuar sofrendo ameaças ou sendo vítimas de violência durante a gravidez e após o parto, já que se trata de uma dinâmica familiar perversa que tem raízes e motivações anteriores à gravidez.

A oficina para a qual se recomenda um cuidado especial ao profissional da área de atenção básica designado para conduzi-la, no sentido de não expor, julgar ou culpabilizar nenhuma vítima, mas sim acolhê-la e encaminhar alguma possível solução, se inicia com um debate sobre a lei Maria da Penha, promulgada em 2006. Esta lei considera a violência doméstica contra a mulher uma violação de seus direitos e prevê a possibilidade da prisão em flagrante do agressor,

bem como estabelece medidas protetivas às mulheres vítimas de violência.

Além da questão legal, a oficina apresenta também um conjunto de pistas que, quando analisadas em conjunto, permitem identificar uma mulher que esteja sendo vítima de algum tipo de violência no ambiente doméstico. Não deixando de abordar outro tipo de violência que pode recair sobre a gestante, a violência obstétrica. O encontro termina com uma atividade de confecção de cartazes incentivando as vítimas a se defenderem de futuras agressões, protegendo também os seus bebês, já que qualquer tipo de violência, física ou psicológica, pode ter um grande impacto na vida da gestante e do bebê. Estudos mostram que grávidas vítimas de violência sexual não realizam o pré-natal ou postergam seu início. Além disso, apresentam maior risco relativo de infecções vaginais e cervicais, de ganho de peso insuficiente, de trabalho de parto prematuro, de infecção do trato urinário, além de recém-nascidos de baixo peso. A grávida que sofre violência está sob intenso estresse emocional e, em decorrência disso, pode se entregar ao isolamento ou ao consumo abusivo de cigarro, álcool ou drogas, e, até mesmo, cometer suicídio.

### **Encontro 5. Doenças prevalentes na infância**

Essa oficina tem como objetivo fornecer subsídio teórico para a educação permanente de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) acerca de suas atribuições como membro da equipe da Estratégia de Saúde da Família por meio da realização de oficinas onde serão discutidos casos que norteiem as discussões sobre doenças prevalentes na infância.

As duas principais causas de mortes em crianças de até cinco anos no mundo são pneumonia e diarreia. Juntas elas foram responsáveis por 24% das mortes no mundo em 2015 (Pneumonia com 15% e Diarreia com 9%).

Nesse encontro, o ACS receberá informações de como orientar a família, especialmente a mãe, para os cuidados com o bebê e a prevenção dessas doenças.

O ACS também irá orientar a família sobre trocas de fraldas, cuidados com a higienização do umbigo (hora de enfrentar inúmeras crendices, como a de colocar uma moeda no coto ou amarrá-lo com faixas), como acontecem os primeiros banhos (em duas etapas até os três primeiros meses) e, principalmente, orientá-la acerca da amamentação. Do sucesso desta última resultará em boa parte, a garantia de crescimento saudável do bebê e o restabelecimento pleno da mãe, que

na medida em que amamenta produz uma série de hormônios que auxiliam seu corpo a voltar ao estado anterior à gravidez. Outro item abordado, e que pode eventualmente ser desmembrado em um novo encontro, é o da microcefalia, orientando os ACSs como proceder em caso de suspeita desta malformação, que atingiu níveis alarmantes durante a eclosão da epidemia do Zika Vírus em 2015 e 2016, deixando como seqüela centenas de crianças que demandarão investimento intenso, financeiro e técnico, por parte do sistema de atenção à saúde, assim como suporte psicológico aos pais e responsáveis por essas crianças, que precisarão de atenção e cuidados redobrados.

*“Eu trabalho há 16 anos como Agente Comunitária de Saúde. Acompanho 205 famílias, dentre essas cinco gestantes e 23 crianças menores de 2 anos. O curso é muito bom, tem somado bastante e acredito que vai frutificar. Com a capacitação, passei a ficar mais sensível a cada detalhe que passava despercebido...*

*Mexeu dentro da gente e deu vontade de mudar algumas situações porque a gente viu que com coisas simples que a gente aprendeu podemos salvar algumas vidas!”*

*Juliana Karla da Silva Souto Maior, agente comunitária de saúde em Sirinhaém (PE)*



### **3. Os grupos de gestantes**

A gravidez é uma condição que envolve diversos mitos e crenças relacionadas ao contexto familiar, socioeconômico e cultural, é um momento em que as informações, experiências e conselhos chegam para a gestante de todos os lados, tanto no ambiente familiar quanto no contexto social, podendo influenciá-la em termos positivos ou negativos.

Diversos trabalhos acadêmicos vêm confirmando a eficácia dos grupos de gestantes, como destacam Grazielle Sartori e Isabel Van der Sand no artigo Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes, publicado na Revista Eletrônica de Enfermagem: “Estudos apontam que a

participação em ação de grupos, por parte dos indivíduos envolvidos com o processo de gestar, tem se mostrado de grande valia. Em especial, se referindo a grupos de gestantes, estes vêm trazer aspectos terapêuticos e oferecer suporte a essas pessoas” (2004). As autoras chegam à conclusão, no artigo citado, de que “os grupos de gestantes podem ser terapêuticos para seus participantes, sendo pertinente a sua implementação como forma de assistir de modo integral às pessoas”.

Na mesma linha, Ângela Amâncio de Ávila afirma em seu livro Socorro, doutor, atrás da barriga tem gente (Atheneu, 1998): “Ter ideia das situações futuras da gestação e mesmo daquilo que ocorrerá após a mesma traz bem-estar e tranquilidade às

pessoas grávidas. Este tipo de informação não sugere as pessoas, ao contrário, previne a instalação de ansiedades desnecessárias, provocadas pelo desconhecimento das situações próprias da gravidez, parto e puerpério”.

O que o grupo de gestantes oferece é a participação em um ambiente acolhedor e informativo, no qual cada uma possa esclarecer suas dúvidas, sendo este trabalho supervisionado por um servidor da área da saúde atuando de forma multiprofissional.

A metodologia dedica três encontros para treinar profissionais que liderarão em suas áreas de atuação a formação dos grupos de gestantes. Neste processo de construção do plano dos grupos de gestantes, além de enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACSs, é importante envolver outros profissionais do serviço de Atenção Básica como médicos, psicólogos, dentistas, fisioterapeutas e nutricionistas, que poderão contribuir com o desenvolvimento de um determinado tema em suas áreas de trabalho.

### **Encontro 1. Sensibilização para grupos de gestantes**

As oficinas preparatórias ministradas para enfermeiros e agentes comunitários de saúde responsáveis pela criação dos futuros grupos buscam sensibilizar esses profissionais no sentido de acompanhar a gestante

com um olhar atento e uma escuta capaz de agir nas entrelinhas da gestação.

Os grupos de gestantes são vistos como uma vertente educativa do projeto, por criarem a oportunidade de periodicamente disseminar conhecimentos básicos, mas muito importantes, sobre as mudanças que ocorrem no corpo da mulher, os tipos de parto e anestésias, dúvidas e informações sobre aleitamento, troca de fraldas, primeiro banho, entre outros. Isso pode ser a diferença entre uma gravidez tranquila e bem assistida, de outra tumultuada, cercada por dúvidas e crendices. Neste processo é muito importante envolver a gestante e sua rede de apoio, companheiro (a), familiares e amigos.

Neste primeiro encontro os participantes conhecem o que são grupos de gestantes, a importância do grupo, quais os conteúdos que devem ser trabalhados e como abordá-los. Os produtos deste encontro são o Plano de Ação e a criação de cartazes às gestantes das regiões que participarem.

### **Encontro 2. Cuidados básicos com o recém-nascido**

A segunda oficina tem como tema o puerpério, consultas de enfermagem e cuidados com o bebê, tendo como atividade prática fazer com um boneco a simulação do banho e os cuidados de higiene com o bebê.



### Encontro 3. Aleitamento materno

Sabe-se que o aleitamento materno exclusivo até os seis meses pode diminuir em até 13% as mortes infantis. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno ocorra pelo menos até os dois anos como forma de assegurar a saúde integral do bebê. Por isso, a terceira oficina tem início com as propriedades nutricionais do leite materno e algumas informações sobre a estrutura da mama e o mecanismo de sucção pelo recém-nascido.

Depois são abordados aspectos práticos, como instruir sobre a pega correta do seio pelo bebê, fatores inibidores da amamentação, além de outros tipos de esclarecimentos como os direitos que a legislação brasileira prevê às mães que estejam amamentando seus filhos.

Por fim, esses encontros preparatórios resultaram em um plano de ação para promover no município a Semana Mundial de Aleitamento Materno<sup>22</sup> (1 a 7 de agosto).

*“Perdi um bebê quando tinha 16 anos e hoje é tudo tão diferente! Estou mais confiante e segura, mas quem me conhece sabe que eu não era assim. A minha primeira gestação foi uma gravidez de risco e cheia de dúvidas. Nas minhas idas ao hospital, eu não era bem orientada. Eu sentia que tinha algo errado e era muito difícil não ter apoio.*

*Há cinco anos eu não tive acesso a um pré-natal e perdi meu bebê.*

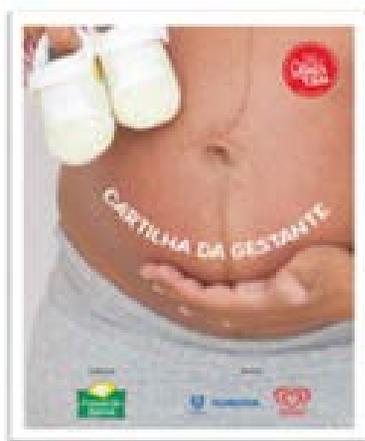
*Agora, nessa minha segunda gestação está tudo muito melhor: tenho o apoio e o acompanhamento dos profissionais, todos os meses venho nas consultas pré-natal e esclareço todas as minhas dúvidas. Para mim foi uma nova oportunidade, depois de tanto medo!*

*Estou muito feliz, porque minha filha está recebendo toda a atenção. Vi que está tudo certo com ela e não tem nada de risco. Já aprendi até como amamentar e também sobre o parto. Fiquei muito feliz com tudo que aprendi e com o acompanhamento que venho recebendo.”*

*Mariane Gabriele Sabino, gestante de Mogi das Cruzes (SP)*

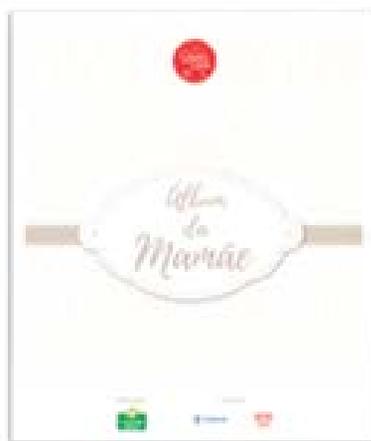
<sup>22</sup> A Semana Mundial de Aleitamento Materno faz parte de uma história mundial focada na Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança. Desde sua criação, em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem entre suas ações voltadas à saúde da criança, devido a grande preocupação com a mortalidade infantil. Em 1990, de um encontro organizado pela OMS e UNICEF resultou um documento adotado por organizações governamentais e não governamentais, assim como, por defensores da amamentação de vários países, entre eles o Brasil.

### Materiais didáticos para as gestantes



A Fundação Abrinq disponibiliza, em formato digital, a [Cartilha da Gestante](#), que aborda diversas informações extremamente úteis, começando com algumas dicas para enfrentar os enjoos tão comuns no primeiro trimestre de gestação. A importância dos exames que integram o atendimento pré-natal, de se alimentar adequadamente, as mudanças fisiológicas que ocorrerão nos meses seguintes e os sinais de alerta a serem observados durante a gestação, integram esta cartilha, que ainda traz informações sobre o parto, os cuidados no pós-parto com o bebê, incluindo informações sobre os primeiros banhos e a troca de fraldas, além de um tópico especial sobre amamentação.

Outro produto criado para as mães que integram o grupo de gestantes é o [Álbum da mamãe](#). De caráter lúdico, ilustrado e com adesivos para



decorar, a publicação oferece para as gestantes um espaço íntimo para que registrem ali as principais transformações que seu corpo vem sofrendo, a começar pelo peso e diâmetro da barriga por trimestre, assim como um espaço reservado para as fotos nas quais a barriga saliente será o grande destaque e orgulho. Há, ainda, páginas para colar fotos de toda a família, os

exames de ultrassom, além de informações detalhadas sobre direitos das gestantes, uma lista de dez passos para uma alimentação saudável durante a gravidez e as transformações que acontecem na mãe e no bebê, detalhadas por trimestre.

A futura mãe, estimulada pelo profissional de saúde, poderá criar o seu próprio álbum, onde possa expressar seus sentimentos e desejos para seu filho, podendo se tornar um diário da gravidez. Se houver dentro do grupo/equipe profissionais que façam artesanato, pode-se realizar um encontro destinado à produção artesanal deste álbum.

A formação dos grupos de gestantes em todos os municípios em que o programa foi implementado foi decisiva para o seu sucesso. "A metodologia

propõe, promove e fortalece a criação dos grupos de gestantes, apontados por todos os públicos participantes da presente pesquisa avaliativa como sendo um espaço de trocas, de criação e fortalecimento de vínculos entre as gestantes e todos os profissionais participantes. Os vínculos

constroem confiança e dentro dessa perspectiva as aprendizagens significativas acontecem; sendo assim, os grupos de gestantes são propulsores de mudanças”, afirmam os consultores da avaliação externa “Quintessência Inteligência Organizacional”.

*“Eu comecei um grupo de gestantes depois que eu fiquei grávida e vi que a gente fica meio como cega em tiroteio, então falei com a equipe para organizarmos um grupo para ajudar essas gestantes a entender esse momento. Quando eu vim para esse ESF pensei: será que vou conseguir fazer um grupo aqui? Pedi ajuda aos agentes de saúde e está dando super certo. Qualquer coisa que acontece elas ligam para o posto, me procuram. Está sendo muito válido porque elas me pegam como enfermeira amiga delas e acho que isso deixa elas mais fortalecidas como gestantes, como mães. É um momento de conversa, de trocas e eu aprendo com elas também.”*



*Camila Teodoro Grilo Siqueira, enfermeira em Biritiba-Mirim (SP)*

## Capítulo 2

---

*“Na minha primeira gestação, há cinco anos, tive muitas dificuldades e pouco apoio da Unidade de Saúde da Família. Fiquei muito ansiosa e com medo. Agora estou grávida de 20 semanas, é outro menino e estou adorando porque esse projeto tira todas as dúvidas da gente, a gente fica sabendo dos nossos direitos e você acaba ficando mais tranquila. Isso acaba passando para o bebê...”*

*Amamenteei o meu primeiro filho até dois anos, gostava muito! O modo como o bebê olha para você, o contato com a pele e a maneira como ele coloca a mãozinha sobre o peito, é tudo muito bom. Tive um pouco de dificuldades no começo, o peito sangrou e cheguei a dar de mamar por uns quatro dias com a mama sangrando, mas fui passando o leite no bico e o próprio leite cicatrizou. Aprendi que isso acontece por conta da pega errada e o médico me estimulou a continuar mesmo assim, para não desistir.*

*Espero que os grupos continuem para sempre, para ajudar mais as gestantes. Eu sempre pergunto quando será o próximo encontro para não perder, pois nem sempre o agente comunitário de saúde consegue me avisar.”*

*Claudinéia da Silva de Jesus, 35 anos, gestante de Juquitiba (SP)*



*“Tenho 31 anos e estou no segundo mês de gestação. Recebi o convite para participar junto com a caderneta da gestante. Estou amando participar do grupo, porque esclarece as dúvidas e ficamos mais informados. Fazemos amizade e aprendemos muitas coisas. Quando você começa a participar do grupo, percebe que se aplicar tudo que eles falam aqui, você pode ter uma gestação tranquila. Na minha primeira gravidez eu não tive este tipo de informação e fiquei com muito medo, o que não acontece agora.”*

*Maricelma Lourenço da Silva, gestante de Peruíbe (SP)*



*“O grupo de mães foi o maior presente que a gente teve depois da Fundação Abrinq para o município. Ela veio para dizer assim: dá certo e a gente pode conseguir se quiser.”*

*Sara Silva de Oliveira, enfermeira de Sirinhaém (PE)*



*“Meu nome é Maria Vanuza da Silva e tenho 29 anos. Foi muito feliz a minha gestação de onde nasceu Tifani, que está com dois meses. Eu já tinha tido outros três filhos (uma de 14 anos, uma de 10 anos e um de 7 anos), mas essa gestação foi muito especial. Eu tive a oportunidade de ter palestras, orientação e participar do grupo de gestantes, que não tive em minhas outras gestações. Por isso senti muita diferença, antes a gente não tinha nada disso e agora a equipe de saúde está sempre pertinho de mim. Eu amei o trabalho de vocês!”*

*Maria Vanuza da Silva, gestante de Sirinhaém (PE)*



### **4. Comitês de Mortalidade**

O Comitê de Mortalidade Materna e Infantil é um organismo interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visa identificar todos os óbitos maternos e infantis de um município, para apontar medidas de intervenção para a sua redução. Pode ser integrado por profissionais da Atenção Básica vinculados à Secretaria de Saúde, especialmente das áreas técnicas de saúde da criança e da mulher, vigilância em saúde, atenção básica e procedimentos de média e alta complexidade, se houver, representantes dos conselhos regionais de Medicina e Enfermagem, sociedades científicas de especialidades como Pediatria e Obstetrícia, representantes da sociedade civil, especialmente representantes de movimentos de mulheres, faculdades de enfermagem e medicina, conselhos de saúde, entre outros.

Peça fundamental na arquitetura institucional do SUS, essa instância consultiva raramente é um organismo atuante, em muitos municípios o Comitê de Mortalidade Materna e Infantil sequer se encontra instalado, embora seja um instrumento de gestão e controle social essencial na área de saúde. Seu bom funcionamento significa, literalmente, salvar vidas no futuro, já que pode ser uma ferramenta de diagnóstico estatístico e prevenção de óbitos por causas evitáveis.

Na realidade dos municípios, muitos membros desses comitês não se encontram preparados para exercer um papel ativo por desconhecerem a abrangência e a real necessidade de suprir os gestores da área da Saúde com informações locais confiáveis, bem como realizar análises posteriores à coleta de dados que possam redundar na criação de uma Política de Enfrentamento da Mortalidade Infantil. Para realizar seu trabalho, é preciso considerar, em cada caso reportado, aspectos como a natureza do óbito, circunstâncias em que o óbito ocorreu, se houve assistência à mulher e à criança, se houve falha, negligência ou erro relacionado a fatores evitáveis do óbito, seja em termos profissionais, institucionais ou socioculturais.

### **Encontro 1. A importância dos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil**

No primeiro encontro, a proposta é debater em uma roda de conversa a importância dos comitês e o funcionamento adequado deles. Para isso, os participantes serão convidados a elaborar, em grupos menores, uma frase que conceitue os tópicos “mortalidade infantil” e “mortalidade materna”, bem como propostas para diminuir esses índices. O que for levantado pelos participantes será ponto de partida para um debate, recheado de informações e esclarecimentos sobre as diversas funções do comitê fornecidos pelo condutor da oficina.

## Encontro 2. Por que investigar os óbitos

A cada óbito de recém-nascido ou de uma parturiente, os membros dos Comitês de Mortalidade terão diante de si um processo investigatório, incluindo entrevistas com familiares para identificar o grau de evitabilidade do óbito. Para isso, é importante que saibam identificar possíveis causas (biológicas, sociais ou institucionais) incluindo procedimentos realizados na unidade de saúde passíveis de correção.

Apresentando um estudo de caso da morte de uma jovem de 17 anos que faleceu quatro dias após o parto, essa oficina se dedica a apresentar o tema da mortalidade materna e da geração de atos/pensamentos a partir da prática do profissional de saúde. A ideia é fazer com que o participante da oficina reflita de forma mais ampla sobre todos os aspectos que levaram ao óbito materno ou infantil (direitos violados, violência obstétrica, uso de ocitocina, rotura artificial e precoce da bolsa, posição inadequada, laceração do canal de parto, hemorragia, infecção, etc.).

## Encontro 3. Atuação dos Comitês de Mortalidade

Por fim, uma terceira oficina buscou estabelecer junto ao comitê um plano de ação, com a definição da periodicidade dos encontros e principais tarefas, com distribuição clara de atribuições. No caso dos municípios em que tal comitê não

tenha sido instalado, esta foi a oportunidade para a efetivação dos participantes das oficinas como membros do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do município, fazendo com que este se enquadre na legislação que organiza a atenção básica à saúde no país.

Quando o município não tem o comitê, desde o início no processo de articulação, o gestor de saúde tem que pensar, a partir dos perfis disponíveis na administração, quais profissionais serão convidados a participar do treinamento, tendo como resultado final a publicação de um decreto municipal instituindo o comitê de mortalidade bem como seu plano de ação e regimento. Quando já existe um comitê, as oficinas permitem uma reflexão sobre quais aspectos precisam ser fortalecidos para o bom desenvolvimento das estratégias e ações.

Além da investigação dos óbitos, também é papel do Comitê de Mortalidade produzir relatórios periódicos analíticos sobre a situação da mortalidade materna, fetal e infantil no município, com recomendações para o gestor municipal de saúde que possam ajudar na criação de políticas consistentes de atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, de atenção obstétrica e neonatal e de atendimento pré-natal.

### **5. Equipes de Educação Permanente em Saúde**

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída em 2007, como uma estratégia do SUS voltada à formação continuada e ao desenvolvimento profissional dos trabalhadores da Atenção Básica.

Ao estimular a formação de grupos de Educação Permanente em Saúde no município, a Fundação Abrinq almeja a criação de um espaço permanente de reflexão e problematização sobre os desafios que a realidade local apresenta. Esse espaço além de contribuir de forma significativa para a transformação das práticas em saúde, também possibilita a instituição de novas ações, envolvendo outras secretarias do município, possibilitando ações de prevenção junto as famílias atendidas.

Um bom exemplo da atuação conjunta entre as secretarias é um olhar diferenciado sobre a questão da gravidez na adolescência. Enquanto uma secretaria olha para a saúde da mãe e do bebê, a outra cuida para que essa adolescente não abandone a escola, acolhendo-a e fazendo uma reflexão com os demais adolescentes. Todos atuando de forma conjunta sobre uma mesma questão em prol da saúde da mãe e do bebê.

Para a Fundação Abrinq, a Equipe de Educação Permanente pode absorver e multiplicar os

conteúdos disponibilizados pela Iniciativa de Saúde, ampliando o conhecimento dos profissionais para melhorar a saúde materna e reduzir os óbitos infantis por causas evitáveis.

Se o município possui uma equipe de Educação Permanente, a Fundação Abrinq propõe uma reflexão sobre os desafios da realidade local e disponibiliza conteúdos para promover a melhora da saúde da gestante e do bebê. Quando não há uma equipe instituída, propõe refletir sobre a importância de instituí-la.

A equipe pode construir o Plano de Trabalho a partir da reflexão sobre os problemas locais. A Fundação Abrinq disponibiliza os conteúdos para a melhoria da saúde materna e redução da mortalidade infantil em sua plataforma de educação a distância <http://ead.fadc.org.br>;

#### **Encontro 1. E Equipe de Educação Permanente**

No primeiro encontro, a proposta é refletir sobre a Educação Permanente no município: se há uma equipe constituída, se essa equipe tem um plano de trabalho a ser desenvolvido, se tem interface com outras secretarias, quais profissionais integram a equipe, se há dotação orçamentária destinada para as ações, entre outros.

No encontro também é proposto compartilhar e analisar a [Política Nacional de Educação](#)

## Permanente em Saúde (PNEPS).

### **Encontro 2. Diferença entre a Educação Permanente e a Educação Continuada**

A partir de uma roda de conversa, o grupo é convidado a refletir sobre a Educação Permanente com base em três questões: “O que é Educação Permanente?”, “Como você enxerga a educação

no trabalho e para o trabalho?” e “Você considera a Educação Permanente importante?”. A partir do que for levantado, há uma exposição sobre as diferenças entre a Educação Permanente e a Educação Continuada, visando reflexão sobre a importância de ter uma equipe instituída e promovendo ações de educação permanente em prol da população.



Entrega de Kits de Aleitamento Materno para o município de Sirinhaém/PE



## CAPÍTULO 3

### O QUE OS AVALIADORES EXTERNOS DISSERAM

Para avaliar o impacto das etapas iniciais do programa (2014-2016), a Fundação Abrinq contratou uma equipe de avaliadores externos que analisaram além da experiência, municípios de regiões com indicadores semelhantes para validar se a ação teve influência efetiva nos indicadores de mortalidade infantil e materna onde atuou.

A avaliação externa investigou se o programa havia atingido o objetivo geral estipulado pelo Marco Lógico, de engajar e apoiar os municípios para o combate à mortalidade infantil, e os quatro objetivos específicos:

1. Aprimorar o atendimento pré-natal, puerpério e os cuidados com o bebê;
2. Fortalecer a atuação dos Comitês de Mortalidade Infantil;
3. Apoiar tecnicamente a construção de um Plano Municipal de enfrentamento à mortalidade infantil;
4. Monitorar e sistematizar o projeto-piloto.

A avaliação foi realizada pela Quintessência Inteligência Organizacional e mensurou, por meio de abordagem qualitativa e quantitativa, os níveis de eficácia, eficiência e sustentabilidade da iniciativa. A conclusão da equipe foi que o programademonstrouclaramentecontribuições de impacto positivas nas taxas de mortalidade infantil dos municípios beneficiados, com uma redução média de 56% ao longo do ciclo de vida do projeto (2 anos). Além disso, produziu impacto demonstrado de construção de resiliência em nível municipal para fatores de riscos geradores de mortalidade materna e infantil. Os atores da linha de frente (Agentes Comunitários de Saúde, Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Gestantes, Puérperas e Parturientes) melhoraram comprovadamente seus conhecimentos e suas práticas para realizar de forma adequada suas atribuições e responsabilidades como cuidadoras.

O relatório de impacto do primeiro ano destaca outro aspecto relevante para além das estatísticas positivas: “O Programa encontrou um nicho, fortalecendo e complementando ações promovidas pelas políticas públicas existentes nas áreas de saúde, educação e assistência social”.

Um dos elementos-chave nessa melhora de gestão foi a qualificação dos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil, que em alguns

casos eram inexistentes e que são instrumentos de análise estatística e epidemiológica fundamentais para identificar problemas e gargalos no atendimento médico-hospitalar, especialmente os que resultam em mortes de gestantes ou seus bebês por causas evitáveis.

### **Principais conclusões da avaliação**

A seguir, destacamos algumas análises:

#### **Sobre a redução nas taxas de mortalidade:**

“A dispersão dos dados de cada município beneficiado em relação aos dados de referência, inicia imediatamente com o início do projeto e mantém-se consistente até a data de maio de 2016, (último dado avaliado no relatório de impacto da taxa de mortalidade infantil nos municípios). A leitura do dado desagregado demonstra claramente a redução do desvio padrão à média e ao comportamento da Gerência Regional de Saúde de referência. Portanto, o impacto sobre a resiliência dos municípios beneficiados frente a fatores de riscos promotores de mortalidade infantil está demonstrado, atestando a efetividade quanto ao seu objetivo geral” – depoimento ou gráfico claro.

#### **Sobre os grupos de gestantes:**

“A estratégia de implementação de Grupos de Gestantes, como mecanismo gerador de impacto, é apontada no estudo de avaliação

como o principal fator para que a interface entre os usuários e a Atenção Básica seja funcional”.

Sobre os comitês de mortalidade materna e infantil:

“Apesar de existir muitos desafios para a mudança da cultura organizacional, a iniciativa da Fundação Abrinq contribuiu de forma significativa na instrumentalização dos municípios com o fortalecimento dos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil”.

### **Sobre o nível de eficácia:**

As pesquisas qualitativas para analisar o nível de eficácia foram feitas com três grupos focais: gestantes, agentes comunitários de saúde e enfermeiros/técnicos de enfermagem. Na análise das devolutivas, os avaliadores consideraram que o Programa foi eficaz, considerando a globalidade do escopo do trabalho; ou seja, a contribuição do governo municipal para a sobrevivência infantil e atenção das gestantes, a mudança positiva no comportamento das gestantes, a percepção sobre a melhora da qualidade do pré-natal e do acolhimento, entre outros.

### **Sobre a redução de mortes por causas evitáveis:**

“Aqui é importante destacar que a dinâmica referente às causas evitáveis segue um processo em sincronicidade com as mudanças nos procedimentos e práticas realizadas. Essa

relação de causa e efeito existe unicamente para causas evitáveis, onde de fato as estratégias são pertinentes e eficazes. Desta forma, podemos inferir que há correlação entre a redução observada de 32% na taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis e os treinamentos, articulações e estratégias implementadas pela Fundação Abrinq junto aos atores. Em particular o trabalho de mobilização, formação e animação de Grupos de Gestantes merecem um destaque especial dentro das estratégias da iniciativa, promotoras de impacto nas causas evitáveis da mortalidade infantil”.

Ainda, sobre a redução da mortalidade por causas evitáveis, destaca o relatório: “A geração de impacto é imediata após o início da iniciativa nos municípios, com uma redução de 59% da taxa de mortalidade infantil – causas evitáveis nos primeiros dois quadrimestres do programa. Porém, com os próximos quadrimestres uma aparente diluição de impacto se instala. Hipoteticamente essa diluição acontece dentro dos processos de multiplicação de conhecimentos após os treinamentos iniciais. Este fenômeno é natural dentro das estratégias de treinamentos com multiplicação de saberes onde, com o passar do tempo, o efeito dos treinamentos iniciais se dilui e práticas adequadas deixam de ser incorporadas na rotina de trabalho”. A partir dessa lição aprendida, a Fundação Abrinq incorporou uma

nova estratégia de criação da Equipe de Educação Permanente como forma de manter o efeito dos treinamentos.

### **Sobre a valorização dos ACS:**

“Em particular aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais pouco valorizados, aplicou-se uma metodologia participativa, levando-se em consideração as características singulares desse público. Ocorreu um impacto significativo na mudança das práticas e empoderamento técnico e político”.

### **Sobre as oficinas Zika Vírus/microcefalia:**

A inserção das temáticas Zika Vírus e microcefalia foram de extrema relevância e demonstraram ágil percepção da realidade local em face do grande número de casos notificados no Estado de Pernambuco no ano de 2015. Na cidade de Sirinhaém, além de treinar os profissionais de saúde, a Fundação Abrinq também promoveu campanhas de orientação às famílias residentes em bairros com maior incidência do Aedes Aegypti, sendo o único apoio do município para o combate do problema.

### **Sobre o impacto nas gestões municipais:**

Um destaque do programa foi o fortalecimento da capacidade dos municípios em gerenciar dados e conhecimentos sobre a mortalidade materna, infantil e na infância.

*“Eu sou agente comunitária de saúde há 16 anos. Trabalho no bairro Oteiro do Carmo acompanhando 138 famílias, quatro gestantes e 13 crianças menores de 2 anos. Estou amando o curso e fico contando nos dedos o dia de chegar os encontros porque é muito proveitoso.... Agora queremos marcar uma reunião só para ver o que vamos fazer no grupo de gestante. Mexeu dentro da gente. Cada dia eu tenho mais orgulho da minha profissão. Eu me sinto bem em saber que posso mudar a vida de uma criança apenas com orientação e acompanhamento”.*



*Andrea Egito, agente comunitária de saúde em Sirinhaém (PE)*



## CAPÍTULO 4

### A HORA DE POR A MÃO NA MASSA

Quando um programa como esse se integra à rede de Atenção Básica de um município, os responsáveis por sua implementação desencadeiam uma série de eventos, reuniões e propostas que buscam articular, em um mesmo movimento, os diversos atores sociais envolvidos na Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde.

Preparamos a seguir um quadro com os principais pontos propostos pela metodologia da Iniciativa de Saúde da Fundação Abring, que prevê dois macro objetivos e ações que, por sua vez, gerarão os resultados esperados.

ESTRATÉGIAS	INTERVENÇÕES (ATIVIDADES MACRO)	PÚBLICOS	OUTPUTS (PRODUTOS)	OUTCOMES (RESULTADOS)	IMPACTO
1. Aprimorar o atendimento prestado na Atenção Básica (pré-natal, puerpério e cuidados com o bebê).	1.1 Qualificar profissionais da Atenção Básica;	1.1 Profissionais da Atenção Básica: (ACS, Enfermeiros e técnicos);	1.1 Nº de formações realizadas; nº de profissionais capacitados;	1.1 Profissionais com melhor qualificação técnica e fortalecimento da capacidade da UBS;	<b>Redução na taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis.</b>
	1.2 Instituir ou fortalecer Grupos de Gestantes;	1.2 Gestantes;	1.2 Nº grupos formados; nº de reuniões realizadas; nº participantes no grupo;	1.2 e 1.3 Mudanças nos hábitos e crenças das gestantes com relação ao parto, cuidados com bebê e outros.	
	1.3 Realizar campanhas de incentivo ao aleitamento materno.	1.3 Gestantes, puérperas e mães.	1.3 Nº pessoas alcançadas pelas campanhas.	*Queda nas mortes por causas evitáveis.	

ESTRATÉGIAS	INTERVENÇÕES (ATIVIDADES MACRO)	PÚBLICOS	OUTPUTS (PRODUTOS)	OUTCOMES (RESULTADOS)	IMPACTO
2. Criar ambiente político e social favorável ao combate à mortalidade infantil.	2.1 Implementar e fortalecer a atuação dos Comitês de Mortalidade Infantil;	2.1 Profissionais de Saúde do município;	2.1 Comitês de Mortalidade criados; nº reuniões realizadas; nº de óbitos ocorridos X nº de óbitos investigados;	2.1 Identificação de todos os óbitos por causas evitáveis e produção de recomendações para a Secretaria de Saúde;	<b>Redução da taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis.</b>
	2.2 Instituir Equipe de Educação Permanente nos municípios;	2.2 Profissionais de Saúde, Educação e Assistência Social;	2.2 Equipes de Educação Permanente instituídas; nº de reuniões, nº de participantes;	2.2 Profissionais de Saúde, Educação e Assistência Social com qualificação continuada;	
	2.3 Fornecer apoio técnico para desenvolvimento de estratégias intersetoriais de enfrentamento à mortalidade infantil.	2.3 Secretários de Saúde, Assistência Social e Educação.	2.3 nº reuniões realizadas, nº de atas e relatórios produzidos.	2.3 Estratégias convergentes que atendem para os Determinantes Sociais de Saúde.	

### **COMO ACABAR COM AS MORTES EVITÁVEIS NO SEU MUNICÍPIO**

#### **Passo a passo para a implantação da Iniciativa:**

**Passo 1.** Levantamento dos dados de mortalidade infantil, realizado a partir da consulta às fontes oficiais disponíveis. É importante entender quantos óbitos neonatais, infantis e na infância aconteceram e quais foram as causas. A vigilância epidemiológica pode disponibilizar esses dados e, em conjunto com o Comitê de Mortalidade Infantil, também podem ser verificadas quais são as principais causas de mortalidade infantil.

**Passo 2.** Levantamento dos equipamentos de saúde disponíveis e das condições, em termos de instalações e pessoal, do serviço de Atenção Básica, bem como dos programas federais, estaduais e municipais ou de organizações sociais disponíveis na área da saúde. É importante saber onde e como acontecem os partos, quais as principais queixas das gestantes e dos profissionais de saúde e quais as condições de instalações das unidades de saúde.

**Passo 3.** Reunião entre o secretário de saúde, prefeito e os profissionais de saúde para apresentação das informações sobre a realidade local e o que o município oferece e necessita, para a partir daí identificar quais ações podem

ser implementadas a partir das sugestões da Iniciativa de Saúde, da Fundação Abrinq. Nessa etapa, é imprescindível o comprometimento do prefeito e do secretário para reduzir a mortalidade de mães e bebês.

**Passo 4.** Apoio ao Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do município. Ter esse órgão, de natureza consultiva, ativo e mobilizado é muito importante para que a investigação dos óbitos resulte em uma política efetiva de enfrentamento da mortalidade infantil. O comitê pode contribuir com as estratégias para reduzir as causas evitáveis de óbitos infantis e maternos.

**Passo 5.** É fundamental que os profissionais tenham suas práticas aprimoradas e, para isso, a Equipe de Educação Permanente deve estar preparada para treinar os profissionais de saúde. Os dados apresentados no relatório da reunião inicial podem apontar por onde começar: aprimorar a busca ativa de gestantes, aprimorar a qualidade das consultas pré-natal, implementar grupos de gestantes ou campanhas de aleitamento materno, entre outras.

**Passo 6.** Se o município já tiver grupos de gestantes, é importante fazer reflexão sobre a atuação desses grupos: como são constituídos, a participação da rede de apoio da mãe, como está sendo trabalhado o vínculo mãe-bebê, entre outros.

**Passo 7.** Acompanhamento dos serviços materno-infantis, verificando se houve melhoria na qualidade do atendimento e observando possíveis correções.

**Passo 8.** O aleitamento materno é responsável pela redução de 30% dos óbitos infantis. Por isso, é fundamental trabalhar com campanhas durante todo o ano, seja nos grupos de gestantes, nas rádios, jornais ou outros meios de comunicação. Além disso, a OMS destacou a primeira semana de agosto para ampliar a informação sobre o tema. Estimule que seus profissionais promovam a Semana Mundial de Aleitamento Materno nas unidades de saúde.

**Passo 9.** Os Comitês de Mortalidade estão funcionando ativamente; os ACSs seguem acompanhando as grávidas em seus territórios, atentos aos sinais de alerta; a equipe de saúde faz questão que todas as gestantes realizem as consultas de pré-natal; ACSs buscam quem faltou a consulta ou ao grupo de gestante; os grupos de gestantes formados continuam funcionando; e agora a cidade tem seu Plano de Enfrentamento da Mortalidade Infantil e os índices começaram a cair de forma rápida.

Assim se formou um círculo virtuoso!



**EU, MEU BEBÊ, MINHA FAMÍLIA: RETRATO DE UMA GRAVIDEZ FELIZ**

**Angelina Maria da Silva e suas filhas**





Rafaela Maria do Nascimento e seus filhos Rafael (7 anos) e Mikaelly (1 ano)





**Maria Gabriela e seu filho Bruno**





**Maria Vanuza Silva e seus filhos**





**Edilene Maria da Silva e filhos**







Av. Santo Amaro, 1.386 | 1º andar  
Vila Nova Conceição | 04506-001 | São Paulo/SP  
55 11 3848-8799

**f** /fundabrinq

**ig** /fundacaoabrinq

[www.fadc.org.br](http://www.fadc.org.br)